



ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ ВЛАСНИКА КАРТКОВОГО РАХУНКУ

Оферта № РВ0010
(редакція від 06.01.2022 р.)

Київ

Цей Договір добровільного страхування життя власника карткового рахунку (надалі – Договір) укладено відповідно до Закону України “Про страхування” та Правил добровільного страхування життя (нова редакція) від 16 лютого 2016 року (реєстраційний номер 0116069 від 24.03.2016) зі всіма Змінами, зареєстрованими розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (надалі – Правила; Правила та всі зміни до них наведені на веб сторінці <https://arx.com.ua/life>), та згідно з ліцензією Нацкомфінпослуг серія АЕ 284381 від 11.02.2014 р. із дотриманням вимог Законів України “Про страхування”, “Про електронні документи та електронний документообіг” та “Про електронну комерцію”, та складається з цієї оферти (надалі – “Оферта”) та Електронного договору добровільного страхування життя власника карткового рахунку (Акцепт) (надалі – “Акцепт”).

1. Визначення основних понять та термінів

- 1.1. Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків, та висновки (рішення, постанови, роз’яснення, акти тощо) яких є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «Страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Міністерства надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров’я, житлово-комунальні підприємства, відповідні органи інших держав тощо).
- 1.2. Неправдива інформація – заявлені, документовані або оголошені відомості, що не відповідають дійсним обставинам та/ або про події та явища, що відбулися (наприклад, про обставини та характер настання страхового випадку, тощо);
- 1.3. Страховий агент - юридична особа, що діє від імені та на підставі доручення Страховика, на договірних засадах уповноважена ним на інформування і консультування страхувальників щодо страхових послуг Страховика, а також на проведення роботи щодо укладення та обслуговування договорів страхування.
- 1.4. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов’язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума встановлюється за Договором.
- 1.5. Страховий акт – документ, що складається у визначеній Страховиком формі, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксовано суму страхової виплати.
- 1.6. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 1.7. Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов’язаний внести Страховику у відповідності з договором страхування.
- 1.8. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 1.9. Страховий період/період страхування – період часу протягом дії Договору страхування, за який Страхувальник, шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика, сплачує страховий платіж.
- 1.10. Нещасний випадок за цим Договором - раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, спадкоємця) подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров’я (травматичне пошкодження, опіки, відмороження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком сальмонельозу, дизентерії), ліками; ботулізм; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, сказ внаслідок укусу тварини, правець) Застрахованої особи або її смерть.
Не дає підстав для здійснення страхової виплати отримання внаслідок травми, саден, набряків м’яких тканин, підшкірних гематом та ран площею до 2 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини, а також ушкоджень, що потребують безперервного стаціонарного та/або амбулаторного лікування строком менше 3 днів.
- Нещасними випадками також є наступні події, які призвели до розладу здоров’я або смерті Застрахованої особи: утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, укус тварин або отруйних комах, змій, проникнення стороннього тіла, протиправні дії третіх осіб.
Захворювання, у тому числі раптові та професійні, не відносяться до нещасних випадків.
- 1.11. Терористичні акти - дії, до яких, зокрема, відноситься застосування сили або насильства та/ або погроз такого застосування, що здійснюються особою або групою (- ами) осіб самостійно, від імені або у взаємозв’язку з будь-якою організацією (-ями) або урядом (- ми), які здійснюються в політичних, релігійних, ідеологічних або аналогічних цілях, в т. ч. з наміром вплинути на будь-який уряд та/ або викликати у громадськості або будь-якої частини громадськості страх; або використання будь-яких біологічних, хімічних, радіоактивних речовин, матеріалів, пристроїв або зброї.

- 1.12. Наслідки війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту – це шкода, завдана Застрахованій особі під час та/ або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (військового, воєнного) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; смерті або травм в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.
- 1.13. Виробнича травма – травма завдана Застрахованій особі під час виконання нею трудових обов'язків, а саме під час перебування на робочому місці; по дорозі на роботу чи з роботи на транспортному засобі, який належить підприємству (організації); використання власного транспорту в інтересах підприємства, за дозволом або за дорученням підприємства у відповідності до встановленого законодавством порядку; по дорозі у від'їждження, або з від'їждження, а також під час перебування дитини, яка є застрахованою особою за даним договором у дошкільному, шкільному, середньому або вищому навчальному закладі денної форми навчання.
- 1.14. Побутова травма – травма не виробничого характеру, що була завдана застрахованій особі, та не пов'язана з виконанням застрахованим своїх трудових обов'язків. До побутової травми також відноситься травма, що була завдана по дорозі на роботу або з роботи пішки, міському, власному або іншому виді транспорту, котрий не належав підприємству або організації та не використовувався в службових цілях.
- 1.15. Побутова та виробнича травма – травма, нанесена застрахованій особі в будь-який час доби, незалежно від обставин, при умові, що такі обставини не є виключеннями із страхових випадків згідно з умовами цього Договору та Правил. При цьому не визнається страховим випадок, що стався під час професійних спортивних тренувань або офіційних змагань.

2. Страховик

Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «АРКС Лайф»
04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8
тел.: +38 044 390 72 86 <https://arx.com.ua/life/>

2.1. Страховий агент (Повірений)

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО КОМЕРЦІЙНИЙ БАНК «ПРИВАТБАНК»
01001, Україна, м. Київ, вул. Грушевського, 1д
<https://privatbank.ua/>

На підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг № AL-35 від 01 грудня 2017 року.

3. Страхувальник

Дієздатна фізична особа, що відповідно до умов і положень актів цивільного законодавства України підписала Акцепт до цього Договору, і яка таким чином укладає Договір страхування життя на користь Застрахованої особи. Якщо Договір страхування укладений Страхувальником, фізичною особою, на свою користь, на нього поширюються права та обов'язки Застрахованої особи.

4. Застрахована особа

Фізична особа, про страхування якої укладено договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування власного життя, працездатності та здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

5. Вигодонабувач

- 5.1. За випадком, наведеним в п. 13.2.1., Вигодонабувачами встановлюються Спадкоємці Застрахованої особи.
5.2. За випадками, наведеними в п. 13.2.2. та 13.2.3., Вигодонабувачами встановлюються Застраховані особи.

6. Предмет Договору

Предметом Договору є страхування майнових інтересів Страхувальника, що не суперечать Законодавству та пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

7. Страхова сума. Страховий тариф. Страховий платіж

- 7.1. Страхова сума встановлюється за Договором та вказується в п. 7.1. Акцепту. Страхові суми можуть бути встановлені виключно за таблицею, наведеною в п. 7.3., та визначаються на кожний сплачуваний період страхування у відповідності зі сплаченим Страхувальником страховим платіжем.
- 7.2. Страховий тариф встановлюється в розмірі 0,9 % від страхової суми за сплачуваний період страхування (один календарний місяць).
- 7.2.1. За випадком п. 13.2.1. страховий тариф становить 0,3% від страхової суми за сплачуваний період страхування;
- 7.2.2. За випадком п. 13.2.2. страховий тариф становить 0,07% від страхової суми за сплачуваний період страхування;
- 7.2.3. За випадком п. 13.2.3. страховий тариф становить 0,53% від страхової суми за сплачуваний період страхування.
- 7.3. Страховий платіж сплачується за кожний сплачуваний період страхування відповідно наведеній таблиці:

Страхова сума на сплачуваний період страхування / грн.	Страхові платежі / грн.			Загальний страховий платіж / грн.
	п.13.2.1.	п.13.2.2.	п.13.2.3.	
1,00	0,003	0,0007	0,0053	0,009
1 000,00	3,00	0,70	5,30	9,00
2 000,00	6,00	1,40	10,60	18,00
3 000,00	9,00	2,10	15,90	27,00
4 000,00	12,00	2,80	21,20	36,00
5 000,00	15,00	3,50	26,50	45,00
7 000,00	21,00	4,90	37,10	63,00
10 000,00	30,00	7,00	53,00	90,00
15 000,00	45,00	10,50	79,50	135,00
20 000,00	60,00	14,00	106,00	180,00
25 000,00	75,00	17,50	132,50	225,00
30 000,00	90,00	21,00	159,00	270,00
40 000,00	120,00	28,00	212,00	360,00
50 000,00	150,00	35,00	265,00	450,00
60 000,00	180,00	42,00	318,00	540,00
100 000,00	300,00	70,00	530,00	900,00
200 000,00	600,00	140,00	1 060,00	1 800,00
300 000,00	900,00	210,00	1 590,00	2 700,00

- 7.4. Внесення змін до Договору в частині розміру страхової суми та страхового платежу здійснюється наступним чином:
- 7.4.1. пропозицією Страхувальника внести зміни до Договору страхування є сплата Страхувальником на розрахунковий рахунок Страховика на наступний сплачуваний період страхування чергового щомісячного страхового платежу, який визначено відповідно до таблиці, наведеної в п. 7.3.;
- 7.4.2. прийняттям пропозиції Страховиком внести зміни до Договору страхування є зарахування на розрахунковий рахунок сплаченого Страхувальником чергового щомісячного страхового платежу та встановлення відповідної такому страховому платежу страхової суми на черговий сплачуваний період страхування.
- 7.5. Страховий платіж у розмірі до 1 гривні не стягується з Застрахованої особи. На рахунку Застрахованої особи формується дебіторська заборгованість, яка стягується після досягнення розміру 10,00 гривень та більше.

