

КОПІЯ

ЗАТВЕРДЖЕНО:

29 квітня 2014 року

Голова правління
ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування
життя»

Фінансовий директор
ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування
життя»



[Handwritten signature]

Н.В. Базилевська

[Handwritten signature]

І.А. Андреева

**ЗМІНИ та ДОПОВНЕННЯ №1
до ПРАВИЛ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»**

2014 рік

У зв'язку із необхідністю запровадження нових страхових продуктів, керуючись Законом України «Про страхування», Ліцензійними умовами провадження страхової діяльності, затвердженими Розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України № 40 від 28 серпня 2003 року, Приватним акціонерним товариством «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя» прийнято рішення внести зміни та доповнення до Правил добровільного страхування життя ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя», зареєстрованим Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 05.03.2013 р. за №0113038 (надалі – Правила) у редакції, викладеній нижче.

1. Доповнити пункт 1.1. Правил підпунктом 1.1.19 у наступній редакції:

«1.1.19. Період очікування – строк від початку дії Договору страхування, протягом якого Страховик звільняється від обов'язку здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку. У разі внесення змін до Договору страхування в частині збільшення розміру Страхової суми, період очікування заново починає свій відлік від дати, з якої вступають в силу умови Договору страхування щодо збільшення Страхової суми та в частині різниці між новим та попереднім розміром Страхової суми.»

2. Внести зміни до п. 1.5.4. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«1.5.4. Страхова виплата здійснюється протягом п'ятнадцяти робочих днів з моменту отримання Страховиком підписаного Вигодонабувачем Страхового Акту, в якому Вигодонабувач вказує свої банківські реквізити для перерахування йому Страхової виплати. Страхова виплата здійснюється виключно шляхом переказу коштів у безготівковому вигляді на рахунок Вигодонабувача, відкритий у банківській установі. Днем здійснення виплати вважається день списання коштів з розрахункового рахунку Страховика.

За страховим випадком діагностування певної важкої хвороби, у випадках, передбачених п. 2.8. цих Правил, за заявою Вигодонабувача Страхова виплата може бути здійснена на рахунок медичного закладу, який надає відповідну медичну допомогу Застрахованій особі. При цьому, у випадку якщо медичні послуги, що мають бути надані Застрахованій особі та наявність яких є обов'язковою умовою для здійснення Страхової виплати, надані не були, то така Страхова виплата має бути повернута Страховику. Страхова виплата може бути здійснена на рахунок медичного закладу, який надає відповідну медичну допомогу, виключно у випадку наявності договірних відносин між Страховиком та медичним закладом.»

3. Доповнити п. 1.11. Правил підпунктом 1.11.5. у наступній редакції:

«1.11.5. За страховим випадком діагностування певної важкої хвороби Вигодонабувачем за Договором страхування може бути виключно Застрахована особа.»

4. Внести зміни до пункту 2.1.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«2.1.1. Головне страхування передбачає наступні Страхові ризики: смерть та дожиття або певна важка хвороба Застрахованої особи.»

5. Внести зміни до пункту 2.1.2. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«2.1.2. Страховими випадками за Головним страхуванням можуть бути:

- смерть Застрахованої особи під час дії Договору страхування;
- дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування або досягнення Застрахованою особою віку, визначеного Договором страхування;
- діагностування певної важкої хвороби у Застрахованої особи під час дії Договору страхування, у випадку, якщо це передбачено умовами відповідного Тарифу за Договором страхування».

6. Внести зміни до пункту 4.6.3. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:

«4.6.3. Якщо ступінь втрати працездатності не визначається за допомогою положень пункту 4.6.2. цих Правил, ступінь порушення фізичних чи розумових функцій оцінюється за допомогою медичної експертизи.»

7. Доповнити Розділ 2 Правил підрозділом 2.8. у наступній редакції:

«2.8. Особливі умови страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб.

2.8.1. Дані особливі умови діють разом з Умовами страхування життя (Головне страхування) та підлягають застосуванню у випадку страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб. У випадках не врегульованих даними особливими умовами, слід керуватись положеннями Розділів 1 та 2 Правил.