8. Втрата роботи та фінансові збитки, понесені внаслідок здійснення операцій з використанням платіжних карток .

- 8.1. Укладаючи Договір страхування, Страхувальник/ Застрахована Особа в віці від 18 до 60 років приймає від Страховика у подарунок послугу страхування за страховими випадками «Втрата роботи, що настала протягом строку дії Договору страхування» (надалі «Втрата роботи») та понесення Вигодонабувачем фінансових (матеріальних) збитків внаслідок здійснення операцій з використанням платіжних карток та/або карткового рахунку Вигодонабувача, відкритих в АТ КБ «ПриватБанк» (надалі «Фінансові збитки») . Дана послуга надається на весь період дії Договору страхування та його продовження відповідно п. 10.3. За даною послугою Застрахована особа визначається Вигодонабувачем.
- 8.2. Згодою на отримання подарунку є факт оплати страхового платежу за цим договором.
- 8.3. Основні умови покриття та порядок здійснення страхової виплати за ризиками «Втрата роботи та «Фінансові збитки»» наведено в Додатку 1 до цієї Оферти.
- 8.4. Умови ризиків «Втрата роботи» та «Фінансові збитки»» можуть змінюватись Страховиком по договору страхування за цим ризиком, про що Страхувальнику/ Застрахованій особі повідомляється шляхом розміщення відповідної інформації на веб-сайтах Страховика та Страхового Агента не пізніше ніж за 1 (один) місяць до введення в дію таких змін.

8.5. Страхувальник може відмовитись від отримання подарунку, подавши заяву про таку відмову Страховику. При цьому страхове покриття за випадками п. 13.2. цієї Оферти продовжує діяти без змін.

9. Порядок сплати страхового платежу

9.1. Страхові платежі здійснюються за реквізитами:

рахунок №UA463007110000026507052602512 в АТ КБ ПРИВАТБАНК, ЄДРПОУ 35692536

9.2. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вище зазначений рахунок Страховика.

9.3. Під час сплати страхового платежу Страхувальник зобов'язаний в призначенні платежу вказати наступне: "Страхова премія за договором № ___ від ___".

9.4. Страховий платіж нараховується на перше число місяця сплачуваного періоду страхування (Розрахункову дату).

Сплата страхового платежу здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) днів від дати укладання або продовження дії Договору.

9.5. Всі розрахунки за цим Договором здійснюються у грошовій одиниці України.

10. Строк дії Договору

10.1. Договір набуває чинності з 00-00 годин дати початку Сплачуваного періоду страхування та діє до 24-00 годин дати його закінчення.

10.2. Сплачуваний період страхування становить 1 (один) календарний місяць. Сплачуваний період страхування починається з 00-00 годин 1-го числа календарного місяця та діє до 24-00 годин останнього числа цього календарного місяця, за умови, що станом на 15-те число такого календарного місяця Страхувальник сплатив страховий платіж, визначений відповідно таблиці п. 7.3., на рахунок Страховика, крім випадків, передбачених даним Договором.

10.3. Строк дії цього Договору страхування автоматично продовжується на такий самий строк за умови відсутності заяв Сторін Договору про бажання припинити дію Договору відповідно до п.18.2 Договору (Оферти) та сплати Страхувальником страхового платежу, визначеного відповідно п. 7.3. на рахунок Страховика. Кількість таких продовжень строку дії Договору не обмежена. Умови страхування на кожний наступний сплачуваний період страхування при автоматичному продовженні застосовуються згідно тієї редакції Оферти, що є діючою на момент такого продовження дії Договору.

10.4. Страховий захист діє цілодобово.

11. Порядок укладання Договору

11.1. Текст цього Договору підписується Страховиком та скріплюється печаткою (за наявності). Цей текст є офертою в розумінні актів цивільного законодавства України та Закону України «Про електронну комерцію» (надалі – Оферта).

11.2. Оферта складається та підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика, Оферта розміщена Страховиком в мережі "internet" та доступна для вільного ознайомлення. Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування умов цієї Оферти в електронній формі з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію».

11.3. Акцепт складається у електронній формі, згідно зі встановленим Страховиком зразком.

11.4. Для укладення Договору Страхувальнику необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі "internet" за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою <https://www.privat24.ua/> або до інформаційно-телекомунікаційної системи, обрати бажані і передбачені для обрання в Акцепті умови страхування, зазначити інформацію про себе, свій номер мобільного телефону та адресу електронної пошти в мережі "internet", а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору. Перед укладенням Договору Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з умовами Оферти, Правил, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір.

11.5. Акцепт складається відповідно до обраних Страхувальником умов страхування та зазначених ним даних. Перед підписанням Акцепту Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для укладення Договору Страхувальнику необхідно підписати Акцепт електронним підписом одноразовим ідентифікатором відповідно до положень Закону України «Про електронну комерцію». Після підписання

Акцепту у визначеному цим Договором способом, Страхувальник надає згоду, що всі подальші взаємовідносини зі Страховиком можуть відбуватись через мобільні додатки, комп'ютерні автоматизовані системи без додаткового одноразового ідентифікатора, крім випадків, коли це прямо передбачено законодавством.

11.6. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страхувальнику електронним повідомленням у формі SMS-короткого повідомлення на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону. Для підписання Акцепту електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальнику необхідно ввести отриманий одноразовий ідентифікатор у інформаційно-телекомунікаційній системі Страхового агента та підтвердити його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Акцепту, і Договір з цього моменту вважається укладеним.

11.7. Страхувальник має можливість отримати підписаний ним примірник Акцепту у персональному кабінеті, який відкрито ним на офіційному ресурсі Страхового агента <https://www.privat24.ua/>. Копія цієї Оферти в електронній формі є доступною на веб-сторінці Страховика в мережі "internet" <https://arx.com.ua/life/>. Разом Акцепт та Оферта

підтверджують укладення Договору. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

- 11.8. Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору Страхувальника, електронний підпис Страхувальника, дату укладення і строк дії Договору, та інші індивідуальні умови Договору Страхувальника.
- 11.9. Договір складається з Оферти та Акцепту і є укладеним в письмовій формі з вчиненням електронного правочину відповідно до ст. 16 Закону України «Про страхування», ст. ст. 3, 11,12 Закону України «Про електронну комерцію».
- 11.10. Сторони домовилися, що цей Договір, всі зміни та/або доповнення до Договору, а також первинні та інші документи до Договору можуть укладатися в звичайній письмовій формі, та/або в електронній формі за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи та за допомогою сервісів електронного документообігу, та можуть бути підписані в т.ч. але не виключно з використанням кваліфікованого електронного підпису обох Сторін.

12. Територія страхування

Весь світ, в т.ч. Україна, крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення або в зоні проведення Операції Об'єднаних Сил.

13. Страхові випадки. Страхові ризики. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування

13.1. **Страховий випадок** – подія, передбачена цим Договором, яка відбулася після набуття чинності цим Договором, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Вигодонабувачу).

13.2. Страховим випадком за цим Договором є:

13.2.1. **Смерть Застрахованої особи**, що настало протягом строку дії Договору страхування.

13.2.1.1. Під ризиком «Смерть Застрахованої особи» слід розуміти смерть яка настала внаслідок нещасного випадку або захворювання, яке вимагає амбулаторного (амбулаторно-стаціонарного) або стаціонарного лікування, за умови, що цей нещасний випадок або захворювання сталося (було виявлене) під час дії цього Договору та підтвержене документами, виданими компетентними органами (медичними закладами) у встановленому законом порядку.