2.8.2. Страховий випадок та Страхове покриття.

Страховим випадком вважається один із наступних випадків: смерть та дожиття, або випадок діагностування у Застрахованої особи певних важких хвороб, які мають бути виявлені вперше у період дії Договору страхування.

Страхове покриття розповсюджується на настання виключно одного Страхового випадку за весь строк дії Договору страхування. Виплата Страхової суми здійснюється тільки за одним Страховим випадком, а саме: смерть або дожиття, або діагностування певної важкої хвороби у Застрахованої особи під час дії Договору страхування, навіть якщо протягом строку дії Договору страхування було діагностовано декілька певних важких хвороб, або настала смерть, або дожиття. Дія Страхового покриття за Головним страхуванням, а також за всіма Тарифами Додаткового страхування, якщо такі було включено до умов Договору страхування, припиняється з моменту прийняття першого рішення Страховиком про здійснення Страхової виплати (такого, що приймається вперше після укладення Договору страхування) за першим страховим випадком діагностування певної важкої хвороби.

Факт настання Страхового випадку має підтверджуватись повним пакетом медичної документації, яку вимагає Страховик. При цьому, встановлення та підтвердження діагнозу певної важкої хвороби в кожному випадку має здійснюватись лікарями-фахівцями у відповідній області медицини, які мають право на встановлення та підтвердження такого діагнозу, а медичні заклади, в яких Застрахована особа проходить лікування, або в яких встановлюється або підтверджується відповідний діагноз, повинні мати право на надання медичних послуг у відповідній області медицини.

За умови наявності клінічного діагнозу та повного пакету необхідної медичної документації в рамках цих Правил певними важкими вважаються наступні хвороби:

2.8.2.1. Інфаркт міокарда

Інфаркт міокарда - незворотній некроз частини серцевого м'яза внаслідок недостатнього постачання крові внаслідок ішемічної події.

Діагностування інфаркту міокарда повинне бути основане на наступних критеріях:

- раптові болі, що тиснуть, давлять, інколи колють, в області серця, які, зазвичай, тривають протягом 30 хвилин;
- типові зміни у даних ЕКГ (наприклад, постійне підвищення сегменту ST);
- дані біохімічних показників (ензимодіагностика: підйом активності креатинін-фосфокінази (КФК), ізоензиму МВ КФК та тропонінів I та T, лактатдегідрогенази ЛДГ, трансамінази аспартатаміно-трансферази (глутамат-оксалоацетат- трансамінази - GOT), гідроксибутират дегідрогенази (HBDH)).

Страхова виплата здійснюється за фактом встановлення діагнозу на основі вищевказаних критеріїв.

Не є Страховим випадком:

- ізольоване підвищення показників тропонінів I та T без підвищення сегменту ST;
- інфаркт міокарда на тлі наявності інших коронарних діагнозів (наприклад, стабільної

чи нестабільної стенокардії).

2.8.2.2. Аортальне шунтування серця (байпас)

Аортальне шунтування серця (байпас) - виконання хірургічного втручання на відкритому серці у зв'язку зі звуженням або перекриттям щонайменше двох серцевих коронарних судин за допомогою штучних судинних байпас імплантів. Необхідність проведення оперативного втручання повинна підтверджуватись коронарною ангіографією.

Страхова виплата здійснюється лише після проведення оперативного втручання на серці. Для Застрахованої особи це повинно бути перше втручання подібного роду, не залежно від того, на скількох судинах проводилось оперативне втручання. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення оперативного втручання на серці в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- ангіопластика (PTCA);
- інші внутрішньо артеріальні терапевтичні процедури;
- мінімально-інвазивна хірургія.

2.8.2.3. Карцинома (злоякісна пухлина, рак)

Карцинома - захворювання, що характеризується наявністю однієї або декількох пухлин, які за допомогою гістологічного дослідження класифікуються як злоякісні та характеризуються неконтрольованим зростом злоякісних клітин та інвазивним впливом на здорові клітини. В разі, якщо виконання гістології не є можливим, діагноз злоякісних якостей пухлини повинен бути встановлений іншими визнаними медичними дослідними процесами. До поняття «рак» (злоякісне захворювання) також відносяться лейкомія та лімфома.