Не вважаються страховими випадками події, пов'язані з будь-якими хворобами або нещасними випадками та їх наслідками, якщо такі хвороби або нещасні випадки виникли або сталися до моменту укладення цього Договору страхування. Страхові виплати за подіями, зазначеними у попередньому реченні, не здійснюватимуться.

13.2.2. **Стійка втрата працездатності**, а саме: встановлення Застрахованій особі інвалідності I, II або III групи внаслідок нещасного випадку.

13.2.2.1. Під ризиком «Стійка втрата працездатності» слід розуміти визнання Застрахованої особи інвалідом I, II або III групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) Міністерства охорони здоров'я України (далі – компетентна лікарська комісія) на підставі «Інструкції про встановлення груп інвалідності», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Страхове покриття не розповсюджується на випадки визнання Застрахованої особи інвалідом I, II або III групи, якщо події, які призвели до цього визнання, відбулися до моменту укладення Договору страхування.

13.2.2.2. Визначення поняття «нещасний випадок» надано в п. 1.10. Оферти.

13.2.3. **Виникнення критичних захворювань** у Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування.

13.2.3.1. Під критичним захворюванням визнаються: перенесення Застрахованою особою у період дії Договору страхування нижчезазначених операцій та виявлення – вперше у період дії Договору страхування – у Застрахованої особи нижчезазначених захворювань (перелічені нижче операції та захворювання надалі спільно іменуються критичними захворюваннями):

❖ **Інфаркт міокарда** – відмирання частини міокарда (серцевого м'яза) в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні, який підтверджений оригіналами медичної документації:

- Новими нетиповими ішемічними змінами в електрокардіограмі а саме зміною сегментів ST-T (депресія або елевація сегмента ST – створення дуги Парді), появою нових даних про блокаду лівої ніжки пучка Гіса, появою нового патологічного зубця Q;
- Характерним підвищенням серцевого біомаркеру «Тропонін», а саме Тропонін T > 1,0 нг / мл, АссuTnl > 0,5 нг / мл або еквівалент порогу з іншими методами вимірювання тропоніна I;
- Інші типові ознаки інфаркту міокарда, виявлені за допомогою інструментальних та лабораторних методів обстеження, а також анамнез захворювання, характерний для інфаркту міокарда, та клінічна картина, характерна для інфаркту міокарда;
- Інші гострі коронарні синдроми, включаючи стенокардію, не є страховим випадком.

❖ **Інсульт або інфаркт головного мозку**, який викликаний цереброваскулярними порушеннями мозкового кровообігу, внаслідок кровотечі, емболії або тромбозу, і супроводжуються раптовим настанням неврологічного дефіциту незворотного характеру з об'єктивними неврологічними і патологічними змінами, які діагностовано невропатологом та підтвержені даними магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими надійними методами візуалізації.

При цьому страховими випадками не визнаються:

- Церебральні симптоми, пов'язані з оборотним неврологічним дефіцитом, тривалістю до 30 днів (Транзиторні ішемічні атаки, дрібновогнищевий інсульт);
- Пошкодження тканини головного мозку внаслідок травми, інфекції, інфекційного васкуліту і запальних захворювань;

- Безсимптомний, прихований інсульт, виявлений методами візуалізації.
- ❖ **Злоякісні новоутворення** - це новоутворення, які характеризуються безконтрольним зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, метастазами і інвазією в здорові тканини, обов'язково підтверджені гістологічним дослідженням. При цьому страховими випадками не визнаються:
 - злоякісні пухлини, класифіковані за класифікацією TNM Clinical Classification як T1NoMo, T1aNoMo, T1b NoMo, T1c NoMo або злоякісні новоутворення, класифіковані за іншою класифікацією і відповідають вищезазначеним класам за класифікацією TNM;
 - Хронічні лейкози;
 - Неінвазивний рак (in situ);
 - Будь-яке онкологічне захворювання, незалежно від стадії, при наявності ВІЛ-інфікування.
- ❖ **Аорто-коронарне шунтування** – операція, проведена на відкритому серці з використанням стернотомії не залежно від захворювання, яке призвело до операції, для радикального лікування стенозу або закупорки однієї або більше коронарних артерій. Підтвердженням необхідності в шунтуванні є результат передопераційної коронарографії, що свідчить про значне (більше 70%) звуження просвіту судини.
- ❖ **Перенесення операції з приводу пересадки серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози та кісткового мозку.** Страховим випадком є трансплантація органу, яка проведена у зв'язку із захворюванням, що виникло вперше у житті і діагностовано під час дії договору, та яке призвело до недостатності функції органу та за умови, при якій:
 - Органна недостатність однозначно підтверджена інструментальними і лабораторними методами дослідженнями та лікарем-спеціалістом;
 - Для трансплантації кісткового мозку знадобилось видалення власного кісткового мозку Застрахованої особи; ➤ Інші трансплантації органів та тканин виключаються зі страхового покриття.
- ❖ **Хронічна ниркова недостатність** – термінальна стадія захворювання нирок, що характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, в результаті якого проводиться регулярний діаліз (гемодіаліз або перитонеальний діаліз) або існує необхідність проведення трансплантації донорської нирки. Випадок визнається страховим, якщо:
 - Факт наявності хронічної ниркової недостатності підтверджений результатами медичних обстежень та висновком фахівця-нефролога;
 - Всі випадки гострої ниркової недостатності є виключенням та не підпадають під страхове покриття.

13.3. Не відносяться до страхових випадки, якщо вони відбулися в результаті:

- 13.3.1. вчинення або спроби вчинення злочину за участю Застрахованої особи, незалежно від її психічного стану;
 - 13.3.2. вчинення дій Застрахованою особою в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що призвели до нещасного випадку;
 - 13.3.3. керування транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також у результаті передачі керування транспортним засобом особі в такому стані, або особі, яка не має прав водія або прав відповідної категорії;
 - 13.3.4. вчинення Застрахованою особою навмисних дій та/ або утримання від вчинення дій, в результаті чого настав нещасний випадок (наприклад, невиконання правил безпеки при користуванні механізмами, обладнанням, недотримання заходів безпеки, обов'язок виконання яких передбачений діючим законодавством України чи підзаконними актами; вчинення дій прямо заборонених діючим законодавством чи підзаконними актами; грубе та свідоме порушення правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті тощо).
- Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним(и) громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), встановлюється відповідно до чинного законодавства України.
- 13.3.5. нещасного випадку, що стався із Страхувальником в місцях позбавлення волі;
 - 13.3.6. смерті Застрахованої особи, прямо або побічно викликаній психічним захворюванням, якщо нещасний випадок, який призвів до смерті, відбувся із Застрахованою особою, що була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент нещасного випадку;
 - 13.3.7. самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства;
 - 13.3.8. ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження;
 - 13.3.9. війни (оголошеної та неоголошеної), в тому числі громадянської, збройного конфлікту, військових (бойових) дій, а також маневрів або інших військових заходів терористичних актів, народних хвилювань усякого роду або страйків. Виключно цей пункт не застосовується до військовослужбовців, військовозобов'язаних та працівників допоміжних служб Збройних Сил України, Національної Гвардії, Державної Прикордонної Служби, Державної Служби Охорони, які отримали травми або загинули під час захисту незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України;
 - 13.3.10. самолікування;
 - 13.3.11. подій, що сталися поза межами території дії та строку дії Договору.

13.4. Страховим випадком не вважається випадок за ризиками, вказаними в п. 13.2. Договору, що стався із

Застрахованою особою, якщо вона на момент укладання цього Договору та/або до моменту настання такого випадку:

- 13.4.2. перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах;
- 13.4.3. мала інвалідність I та II групи з будь-якої причини;
- 13.4.4. мала встановлений діагноз одного з критичних захворювань з переліку п. 13.2.3;
- 13.4.5. мала хронічні захворювання в стадії декомпенсації, перенесла інфаркт, інсульт, значні травматичні ушкодження з ураженням нервової системи, є ВІЛ-інфікованою або страждає на СНІД, онкологічні захворювання, цукровий діабет, декомпенсовані ендокринні порушення, епілепсію, психічні захворювання, демієлінізуючі захворювання нервової

системи, системний червоний вовчак, системну склеродермію, ревматизм, ішемічну хворобу серця та хронічні порушення серцевого ритму, гіпертонічну хворобу 3-4 ступенів, хронічні захворювання нирок, хронічні захворювання печінки, хвороби крові та кровотворної системи, бронхіальну астму важкого ступеня, туберкульоз, або хвороби, що потребують постійного медичного спостереження, лікування або прийому медичних препаратів.

13.5. Не підлягають страховій виплаті збитки, причиною виникнення яких була подія, яка відбулася до початку дії даного Договору, а також непрямі збитки, наприклад, упущена вигода, моральна шкода тощо.

13.6. Не можуть бути Застрахованими особи, які:

1) визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

2) мають підтверджене лікарем психіатром психічне захворювання.

13.7. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.13.6. Оферти до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

14. Права та обов'язки сторін

14.1. Страховик зобов'язується:

14.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами Договору.

14.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту надходження Заяви на страхову виплату вжити заходів по оформленню всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати.

14.1.3. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання відповідних документів, вказаних в Розділі 15 Договору, що підтверджують настання страхової події, прийняти рішення про страхову виплату або відмову у виплаті та скласти Страховий акт. Виплата здійснюється Страховиком Застрахованій особі або її спадкоємцям протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту складання Страхового акту.

14.1.4. У разі відмови у виплаті письмово повідомити про це Страхувальника або Застраховану особу, Вигодонабувача, спадкоємця протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття рішення про відмову у страховій виплаті з обґрунтуванням причин відмови.

14.2. Страховик має право:

14.2.1. Перевіряти надану Страхувальником, Застрахованою особою інформацію та виконання ним вимог Правил і Договору.

14.2.2. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, у т.ч. відомості, що становлять медичну таємницю.

14.2.3. На проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок у разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування причин, обставин та наслідків нещасного випадку та якщо страховий випадок мав місце за обставин, з'ясувати які за наданими Страхувальником документами неможливо.

14.2.4. Пред'явити вимоги до Страхувальника щодо повернення страхової виплати, якщо після страхової виплати з'ясується, що Страхувальник не мав на це права або якщо витрати по страховому випадку відшкодовані іншими особами. 14.2.5. При необхідності направляти запити до компетентних органів (правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку) про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку. При цьому, Застрахована особа надає право Страховику отримувати у зазначених вище закладах, організаціях та установах будь-яку інформацію стосовно стану свого здоров'я, у тому числі інформацію, яка є лікарською таємницею.

14.2.6. При повідомленні про обставини, що спричиняють збільшення страхового ризику, переукласти Договір.

14.2.7. Відстрочити страхову виплату в випадках, передбачених п. 16.4. Договору.

14.2.8. Відмовити у страховій виплаті згідно з чинним законодавством України та умовами Договору.

14.2.9. Припинити дію Договору відповідно з умовами Договору, Правилами і законодавством України.

14.3. Страхувальник зобов'язується:

14.3.1. Виконувати умови Правил та Договору.

14.3.2. Сплатити страховий платіж в розмірі, в порядку і в строки згідно з п. 7 та 9. Акцепту.

14.3.3. При укладенні Договору та протягом 2 робочих днів з дати виникнення відповідних обставин впродовж строку дії Договору надавати Страховику письмову інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та збільшує ризик настання страхових випадків за Договором, та які прямо чи опосередковано можуть бути причинами настання страхових випадків.

В разі якщо таке інформування з поважних причин не може бути здійснене Страхувальником чи Застрахованою особою, до неналежного виконання зазначеного обов'язку прирівнюється надання зазначеної інформації близьким родичем та/або їх представником. Поважність причин пропуску строку інформування повинен письмово довести Страхувальник та /або Застрахована особа, або їх правонаступники.

14.3.4. Інформувати Страховика про всі інші договори страхування, укладені щодо зазначеного в Договорі предмету страхування.

14.3.5. Повернути одержану від Страховика страхову виплату (або її частину) протягом 7 (семи) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги Страховика, якщо виявиться, що за чинним законодавством, Страхувальник не мав права на її одержання або якщо збитки за страховим випадком (повністю або частково) відшкодовані іншими особами. 14.3.6. При настанні події (нешасного випадку), негайно інформувати компетентні

органи (швидку допомогу, пожежну охорону, міліцію тощо), та звернутись до лікаря (не пізніше ніж 18 годин після настання події, якщо це буде можливим).

Причина несвоєчасного звернення, або неможливість інформування повинні бути підтвержені документально.

14.3.7. Повідомити Страховика про настання страхового випадку, який стався із Застрахованою особою та надати всі необхідні підтверджуючі документи в строки, вказані в Розділі 15 Договору.

14.3.8. При настанні події, що має ознаки страхового випадку в разі запиту Страховика пройти обстеження у довіреного лікаря Страховика для підтвердження отриманих ушкоджень або наявності захворювання у визначений термін. Такий термін для проходження обстеження узгоджується між Страховиком та Страхувальником окремо.

14.4. Страхувальник має право:

14.4.1. Достроково припинити дію Договору в порядку та на умовах, передбачених в Розділі 18 Договору.

14.4.2. При настанні страхового випадку вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати в обсязі, що передбачені умовами Договору.

14.4.3. Одержати інформацію про Страховика згідно з чинним законодавством України.

14.4.4. Протягом перших 7 (семи) днів дії Договору відмовитись від нього. Таку відмову Страхувальник в письмовій формі подає Страховику. При цьому Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю протягом 10 (десяти) робочих днів.

15. Дії Страхувальника у разі настання страхового випадку.

Перелік документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків

15.1. При настанні випадків, вказаних в п. 13.2., Страхувальник (Застрахована особа, її спадкоємці, близькі родичі або Вигодонабувач) повинен повідомити Страховика та/або Страхового агента (його представника), надавши Страховику та/або Страховому агенту (його представнику) заяву про настання події з зазначенням дати та обставин настання випадку:

- за ризиком, передбаченим п.13.2.1., не пізніше 6 (шести) місяців після дати смерті Застрахованої особи;
- за ризиками, передбаченими п.13.2.2. та п. 13.2.3. протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня настання зазначеної події;

15.1.1. Повідомлення про подію може бути здійснено Страхувальником одним із наступних шляхів:

- при безпосередньому відвідуванні найближчого відділення Страхового агента;
- під час телефонного звернення до контакт-центру Страхового агента за тел. 3700;
- заповнення відповідної електронної форми на офіційному веб-сайті Страхового агента rb.ua.

15.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник, Застрахована особа її спадкоємці або Вигодонабувач зобов'язаний не пізніше 30 (тридцяти) робочих днів після дати отримання травми/встановлення діагнозу або закінчення лікування, та не пізніше 12 (дванадцяти) місяців з дня смерті Застрахованої особи надати Заяву на страхову виплату.

15.2.1. За випадками, передбаченими п.13.2.1., 13.2.2., 13.2.3., до заяви обов'язково додаються такі документи:

- 15.2.1.1. акцепт (надається якщо Договір укладено в паперовому вигляді);
- 15.2.1.2. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного податкового номера;
- 15.2.1.3. свідоцтво РАГСу про смерть Застрахованої особи;
- 15.2.1.4. копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті;
- 15.2.1.5. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує, причини, обставини що смерть (втрата працездатності) Страхувальника настала внаслідок нещасного випадку;
- 15.2.1.6. медична довідка, яка свідчить про тілесні ушкодження або захворювання Застрахованої особи; 15.2.1.7. лист тимчасової непрацездатності або інший медичний висновок;
- 15.2.1.8. для спадкоємців свідоцтво про право на спадщину, видане нотаріальною конторою;
- 15.2.1.9. довідка про відсутність алкоголю в крові у Застрахованої особи, на момент настання страхової події;
- 15.2.1.10. епікриз з медичного закладу, в якому проводилось лікування з приводу хвороби або отриманої травми;
- 15.2.1.11. епікриз з результатами обстежень, що підтверджують наявність критичного захворювання Застрахованої особи;
- 15.2.1.12. висновок МСЕК про встановлення групи інвалідності із зазначенням конкретного захворювання, яке є причиною встановлення інвалідності;
- 15.2.1.13. оригінал виписки з амбулаторної/стаціонарної карти хворого - Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування.

15.3. Медична довідка (довідки) повинна містити в собі: ПІБ пацієнта, точний діагноз, дату звернення за медичною допомогою, тривалість лікування; підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу.

15.4. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 15.1 та 15.2. в тому числі в електронному вигляді.