Не є Страховим випадком:

- «carcinoma in situ» включаючи стадії CIN-1, CIN-2 та CIN-3, або передзлоякісні форми;
- гістологічно діагностовані меланоми, товщина яких складає менше 1,5 мм, або глибина менше третього рівня за класифікацією Кларка;
- всі гіперкератози та карциноми клітин шкіри (крім випадків з наявністю метастазів);
- карцинома простати з гістологічно доведеною TNM класифікацією T1 (включаючи T1a, T1b або подібні початкової стадії).

2.8.2.4. Інсульт, апоплексія

Інсульт, апоплексія - гостре порушення мозкового кровообігу, що виникає при розриві судин (крововилив у мозок, під оболонки й у шлуночки мозку), при закупорці тромбом чи тривалому спазмі судин головного мозку, яке спричиняє тривалу церебро-васкулярну патологію. Наслідки церебро-васкулярного інсульту - рухові розлади (паралічі та парези), мовні порушення, розлади психіки.

Діагноз захворювання повинен бути підтверджений відповідними діагностичними обстеженнями (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, тощо). Неврологічні пошкодження повинні спостерігатись щонайменше протягом трьох місяців.

Страхова виплата здійснюється не раніше, ніж через три місяці після розпочатого лікування церебро-васкулярної патології.

Не є Страховим випадком:

- пошкодження головного мозку внаслідок травми, епілепсія, запальних процесів мозку;
- мозкові патології, які виникли внаслідок мігрені, гіпоксії;
- ішемічні порушення вестибулярного апарату;
- запальні і судинні захворювання, які ушкоджують зоровий нерв та викликають ішемічні порушення вестибулярного апарату;
- перехідні ішемічні розлади - ТІА (короткостроковий неврологічний дефіцит

викликаний ішемією);

- лакунарні зміни мозку, що не викликані ішемією або крововиливом.

2.8.2.5. Хронічна ниркова недостатність

Хронічна ниркова недостатність - прогресуюча незворотня дисфункція обох нирок на останній стадії, яка безпосередньо загрожує життю і потребує лікування із застосуванням гемодіалізу, перитонеального діалізу або пересадки нирки.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними медичними документами, що засвідчували б необхідність проведення діалізу або трансплантації нирок.

Страхова виплата здійснюється після того, як почнеться постійне проведення процедури діалізу або після трансплантації нирки. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення трансплантації нирки в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- всі гострі захворювання нирок;
- гостра (тимчасова) ниркова недостатність внаслідок травми або інших етіологічних причин.

2.8.2.6. Пересадка органів

Пересадка органів - необхідність пересадки у Застрахованої особи одного з наступних органів: серця (трансплантація серця в цілому, в тому числі імплантація штучного серця), легені, печінки - або тільки частини печінки (правої чи лівої долі печінки), підшлункової залози, нирки, тонкого кишечника та кісткового мозку. У цьому випадку Застрахована особа має бути одержувачем органу.

Діагноз захворювання та необхідність пересадки (трансплантації) органу має підтверджуватись відповідними медичними документами.

Страхова виплата здійснюється після проведення пересадки відповідного органу. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення пересадки відповідного органу в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком

- випадки, коли Застрахована особа є донором органу або тканин;
- всі види пересадки власного кісткового мозку, а також власних островків Лангерганса.

2.8.2.7. Розсіяний склероз (хронічне захворювання центральної нервової системи)

Розсіяний склероз (хронічне захворювання центральної нервової системи) - хронічне захворювання, яке характеризується численними порушеннями центральної нервової системи, що клінічно проявляються у вигляді погіршення зору, неврологічних нападів, церебральних порушень, втрати чутливості, ментальних порушень та інших.