15.5. **Копією документу** згідно цього Договору є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим агентом від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам

цього Договору. На вимогу Страховика або Повіреного та у визначений ними термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т.ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

- 15.6. Документ, цифрова копія якого надається Страховику та/або Страховому агенту (його представнику), має відповідати наступним вимогам:
- 15.6.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;
 - 15.6.2. документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);
 - 15.6.3. документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);
 - 15.6.4. має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.
- 15.7. Страхувальник приєднанням до цього Договору підтверджує що, надаючи Страховику чи його представнику копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки, Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Страхувальник розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні оригіналів таких документів у паперовій формі.
- 15.8. Якщо подія відбулася за межами території України, Страховику повинні бути представлені медичні та інші документи, що дозволяють ідентифікувати факт страхового випадку та характер отриманих ушкоджень. Документи іноземною мовою повинні підтверджуватися наданням нотаріально завіреного (апостильованого) перекладу. Витрати по збору зазначених документів та їх перекладу оплачує Страхувальник, Застрахована особа, її спадкоємці або Вигодонабувач.
- 15.9. У разі потреби Страховик може вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємця інші документи про обставини і причини страхового випадку (документи органів МВС про дорожньо-транспортну пригоду, висновки правоохоронних органів, медичних закладів тощо), а також інші документи про обставини і причини страхового випадку і розмір збитків або надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язані протягом 3 (трьох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

16. Порядок визначення розміру та умови здійснення страхової виплати

- 16.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком в межах страхової суми, яка встановлена на відповідний сплачуваний період страхування.
- 16.1.1. У разі смерті Застрахованої особи виплачується 100% страхової суми. При цьому страхова виплата здійснюється на рахунок Застрахованої особи, що був відкритий в АТ КБ ПриватБанк (Страховий агент) для її подальшого розподілу та виплати відповідно до законодавства, в т.ч. в порядку спадкування.
 - 16.1.2. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи за п. 13.2.2., виплачується 90 (дев'яносто) відсотків страхової суми.
 - 16.1.3. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи за п. 13.2.2., виплачується 75 (сімдесят п'ять) відсотків страхової суми.
 - 16.1.4. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи внаслідок нещасного випадку за п. 13.2.2., виплачується 50 (п'ятдесят) відсотків страхової суми.
 - 16.1.5. В випадку встановлення Застрахованій особі діагнозу критичного захворювання з переліку п. 13.2.3. виплачується 75 (сімдесят п'ять) відсотків страхової суми. Після проведення страхової виплати, страхове покриття за вказаним страховим випадком припиняє свою дію.
- 16.2. Розмір страхової виплати Страховиком визначається:
- 16.2.1. за випадком, що передбачений п.13.2.1. – на дату нещасного випадку (в випадку смерті внаслідок нещасного випадку) або встановлення діагнозу захворювання (в випадку смерті внаслідок захворювання), що стали причиною смерті Застрахованої особи;
 - 16.2.2. за випадком, що передбачений та п. 13.2.2. - на дату нещасного випадку, що став причиною встановлення інвалідності Застрахованій особі;
 - 16.2.3. за випадком, що передбачений п. 13.2.3. - на дату встановлення діагнозу захворювання Застрахованій особі.
- 16.3. У разі визнання події, що відбулася, страховим випадком, страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі Заяви на страхову виплату, та документів, зазначених в Розділі 15 Договору.
- 16.4. Страховик має право відстрочити прийняття рішення за подією та здійснення страхової виплати у випадках:
- 16.4.1. якщо за фактами, які послужили причиною настання випадку, порушено кримінальне провадження або почато судовий процес, винесення рішення - до закінчення досудового слідства або судового розгляду;
 - 16.4.2. якщо для встановлення причин смерті необхідно зробити запити до медичних закладів, інших підприємств, установ чи організацій, державних органів – до моменту отримання відповідей на запити.

- 16.5. Страхові виплати по цьому Договору сплачуються незалежно від виплат по державному соціальному страхуванню, соціальному забезпеченню.
- 16.6. Після здійснення страхової виплати цей Договір страхування зберігає дію до кінця оплаченого строку.
- 16.7. Даним Договором обов'язково передбачається збільшення розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються страховиком один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя за вирахуванням витрат страховика на ведення справи у розмірі 15 (п'ятнадцять) відсотків отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за цим договором страхування. Гарантований інвестиційний дохід, який застосовувався для розрахунку страхового(их) тарифу(ів) за цим Договором страхування становить 0 (нуль) відсотків. Зміни розміру страхових виплат внаслідок нарахування гарантованого інвестиційного доходу не передбачено.

17. Причини відмови у страховій виплаті

- 17.1. Страховик має право відмовити в страховій виплаті в випадках, окрім наведених в п.13.3., п.13.4, п.13.5., п.13.6. якщо:
- 17.1.1. Страхувальник, Застрахована особа, її спадкоємці та/або Вигодонабувач не повідомили Страховика про настання події (на умовах, викладених в Розділі 15 Договору) без поважних на це причин, обставини якої повинні бути підтверджені документально. Поважними причинами вважаються хвороба особи, що заявляє про настання страхової події, перебування поза межами доступу до засобів зв'язку, необізнаність про наявність договору страхування. Страховиком можуть бути визнані як поважні інші причини затримки повідомлення Страховику про настання страхового випадку.
- 17.1.2. Страхувальник, Застрахована особа надав завідомо неправдиву інформацію про предмет страхування та/або щодо факту чи обставин настання страхового випадку;
- 17.1.3. Страхувальник, Застрахована особа, її спадкоємці та/або Вигодонабувач створили Страховику перешкоди у з'ясуванні обставин настання страхового випадку;
- 17.1.4. Страхувальник, Застрахована особа не виконав своїх обов'язків, зазначених в п.14.3 та/або Розділі 15 Договору.
- 17.1.5. В інших випадках передбачених чинним законодавством України та Правилами.
- 17.2. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
- 17.2.1. Настання страхового випадку протягом перших 7 (семи) днів з дати початку дії Договору, наведеної в п. 8.1. Акцепту, а також з моменту поновлення дії Договору у випадку призупинення його дії в зв'язку із відсутністю чергового платежу.
- 17.2.2. Звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, використовуючи будь-які доступні способи, пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту настання нещасного випадку, що став причиною інвалідності або смерті.
- 17.2.3. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.
- 17.2.4. Відмова Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем Страховика після отримання травматичного ушкодження чи встановлення діагнозу захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін.
- 17.3. Рішення про відмову в страховій виплаті приймається Страховиком в строк, не більше ніж 10 (десять) робочих днів з дня надання Заяви на страхову виплату та всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, і повідомляється Застрахованій особі, або Страхувальнику, Вигодонабувачу, спадкоємцям Застрахованої особи в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.
- 17.4. Відмова Страховика у виплаті може бути оскаржена в судовому порядку.

18. Порядок зміни і припинення дії Договору

- 18.1. Дія Договору припиняється за згодою Сторін, а також у разі:
- 18.1.1. Закінчення строку дії Договору;
- 18.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 18.1.3. Ненадходження або надходження не в повному обсязі на рахунок Страховика страхового платежу протягом строку, що перевищує 15 (п'ятнадцять) днів з дати укладення Договору. В такому випадку Договір вважається таким, що не набув чинності;
- 18.1.4. Ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхового платежу, що призначений для пролонгації дії Договору, протягом періоду більше ніж 6 (шести) місяців поспіль;
- 18.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;
- 18.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- 18.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 18.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 18.2.1. У разі дострокового припинення дії Договору, Страховик виплачує Страхувальнику викупну суму.