Для підтвердження діагнозу, у Застрахованої особи мають спостерігатись неврологічні порушення щонайменше протягом шести місяців з дати встановлення діагнозу або ж щонайменше два напади з інтервалом в один місяць, або ж неврологічні порушення проявляються у вигляді нападів у комбінації з характерними змінами у діагнозі спинномозкової рідини та магнітно-резонансної томографії.

2.8.2.8. Параліч

Параліч - повний, тривалий, незворотній параліч кінцівок у результаті захворювання або механічного ушкодження кісткового мозку, який має наслідком параплегію (в разі паралічу нижньої частини тіла та обох ніг) або тетраплегію (якщо уражено обидві руки та обидві ноги).

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія головного чи

спинного мозку, діагностування нервової прохідності чи електроміографія, мієлографія та ін.)

Не є Страховим випадком: синдром Гийена-Барре.

2.8.2.9. Втрата зору

Втрата зору - повна, невиліковна втрата зору на обох очах внаслідок хвороби або нещасного випадку з максимальним можливим ступенем корекції 1/60 або менше.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями, які б свідчили про повну втрату зору на обох очах.

Не є Страховим випадком:

- втрата зору на одне око;
- виліковна втрата зору на одне або два ока.

2.8.2.10. Операція на аорті

Операція на аорті - проведення операції на серці при хронічному захворюванні аорти, внаслідок якого необхідна заміна ураженої аорти штучним трансплантатом. Під аортою слід розрізняти грудну та черевну аорту, однак не аортальні відгалуження.

Страхова виплата здійснюється тільки після проведення оперативного втручання. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення оперативного втручання в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- операції на відгалуженнях грудної та черевної аорти, а також на відгалуженнях, які постачають кров по периферійній кров'яній системі.

2.8.2.11. Заміна клапанів серця (вальвулярна заміна)

Заміна клапанів серця (вальвулярна заміна) - хірургічна операція на відкритому серці шляхом вальвулопластики, вальвулотомії або заміни одного чи декількох пошкоджених через хворобу клапанів серця штучними клапанами серця (механічними або біологічними). Сюди включається заміна аортального, мітрального, трикуспідального або пульмонального клапанів у зв'язку із їх стенозом, недостатністю або комбінацією обох захворювань.

Діагноз захворювання та рішення щодо необхідності проведення операції по заміні клапанів серця повинні підтверджуватись відповідними медичними документами, які б також свідчили про вже виконану операцію.

Страхова виплата здійснюється тільки після проведення операції з заміни одного чи декількох клапанів серця. Страхова виплата також може бути здійснена на користь Застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення операції з заміни одного чи декількох клапанів серця в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Не є Страховим випадком:

- всі інші операції на клапанах серця, такі як, наприклад, баллонопластика стеноза клапана аорти, мітральна комісуротомія.

2.8.2.12. Доброякісна пухлина мозку

Доброякісна пухлина мозку - доброякісні пухлини головного мозку, які викликають тривалі неврологічні порушення та потребують хірургічного видалення шляхом розтину черепної коробки і висічення пухлини - краніотомія; або ж неоперабельні доброякісні пухлини головного мозку, при яких спостерігаються патологічні неврологічні відхилення. Патологічним неврологічним відхиленням вважається тривалий стан постійних неврологічних змін, які спостерігались щонайменше протягом останніх трьох місяців та свідчені відповідними документами.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обстеженнями (комп'ютерна та/або магнітно-резонансна томографія).

Страхова виплата здійснюється щонайменше через три місяці з дати встановлення діагнозу доброякісної пухлини мозку. Страхова виплата може бути здійснена у строк менший ніж три місяці з дати встановлення діагнозу доброякісної пухлини мозку у випадку, якщо було проведено краніотомію та після неї. Страхова виплата також може бути здійснена на користь застрахованої особи на розрахунковий рахунок медичного закладу до моменту та з метою проведення краніотомії в порядку, передбаченому п. 1.5. цих Правил.

Це є Страховим випадком:

- кісти головного мозку;
- гранульоми тканин головного та спинного мозку;
- набуті чи вроджені деформації артерій чи судин головного мозку, їх внутрішніх стінок (артеріовенозні деформації);
- гематоми головного мозку;
- пухлини гіпофізу та хребта.

2.8.2.13. Кома

Кома - стан організму, що характеризується повною втратою свідомості внаслідок травми або захворювання без реакцій організму на зовнішні подразники та відсутністю рефлексів протягом 96 годин, при якому виникає необхідність застосування апаратів штучного підтримання життєдіяльності та який викликає тривалі неврологічні порушення.

Діагноз захворювання повинен бути встановлений щонайменше через 96 годин після перебування організму у несвідомому стані. Тривалі неврологічні порушення повинні бути подokumentовані та підтверджені відповідними діагностичними обстеженнями (наприклад, лабораторними аналізами та тестами по обміну речовин, комп'ютерною чи магнітно-решотчастою томографією головного мозку, спинномозковою пункцією, аналізом спинномозкової рідини, електроенцефалограмою тощо).

Страхова виплата здійснюється не раніше аніж через три місяці після встановлення діагнозу.

Це є Страховим випадком:

- всі стани коми, які викликані зловживанням алкоголю чи наркотичними речовинами, а також отруєнням медичними засобами з метою самогубства.

2.8.2.14. Хронічна недостатність печінки

Хронічна недостатність печінки - завершальна невиліковна стадія хвороби печінки, яка має наслідком цироз печінки та печінкову недостатність.

Діагноз хронічної печінкової недостатності має підтверджуватись відповідними медичними документами, які б підтверджували встановлений діагноз згідно класифікаційної системи Child-Turcotte-Pugh на підставі наступних критеріїв:

- тривала жовтуха (з показниками білірубіну > 2 мг/дл або > 35 ммоль/л);
- помірний асцит;
- альбумін $< 3,5$ г/дл;
- PV > 4 сек або INR $> 1,7$;
- гепатична енцефалопатія.

Страхова виплата здійснюється у разі діагностування хронічної недостатності печінки відповідно до названої класифікації хвороб, рівня складності та прогнозу (Child-Turcotte-Pugh, згідно якої рівень «B» означає 7-9 балів, та рівень «C» - 10-15 балів).

Це є Страховим випадком:

- всі цирози печінки, хронічні хвороби печінки та недостатність печінки, які викликані зловживанням алкоголю чи наркотичних речовин;
- при найменшому ступені ризику виникнення цирозу печінки рівню A згідно прогнозу за Child-Turcotte-Pugh.

2.8.2.15. Хронічне обструктивне захворювання легень (кінцева стадія)

Хронічне обструктивне захворювання легень (кінцева стадія) - важке та невиліковне порушення респіраторної функції внаслідок обструктивного захворювання легень, яке могло

бути викликане певним захворюванням легень (хронічний обструктивний бронхіт, хронічний астматичний бронхіт, легенева емфізема та інші подібні захворювання легень).

Діагноз кінцевої стадії хронічного обструктивного захворювання легень повинен підтверджуватись медичними документами, які б базувались на клінічних, лабораторних та радіологічних дослідженнях (наприклад, спірометрія). Діагноз має підтверджуватись наступними критеріями:

- тривале зниження об'єму повітря, що видихається за першу секунду FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 second) менше ніж на один літр (тест Тіффно);
- тривале зниження парціального тиску кисню (PaO₂) нижче позначки 55 ммРтСт;
- потреба в постійній подачі кисню (тривала киснева терапія).

Страхова виплата здійснюється після точного діагностування хронічного обструктивного захворювання легень у кінцевій стадії.

Не є Страховим випадком:

- всі інші можливі захворювання легень, а саме, порушення дихання внаслідок запальних та грануломатозних захворювань легень, внаслідок гострого респіраторного захворювання, пухлинних захворювань, тощо.

2.8.2.16. Втрата кінцівок

Втрата кінцівок - повна втрата двох або більше кінцівок в області вище зап'ястка або вище гомілковоюстопного суглобу внаслідок нещасного випадку (травми) або медично-невідкладної ампутації, викликаной наслідками захворювання або нещасного випадку.

Втрата двох або більше кінцівок повинна підтверджуватись відповідними медичними документами.