- Викупна сума - це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування життя та розраховується математично на день припинення договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв договір страхування життя, згідно з методикою, затвердженою в Правилах страхування життя,
- 18.2.1.1. За Договором страхування розмір викупної суми становить 0 (нуль) гривень.
- 18.2.2. Розрахунок викупної суми проводиться за письмовою вимогою Страхувальника протягом трьох днів від дати отримання Страховиком такої вимоги. До такої вимоги Страхувальником додається копія паспорту, довідку про присвоєння ідентифікаційного податкового номера, реквізити банківського рахунку для перерахування викупної суми. Перерахування викупної суми проводиться протягом 15 (п'ятнадцяти) днів з дати отримання Страховиком письмової вимоги від Страхувальника.
- 18.3. При взаємних розрахунках Сторін у разі дострокового припинення Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі були сплачені в безготівковій формі.
- 18.4. Договір може бути визнано недійсним в судовому порядку з моменту його укладання, у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 18.5. В разі визнання Договору недійсним кожна зі Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане по цьому Договору, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені законодавством України.
- 18.6. Зміни та доповнення до Договору здійснюються у письмовій формі шляхом укладення додаткової угоди до Договору, якщо інше не передбачено Договором або законом. Сторона, яка вважає за необхідне змінити та/або доповнити Договір, надсилає пропозицію про це іншій Стороні. Сторона, що отримала пропозицію про зміну чи доповнення Договору в двадцятиденний строк повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін, про результати розгляду її пропозиції. У випадку, якщо Сторони не досягли згоди щодо зміни або доповнення Договору, він продовжує діяти на погоджених в ньому умовах, може бути розірваний в порядку, визначеному в п 18.2 цього Договору, або спір щодо зміни умов Договору вирішується судом згідно з чинним законодавством.
- 18.6.1. Зміна Страхувальника та/або Страховика проводиться відповідно до законодавства.
- 18.7. Сторони погодили, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни до Договору шляхом публікації нової редакції Оферти в мережі "internet" на WEB-сторінках Страховика за адресою: <https://arx.com.ua/life/>, та/або Страхового агента за адресою: <https://www.pb.ua>, та/або в персональному кабінеті Страхувальника за адресою: <https://www.privat24.ua/>. У разі, якщо Страхувальник не погоджується із внесеними Страховиком змінами, він має право розірвати Договір в односторонньому порядку відповідно до п.18.2. Оферти.
- 18.8. В будь-якому випадку, факт оплати Страхувальником страхового платежу на відповідний наступний період страхування по Договору є підтвердженням прийняття Страхувальником умов тієї редакції Оферти, що була опублікована та діє на момент здійснення такої оплати.
- 18.9. Норматив на ведення справи складає 85 (вісімдесят п'ять) відсотків від страхового платежу.



19. Відповідальність Сторін

- 19.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний робочий день прострочення.
- 19.2. Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання (окрім зобов'язання сплатити страховий платіж) шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний робочий день прострочення виконання грошового зобов'язання.
- 19.3. Сторони за взаємною згодою встановлюють, що в разі виникнення між ними спору пов'язаного з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором на період з дати прийняття Страховиком рішення за подією до виконання судового рішення згідно з постановою органу виконавчої служби Сторони не несуть відповідальності у вигляді пені, штрафних санкцій, інфляційних нарахувань, 3% річних та інших санкцій пов'язаних з неналежним виконанням зобов'язань за Договором.
- 19.4. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.
- 19.5. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених цим Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

20. Інші умови

- 20.1. Суперечки, що виникають між Сторонами Договору страхування, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди - в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
- 20.2. Страхувальник, шляхом приєднання до цього Договору, надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у цьому Договорі так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору, в тому числі на пере дачу ПД іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД, з метою виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестраховання, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Страхувальник також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД.

- 20.3. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати, якщо виконання таких обов'язків, в тому числі з здійснення такої страхової виплати призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями ООН або чинним законодавством Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.
- 20.4. Підписанням цього Договору Страхувальник:
- 20.4.1. надає згоду на отримання від ТДВ «СК «АРКС Лайф» інформаційних SMS повідомлень.
- 20.4.2. надає згоду Страховику та/або його представнику (Страховому агенту) на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страхувальником Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків для виконання зобов'язань за Договором.
- 20.4.3. надає згоду на використання інформації, зазначеної в п. 20.4.2. Договору (в тому числі записів телефонних розмов), іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами цього Договору у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за цим Договором.
- 20.4.4. підтверджує та визнає, що: до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі - інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://arx.com.ua/life/>, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.
- 20.5. Підписанням цього Договору Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника (в тому числі запису телефонних розмов) з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та діючим законодавством з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України "Про інформацію" та іншими актами законодавства, що регулюють відносини в сфері інформації.
- 20.6. Відповідно до ст. ст. 6, 207, 627 Цивільного кодексу України, при укладанні договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.
- 20.7. Зразки аналогів власноручного підпису уповноваженої особи Страховика і відбиток печатки наведено нижче:

П.І.Б. уповноваженої особи Страховика:	Гавриленко Вячеслав Віталійович
Посада уповноваженої особи Страховика:	Генеральний директор
Зразок підпису уповноваженої особи Страховика:	
Зразок печатки Страховика:	

- 20.8. При укладенні договорів страхування зі Страхувальниками відповідно до умов цього Договору використовуватимуться відтворення підпису уповноваженої особи Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання та відтворення відбитку печатки. Зразки відповідного аналогу підпису уповноваженої особи Страховика і печатки наведені в п. 20.7. Договору.
- 20.9. Страхувальник шляхом підписання Акцепту приєднується до цього Договору і цим надає згоду на використання при вчиненні правочинів відтворення підпису уповноваженої особи Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, відтворення відбитку печатки технічними друкувальними приладами, а також підтверджує, що зі зразками відповідного аналогу підпису уповноваженої особи та печатки Страховика ознайомлений і повністю погоджується з таким способом підписання правочинів.

21. Додатки

21.1. Додаток 1: Пам'ятка щодо порядку виплати страхового відшкодування за випадком «Втрата роботи Вигодонабувачем», що настала протягом строку дії Договору страхування.

Генеральний директор
ТДВ «СК «АРКС Лайф»



Гавриленко В.В.



Пам'ятка

щодо порядку виплати страхового відшкодування за випадками «Втрата роботи Вигодонабувачем», та «Понесення Вигодонабувачем фінансових (матеріальних) збитків внаслідок здійснення операцій з використанням платіжних карток та/або карткового рахунку Вигодонабувача, відкритих в АТ КБ «ПриватБанк»» що настала протягом строку дії Договору страхування (надалі – Пам'ятка)

1. Страховик

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АРКС» (скорочена назва ПАТ «СК «АРКС»). 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8. Телефон/Факс.: _____

2. Страхувальник

Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «АРКС Лайф» 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8.
Телефон/Факс.: 044 390 72 86

3. Вигодонабувач

Фізична особа віком від 18 до 60 років, про страхування життя якої укладено Договір страхування за Офертою РВ0010, та на яку поширюється дія ризику **«Втрата роботи Вигодонабувачем»** (надалі – втрата роботи) та **«Понесення Вигодонабувачем фінансових (матеріальних) збитків внаслідок здійснення операцій з використанням платіжних карток та/або карткового рахунку Вигодонабувача»** (надалі – фінансові збитки), що настала протягом строку дії Договору страхування.

4. Страховий випадок, Строк дії Договору страхування

4.1. Страховим випадком за цим Договором є:

4.1.1. втрата роботи Вигодонабувачем, що настала протягом строку дії Договору страхування.

4.1.2. понесення Вигодонабувачем фінансових (матеріальних) збитків внаслідок здійснення операцій з використанням платіжних карток та/або карткового рахунку Вигодонабувача.

4.2. Під випадком **«Втрата роботи Вигодонабувачем»**, що настала протягом строку дії Договору страхування» розуміється звільнення Вигодонабувача з основного (постійного) місця роботи протягом строку дії Договору страхування з ініціативи роботодавця (власника або уповноваженого ним органу) лише в таких випадках: зміна в організації виробництва і праці, в тому числі ліквідація, банкрутство, реорганізація або перепрофілювання підприємства, установи, організації, скорочення чисельності або штату працівників (п. 1 ст. 40 КЗпП України).

4.2.1. Датою настання страхового випадку за ризиком «Втрата роботи» вважається дата попередження роботодавцем Вигодонабувача про майбутнє звільнення.

4.3. Під випадком **«Понесення Вигодонабувачем фінансових (матеріальних) збитків внаслідок здійснення операцій з використанням платіжних карток та/або карткового рахунку Вигодонабувача, відкритих в АТ КБ «ПриватБанк»** розуміється:

- незаконне отримання готівкових коштів з карткового рахунку – здійснення операцій третіми особами з картою Страхувальника після її втрати щодо отримання готівкових коштів з карткового рахунку Страхувальника в АТМ/терміналі самообслуговування із використанням картки та ПІН коду;
- незаконна оплата з карткового рахунку в торгово-сервісній мережі по втраченій або викраденій карті – здійснення операцій третіми особами з картою після її втрати щодо розрахунку в торгівельно-сервісній мережі за товари/послуги втраченою/викраденою картою, як з використанням ПІН коду так і без нього;
- Протиправний переказ коштів – протиправний грошовий переказ третіми особами з карткового рахунку Страхувальника, відкритого в АТ "КБ "ПриватБанк" готівкових коштів на картковий рахунок відкритий в іншому банку. В цьому випадку застосовується франшиза в розмірі 50 (п'ятдесят) відсотків від суми протиправної операції або незаконної операції, але не менше ніж 100 (сто) гривень;
- скімінг – протиправне здійснення платіжних операцій за картковими рахунками Вигодонабувача з використанням дубліката картки та отриманих протиправним шляхом даних карти Вигодонабувача. Виплата здійснюється не частіше одного разу на рік під час дії договору страхування;
- mobile-banking – протиправне здійснення платіжних операцій по картковому рахунку Клієнта третіми особами без присутності платіжної картки за допомогою SMS-команд або незаконний платіж за допомогою SMS команд або

додатку СМС-банкінгу шляхом незаконного заволодіння телефоном власника картки та пін-кодом до додатку СМС – банкінгу.

- зняття без карти в АТМ – протиправне здійснення платіжних операцій, в тому числі зняття готівкових коштів, по картковому рахунку Клієнта третіми особами без присутності платіжної картки в банкоматі за допомогою безконтактного платіжного інтерфейсу, а саме - незаконне отримання коштів/розрахунків в АТМ без фізичної присутності пластикової картки, шляхом заволодіння даними картки (включаючи PIN) та телефоном для отримання вхідного дзвінку від ПриватБанку з метою проведення ідентифікації.
 - Еквайринг в режимі МOTO-операції / Оплата з карти без SMS-підтвердження операції – протиправне здійснення третіми особами платіжних операцій з використанням платіжної картки Страхувальника по телефону, поштою або в мережі Інтернет в режимі МOTO-операції;
 - Система Internet Banking Приват–24 – протиправні операції по картковому рахунку з використанням системи дистанційного обслуговування клієнтів Internet Banking Приват–24 — офіційного каналу зв'язку (обміну інформацією) між Банком та клієнтом шляхом:
 - заволодіння даними власника рахунку (заволодіння даними картки, ПІБ, контактним номером телефону) та заволодіння паролем від Приват24.
 - заволодіння телефоном власника рахунку.
 - фішинг, фармінг, вішинг – протиправне здійснення платіжних операцій по картковому рахунку Вигодонабувача без застосування картки/дублікату картки з використанням отриманих протиправним шляхом реквізитів карти.
- 4.4. Строк дії страхового покриття за випадком «Втрата роботи» та «Фінансові збитки» відповідає строку дії Договору страхування, що укладено за Офертою РВ0010, та на всі періоди його продовження.

5. Виключення та обмеження страхування

- 5.1. Будь-яка подія за ризиком **«Втрата роботи Вигодонабувачем»** не визнається страховим випадком і страхове відшкодування не виплачується Вигодонабувачу, якщо він:
- 5.1.1. мав трудовий стаж на останньому місці роботи менше 12 (дванадцяти) календарних місяців поспіль;
 - 5.1.2. працевлаштований на підприємствах (установах, організаціях) із загальною кількістю працівників менше 10 осіб;
 - 5.1.3. відноситься до приватних підприємців (суб'єктів підприємницької діяльності-фізичних осіб), військовослужбовців, осіб, які проходять службу за відповідними Законами/ положеннями тощо, фрілансерів, сумісників (працюють за сумісництвом), самозайнятих, трудових мігрантів, а також акціонерів/учасників, що працюють в компанії, в якій їм належить більше 10% акцій/частки;
 - 5.1.4. був звільнений з іншої причини, ніж наведено в п. 4.1.1.;
 - 5.1.5. не досяг віку 18 років або був старшим за 60 років;
 - 5.1.6. був працевлаштований за сумісництвом або на сезонні роботи;
 - 5.1.7. був звільнений протягом перших 3 (трьох) місяців з дня набрання чинності Договору, а також протягом перших 3 (трьох) місяців з моменту поновлення дії Договору у випадку призупинення його дії в зв'язку із відсутністю чергового платежу;
 - 5.1.8. якщо Вигодонабувачу на дату укладання Договору було повідомлено про майбутнє звільнення.
 - 5.1.9. після розірвання Трудового договору Вигодонабувач вийшов на пенсію, в тому числі достроково;
- 5.2. Будь-яка подія за ризиком **«понесення Вигодонабувачем фінансових (матеріальних) збитків внаслідок здійснення операцій з використанням платіжних карток та/або карткового рахунку Вигодонабувача, відкритих в АТ КБ «ПриватБанк»** не визнається страховим випадком і страхове відшкодування не виплачується, у разі:
- 5.2.1. подія, що має ознаки страхового випадку, трапилася протягом перших 7 (семи) днів з дати початку забезпеченого періоду щодо конкретного Вигодонабувача;
 - 5.2.2. наміру або грубої необережності Страхувальника, що підтверджено документами компетентних органів;
 - 5.2.3. невиконання Страхувальником у повному обсязі вимог законодавчих актів, правил та умов надання банківських послуг ПАТ КБ ПРИВАТБАНК, в тому числі добровільного повідомлення третім особам ПІН-коду;
 - 5.2.4. настання збитків, що сталися внаслідок та/або на території (територія визначається на підставі належних та допустимих доказів) оголошеної або неоголошеної війни, збройного конфлікту, військових та бойових дій, дій будь-яких законних чи незаконних військових, воєнізованих, збройних формувань, бандитизму, диверсії, найманства, повстання, революції, заколоту, путчу, бунту, дій, спрямованих на зміну чи повалення конституційного ладу, захоплення державної влади, посягання на територіальну цілісність, громадянських (масових) заворушень, інших масових порушень громадського порядку, самоуправства, вчинення терористичних актів, здійснення терористичної діяльності, проведення антитерористичних операцій, встановлення військових режимів або надзвичайних положень в країні, народних хвилювань усякого роду або страйків, локаутів, блокад, конфіскації, націоналізації, примусового вилучення, ревізії, арешту, пошкодження або знищення платіжної картки або грошових коштів за розпорядженням існуючого де-юре або де-факто уряду (невизнаного, самопроголошеного, фактичного) або будь-якого органу влади, дій та розпоряджень самопроголошених (непередбачених законодавством країни) органів влади та незаконних збройних чи воєнізованих формувань, дій по контролю, попередженню та боротьбі з наслідками подій, зазначених в цьому пункті Пам'ятки, впливу будь-якої зброї (стрілецької вогнепальної зброї, мін, бомб, снарядів, ракет тощо), покинутих знарядь війни (зброї та боєприпасів).
- 5.3. Територія страхування:

- 5.3.1. За випадком п. 6.2. – Україна, крім території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, а також територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження на момент настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 5.3.2. За випадком п. 6.3. - територія всього світу, крім: окупованих та/або відчужених територій, в тому числі території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, а також територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження; зон військових дій, зон воєнних або збройних конфліктів, території проведення антитерористичної операції; територій на яких здійснюються заходи миротворчого характеру, в тому числі Організацією Об'єднаних Націй (ООН).