Страхова виплата здійснюється після точного документального підтвердження діагнозу.

2.8.2.17. Важка травма голови

Важка травма голови - важка травма в області голови з пошкодженням мозкової діяльності, підтверджена лікарем-фахівцем в області хірургії чи нейрохірургії. При цьому, наслідки травми голови повинні супроводжуватись неспроможністю Застрахованої особи виконувати три або більше функцій із перерахованих нижче:

- умивання (здатність самостійно приймати душ чи ванну);
- одягання (здатність самостійно та без сторонньої допомоги одягатись чи роздягатись);
- особиста гігієна (здатність самостійно ходити до туалету та займатись щоденною особистою гігієною);
- мобільність (здатність самостійно пересуватись в замкнутому просторі на рівних поверхнях);
- стримування (здатність стримувати сечу і кал);
- харчування (здатність самостійно приймати їжу, однак не готувати її);
- самостійний під'їом з ліжка (внаслідок обмежень Застрахована особа «прикована» до ліжка).

Подібні стани організму після важкої травми голови повинні бути затверджені відповідними медичними документами та спостерігатись щонайменше протягом трьох місяців.

Страхова виплата здійснюється щонайменше через три місяці після встановлення наслідків важкої травми голови.

Не є Страховим випадком:

- всі незначні черепно-мозкові травми без тривалих неврологічних наслідків;
- травми голови, які спричинені нападом епілепсії;
- стан після операцій з видалення внутрішньомозкових гематом, які мають травматичне походження.

2.8.2.18. Важкі опіки

Важкі опіки - пошкодження шкіри чи інших тканин організму внаслідок термічного, радіоактивного, хімічного чи електричного впливу. Зокрема, важкими вважаються опіки

третього ступеню (глибокі опіки), що характеризуються ураженням всієї товщі шкіри, дермального шару та шару коріуму з некрозом на уражених ділянках, які становлять понад менше 20% площі поверхні тіла згідно правила «дев'ятки».

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними медичними висновками з визначенням точного місця та площі опіку, а також наявністю рубців. У дорослих для визначення площі опіку використовується правило «дев'ятки» згідно Уоллеса, у дітей та немовлят використовується шкала Лунд-Браудера.

Страхові виплата здійснюється після закінчення активного лікування отриманих опіків.

Це є Страховим випадком:

- опіки першого та другого ступеню, при яких уражено менше 20% площі шкіри (згідно правила дев'ятки).

2.8.2.19. Втрата голосу та мовної функції

Втрата голосу та мовної функції - повна та невиліковна втрата мовної функції внаслідок захворювання голосових зв'язок, а також через пошкодження функцій голосового центру у корі головного мозку та базальних гангліїв.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обмеженнями (когнітивні тести, нейрорадіологічні дослідження мозку, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія мозку з або без виконання ангіографії, а також інші неврологічні та отоларингологічні дослідження з метою встановлення причини втрати мовної функції).

Страхові виплата здійснюється не раніше шести місяців після встановлення відповідного діагнозу.

Це є Страховим випадком:

- тимчасові порушення мовної функції, а також ті, що спричинені психологічними чинниками.

2.8.2.20. Глухота

Глухота - повна, тривала (невиліковна), двостороння втрата слуху, що викликана захворюванням (гострий запальний процес, васкулярне захворювання, пухлинні процеси тощо) або нещасним випадком та зафіксована відповідними медичними документами.

Діагноз захворювання повинен підтверджуватись відповідними діагностичними обмеженнями (аудиограма та інші).

2.8.3. Додаткове Страхове покриття для дітей Застрахованої особи.

Додаткове Страхове покриття на випадок діагностування певної важкої хвороби також поширюється на біологічних або усиновлених дітей Застрахованої особи у віці від 3 до 16 років. При цьому виплата Страхової суми здійснюється виключно за одним Страховим випадком, що трапився із кожною дитиною Застрахованої особи окремо, за весь строк дії Договору страхування. Розмір Страхової суми на випадок діагностування певної важкої хвороби у біологічної або усиновленої дитини становить 25% від встановленої за Договором страхування Страхової суми на випадок діагностування певної важкої хвороби Застрахованої особи, однак не більше \$ 4.000,- (доларів США) або 40 000,00 грн. Всі страхові виплати на випадок діагностування певної важкої хвороби у дитини здійснюються в межах Страхової суми встановленої за Договором страхування на випадок діагностування певної важкої хвороби Застрахованої особи.

Додаткове Страхове покриття розповсюджується на певні важкі хвороби дитини:

- Карцинома,
- Хронічна ниркова недостатність,
- Пересадка органів,
- Параліч,
- Втрата зору,
- Заміна клапанів серця (вальвулярна заміна),

- Доброякісна пухлина мозку,
- Кома,
- Утрата кінцівок,
- Важка травма голови,
- Важкі опіки,
- Глухота.

Страхова виплата за додатковим страхуванням дитини здійснюється у разі діагностування певної важкої хвороби, але не раніше, аніж через тридцять днів після встановлення діагнозу та за умови, що за цей строк застрахована дитина не помирає. Виплата Страхової суми за Страховим випадком, пов'язаним із дитиною, не змінює умов Договору страхування та/або розмір Страхової суми по відношенню до Застрахованої особи.

У разі якщо, дитина застрахована за двома чи більше Договорами страхування, наприклад, за Договорами страхування кожного з обох батьків, то відповідна Страхова виплата здійснюється за кожним Договором страхування. Страхове покриття не розповсюджується на випадки, пов'язані із операціями та захворюваннями/хворобами, що спостерігались у дитини до початку дії Договору страхування.

2.8.4. Початок та термін дії Страхового покриття.

Страхове покриття по відношенню до певних важких хвороб починає діяти не раніше, ніж через три місяці (період очікування) з дати, яка зазначена у Договорі страхування, як початок дії Страхового покриття. Трьохмісячний період очікування розпочинається повторно:

- при кожному поновленні дії Договору страхування, яке має місце після того, як Договору страхування було надано статус "Договір страхування без премії" або Договір страхування було повністю чи частково припинено у відповідності до пунктів 2.2.3 та 3.2.4 Правил;
- при кожному збільшенні розміру Страхової суми по відношенню тільки до різниці між попередньою та новою Страховою сумою.

Страхове покриття на випадок діагностування певних важких хвороб триває до моменту прийняття першого рішення Страховиком про здійснення Страхової виплати (такого, що приймається вперше після укладення Договору страхування) за першим страховим випадком діагностування певної важкої хвороби, але не пізніше до 24:00 години дня, зазначеного у Договорі страхування, як дата закінчення строку його дії.

2.8.5. Недостовірність та некоректність наданої інформації.

Об'єкти обов'язків Страхувальника надавати достовірну та правдиву інформацію при укладанні Договору страхування, зазначених у пункті 1.6.2.3 Правил, додатково визначаються наступне:

2.8.5.1. Страхувальник зобов'язується правильно та в повному обсязі надавати відповіді на питання у Заяві на страхування стосовно стану здоров'я Застрахованої особи. При цьому, до моменту прийняття рішення Страховиком щодо укладення Договору страхування, Страхувальником мають бути письмово повідомлені Страховику всі обставини, які можуть вплинути на прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, зокрема, але не обмежуючись, такі як:

- хронічні захворювання, психічні розлади, тривалі або ж часті перепади в показниках кров'яного тиску, холестерину, цукру та інші пов'язані з цими порушеннями показники, незалежно від того, чи зверталась Застрахована особа з цих приводів до лікаря;
- існуючі захворювання чи хвороби, існування яких може підозрюватись, та які можуть впливати на виникнення та прогресію однієї із певних важких хвороб, що зазначені у інших Правилах;
- всі медичні обслідування та процедури, які рекомендовані лікарем Застрахованій особі протягом шести місяців до дати заповнення Страхувальником Заяви на страхування та які можуть бути пов'язані з діагностуванням або розвитком однієї з важких хвороб, зазначених в даних умовах. При цьому, не має значення, якими були результати даних