6. Перелік документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків

- 6.1.** В разі настання події, передбаченої у пункті 4., Страхувальник/ Вигодонабувач (за згодою Вигодонабувача), зобов'язаний:
- 6.1.1. Не пізніше ніж через 48 годин (за винятком неробочих та святкових днів) з дати настання події повідомити Страховика.
- 6.1.2. Не пізніше ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після настання події, що має ознаки страхового випадку, надати Заяву про настання події, що має ознаки страхового випадку, та на виплату страхового відшкодування (надалі - Заява про подію та на виплату). Якщо виконання вказаних вимог було неможливим, Страхувальник повинен довести це документально.
- 6.2.** У разі настання події за випадком, зазначеним в п. 4.1.2., окрім дій, зазначених в п. 6.1., Вигодонабувач зобов'язаний:
- 6.2.1. негайно вжити заходів, передбачених Умовами та правилами надання банківських послуг ПАТ КБ «ПРИВАТБАНК» щодо зменшення можливих збитків;
- 6.2.2. негайно (протягом 2 годин) заявити про це в органи поліції;
- 6.2.3. подати до Банку передбачену п. 1.1.2.11.1. та 1.1.2.12. Умов та правил надання банківських послуг ПАТ КБ «ПРИВАТБАНК» інформацію щодо оспорюваних транзакцій.
- 6.3. У разі настання події за випадком, зазначеним в п. 4.1.1., до Заяви про подію та на виплату додаються такі документи:**
- 6.3.1. копія трудової книжки (всі сторінки), яка підтверджує дату і причину звільнення Вигодонабувача;
- 6.3.2. копія наказу про звільнення Вигодонабувача з постійного місця роботи із визначенням причин такого звільнення, засвідчена роботодавцем (на вимогу Страховика);
- 6.3.3. копія рішення щодо припинення юридичної особи (роботодавця) або копія рішення суду про ліквідацію юридичної особи (роботодавця) (у випадку примусової ліквідації) (на вимогу Страховика);
- 6.3.4. оригінал довідки, виданої органом державної служби зайнятості населення, яка підтверджує реєстрацію Вигодонабувача в органах служби зайнятості як безробітного або громадянина, що шукає роботу (на вимогу Страховика);
- 6.3.5. інші документи та/або інформація на запит Страховика, які необхідні для встановлення факту, причин та наслідків настання страхового випадку.
- 6.4. У разі настання події за випадком, зазначеним в п. 4.1.2., до Заяви про подію та на виплату додаються такі документи:**
- 6.4.1. документи, що підтверджують сплату витрат задля зменшення можливих збитків;
- 6.4.2. довідку правоохоронних органів (рішення судових органів), які підтверджують факт вчинення третіми особами протиправних або навмисних дій щодо пластикової картки, документів Вигодонабувача, придбаного товару з використанням картки та коштів, що знаходяться на розрахунковому рахунку Вигодонабувача;
- 6.4.3. довідку (відповідь) банку щодо результатів розгляду звернення Страхувальника по несанкціонованих транзакціях;
- 6.4.4. інші документи та/або інформація на запит Страховика, які необхідні для встановлення факту, причин та наслідків настання події, що має ознаки страхового випадку
- 6.5.** До розгляду можуть бути прийняті копії документів, які вказані в п. 6.3 та п. 6.4 цієї Пам'ятки, зокрема в електронному вигляді.
- 6.6.** Копією документа згідно з цим Договором є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, зокрема мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам цього Договору. На вимогу Страховика та у визначений ним термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (зокрема цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їхній зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачене останнім страхове відшкодування.
- 6.7.** Документ, цифрова копія якого надається Страховику, має відповідати таким вимогам:
- 6.7.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;
- 6.7.2. документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);
- 6.7.3. документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);

6.7.4. має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

6.8. Страхувальник, укладаючи цей Договір, підтверджує, що, надаючи Страховику копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки, Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Страхувальник розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні оригіналів таких документів у паперовій формі.

7. Строк прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування. Порядок і умови виплати страхового відшкодування.

7.1. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання усіх документів та/або інформації, які підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового випадку, та оформляється Страховим актом.

7.2. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

7.3. Страхове відшкодування сплачується тільки після того, як повністю будуть встановлені причини страхового випадку. Страхувальник/ Вигодонабувач (за згодою Вигодонабувача) зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи та/або інформацію, перелік яких наведено в Пам'ятці. Ненадання вказаних документів та/або інформації Страховальником дає Страховику право відмовити у виплаті відшкодування як в цілому, так і в частині збитку, не підтвердженій такими документами та/або інформацією.

7.4. Страховик має право відстрочити складання Страхового акту (прийняття рішення за подією) у випадку:

– якщо у нього є сумніви в правомірності вимог на одержання Вигодонабувачем страхового відшкодування, – до того часу, поки не будуть представлені та/або отримані необхідні докази, але не більше ніж на 3 (три) місяці з дня отримання від Страхувальника/Вигодонабувача (за згодою Вигодонабувача) усіх документів та/або інформації, передбачених Договором;

– якщо відповідними компетентними органами почато кримінальне провадження у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, і ведеться розслідування обставин, які призвели до збитку, – не більше ніж на 6 (шість) місяців з моменту початку кримінального провадження (внесення відомостей до Єдиного реєстру досудових розслідувань);

– якщо Страхувальник/ Вигодонабувач (за згодою Вигодонабувача) надали документи, які необхідні для прийняття рішення щодо сплати страхового відшкодування, які оформлені з порушенням діючих норм (відсутні номер, дата, наявність виправлень тощо), – на строк до усунення порушень, що не перевищує 6 (шість) місяців.

7.5. У разі визнання Страховиком події страховим випадком виплата страхового відшкодування за страховими випадками, визначеним в п. 4.1.1.:

7.5.1. за подією, зазначеною в п. 4.1.1., здійснюється у розмірі 100 % страхової суми, що встановлена для Вигодонабувача на відповідний період страхування та зазначена у відповідному Реєстрі Вигодонабувачів.

7.5.2. за подією, зазначеною в п. 4.1.2., здійснюється у розмірі прямого збитку, якого зазнав Вигодонабувач, зокрема у розмірі грошових коштів, втрачених внаслідок здійснення операцій, зазначених в п. 4.4., не санкціонованих Вигодонабувачем, в межах страхової суми, що встановлена для Вигодонабувача на відповідний період страхування та зазначена у відповідному Реєстрі Вигодонабувачів.

8. Причини відмови у виплаті страхового відшкодування

8.1. Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо:

8.1.1. Страхувальником (Вигодонабувачем) вчинені навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена форма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням цивільного чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

8.1.2. Страхувальником (Вигодонабувачем) вчинено злочин, який призвів до страхового випадку;

8.1.3. Страхувальник (Вигодонабувач) надав Страховику неправдиву інформацію, в т. ч. про предмет страхування або про факт настання страхового випадку та/або у разі надання Страхувальником на запит Страховика відомостей, які не відповідають дійсності, в т. ч., але не виключно, по фактах, що стосуються страхового випадку і його обставин;

8.1.4. Отримання Страхувальником (Вигодонабувачем) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні.

8.1.5. Приховування Страхувальником (Вигодонабувачем) інформації про договори страхування, що діяли на час укладання даного договору страхування у відношенні предмету страхування за даним договором.

8.1.6. Страхувальник (Вигодонабувач) не дотримав строків повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку, згідно з п. 6.1. Пам'ятки без поважних на це причин або створював Страховикові перешкоди у визначенні обставин страхового випадку та розміру збитків та/або визначенні наявності або відсутності підстав для визнання страховою/нестраховою та прийняття рішення за подією (не повідомив дійсні обставини страхового випадку, своєчасно не надав документи та/або інформацію на запит Страховика, не прибув до Страховика для надання пояснень, не надав пояснень, не надав довіреність згідно з умовами цієї Пам'ятки та ін.);

8.1.7. Вигодонабувач (якщо Вигодонабувач надав згоду на надання документів) не надав усіх необхідних документів та/або інформації стосовно заявленої події;

- 8.1.8. Страхувальник (Вигодонабувач) надав документи, які необхідні для прийняття рішення щодо сплати страхового відшкодування, які містять неправдиву інформацію, в т. ч. щодо часу, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку тощо;
- 8.1.9. Вигодонабувач письмово (шляхом надання розписки або складання інших документів про відсутність претензій) відмовився від свого права вимоги до особи, відповідальної за збитки, що відшкодовуються Страховиком за умовами Пам'ятки, або якщо здійснення цього права з інших причин стало неможливим з вини Вигодонабувача (його представника), а також Вигодонабувач не виконав вказівок Страховика щодо реалізації права вимоги до особи, відповідальної за збитки;
- 8.1.10. Під час досудового розслідування встановлено обставини, що унеможливають визнання події страховим випадком (закриття кримінального провадження, розслідування події за ознаками іншого злочину, що підтверджено відповідним витягом з ЄРДР чи постановою компетентного органу);
- 8.1.11. Страхувальник (Вигодонабувач) не виконав обов'язків, передбачених вищезазначеними умовами;
- 8.1.12. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 8.2. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування повідомляється Страхувальнику письмово з обґрунтуванням причин відмови не пізніше 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.
- 8.3. Відмова Страховика здійснити виплату страхового відшкодування та/або відмова у визнанні події страховим випадком може бути оскаржена Страхувальником (Вигодонабувачем) у судовому порядку.
- 8.4. Страхувальник повідомлений, що Страховик не надає страхове покриття / не виплачує страхове відшкодування / не встановлює та/або продовжує ділові відносини / не проводить видаткові фінансові операції / не надає фінансові та інші пов'язані послуги, якщо це порушує будь-які санкції, заборони або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торговельними чи економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Канади, України, та якщо клієнт є особою та/або організацією, яка включена до переліку осіб, пов'язаних із провадженням терористичної діяльності, або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та/або які діють від імені таких осіб, та/або якими прямо чи опосередковано володіють чи кінцевими бенефіціарними власниками яких є зазначені вище особи. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов першого речення цього пункту Договору, після того як зазначені в цьому пункті Договору санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке саме правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов першого речення цього пункту Договору.

**Генеральний директор
ТДВ «СК «АРКС Лайф»**



Гавриленко В.В.