

**ЗАТВЕРДЖЕНО:**

Рішенням Правління

Приватного акціонерного товариства

«ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»

№15 від 09 вересня 2021 року

**Голова правління**

Приватного акціонерного товариства

«ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»

**Уповноважена особа**

Приватного акціонерного товариства

«ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»

*Handwritten signature*

Н.В. Базилевич



*Handwritten signature* О. Вебер

**ЗМІНИ та ДОПОВНЕННЯ №6  
до ПРАВИЛ  
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ  
ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування життя»**

2021 рік



Керуючись Законом України «Про страхування», Положенням про визначення умов провадження діяльності з надання фінансових послуг, здійснення яких потребує відповідної ліцензії (ліцензійних умов), затвердженими Постановою Правління Національного банку України від 30 березня 2021 року за № 27, 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. Внести зміни до розділу «Зміст» Правил, шляхом викладення його у наступній редакції

<b>РОЗДІЛ 1</b>	<b>ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ</b>
1.1.	Визначення основних понять
1.2.	Укладення договору страхування
1.3.	Строк та місце дії договору страхування
1.4.	Зміна адреси Страхувальника
1.5.	Порядок і умови здійснення страхових виплат. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхових виплат
1.6.	Права та обов'язки сторін Договору страхування. Відповідальність сторін за невиконання умов Договору
1.7.	Участь третіх осіб у Договорі страхування
1.8.	Страхова премія
1.9.	Початок і кінець дії страхового покриття
1.10.	Порядок внесення змін до Договору страхування
1.11.	Право на одержання страхових виплат
1.12.	Втрата полісу
1.13.	Припинення дії Договору страхування
<b>РОЗДІЛ 2</b>	<b>УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (Головне страхування)</b>
2.1.	Страхові ризики та страхові випадки. Порядок визначення розмірів страхових сум та страхових виплат
2.2.	Зменшення розміру страхової суми. Виплата викупної суми
2.3.	Дії Страхувальника (Вигодонабувача) в разі настання страхового випадку. Документи, що підтверджують настання страхового випадку
2.4.	Причини відмови у страховій виплаті
2.5.	Страхова виплата у формі анuitету
2.6.	Участь у резервах бонусів
2.7.	Невірні дані про вік Застрахованої особи
2.8.	Особливі умови страхування життя на випадки смерті та дожиття або діагностування певних важких хвороб
<b>РОЗДІЛ 3</b>	<b>УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ РИЗИКУ СМЕРТІ (Додаткове страхування)</b>
3.1.	Страховий випадок
3.2.	Ліміт Страхової суми
3.3.	Закінчення Страхового покриття
3.4.	Права Страхувальника щодо дострокового припинення дії Додаткового страхування ризику смерті
3.5.	Участь у резервах бонусів
3.6.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил

<b>РОЗДІЛ 4</b>	<b>ЗАГАЛЬНІ УМОВИ ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)</b>
4.1.	Страховий ризик
4.2.	Поняття нещасного випадку
4.3.	Обмеження, щодо осіб, які підлягають додатковому страхуванню на випадок нещасного випадку
4.4.	Нещасні випадки, на які не поширюється дія Договору страхування; виключення із страхових випадків
4.5.	Суттєві обмеження дії страхового покриття
4.6.	Тривала інвалідність внаслідок нещасного випадку як страховий випадок.
4.7.	Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку як страховий випадок
4.8.	Дії при розбіжностях думок (медична експертна комісія)
4.9.	Припинення дії Додаткового страхування
4.10.	Зміна професійної діяльності чи роду занять Застрахованої особи
4.11.	Дії Страхувальника (Вигодонабувача) в разі настання страхового випадку
4.12.	Додаткові підстави відмови у страховій виплаті
<b>РОЗДІЛ 5</b>	<b>УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)</b>
5.1.	Страховий випадок. Страхова виплата. Страхове покриття
5.2.	Дія положень розділу 4 Правил
5.3.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
<b>РОЗДІЛ 6</b>	<b>УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ТРИВАЛОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (Додаткове страхування)</b>
6.1.	Страхова виплата. Страховий випадок. Страхове покриття
6.2.	Дія положень розділу 4 Правил
6.3.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
<b>РОЗДІЛ 7</b>	<b>УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ У СТАЦІОНАР ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ (Додаткове страхування)</b>
7.1.	Страховий випадок та Страхове покриття
7.2.	Виключення зі Страхових випадків. Період очікування
7.3.	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню
7.4.	Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку
7.5.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
<b>РОЗДІЛ 8</b>	<b>УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ОПЕРАЦІЇ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ (Додаткове страхування)</b>
8.1.	Страховий випадок та Страхове покриття
8.2.	Виключення із Страхових випадків. Період очікування
8.3.	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню
8.4.	Розмір Страхової виплати при настанні Страхового випадку
8.5.	Дія положень розділів 1 і 2 Правил
<b>РОЗДІЛ 9</b>	<b>УМОВИ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ДІАГНОСТУВАННЯ ОДНІЄЇ З ТРЬОХ ВАЖКИХ ХВОРОБ (Додаткове страхування)</b>

9.1.	Страховий випадок
9.2.	Страхове покриття. Період очікування
9.3.	Страхова виплата
9.4.	Обмеження щодо осіб, які підлягають страхуванню
<b>РОЗДІЛ 10</b>	<b>СТРАХУВАННЯ ГРУПИ ОСІБ</b>
10.1.	Страхування групи осіб
<b>РОЗДІЛ 11</b>	<b>ОСОБЛИВІ УМОВИ. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ</b>
11.1.	Угода про середній валютний курс
11.2.	Індексація страхової суми та страхової премії
11.3.	Кредит під заставу викупної суми
11.4.	Угода про платежі
11.5.	Порядок вирішення спорів

**2. Внести зміни до пункту 1.1.19. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

«1.1.19. Період очікування – строк від початку дії Договору страхування або дати його поновлення, у випадках, передбачених цими Правилами, 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.».

**3. Внести зміни до пункту 1.2.4. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

«1.2.4. Не підлягають страхуванню особи, які визнані судом недездатними, повністю непрацездатні, особи які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (в тому числі, але не виключно, хвороба Паркінсона, демієлінізуючі хвороби, хвороба Альцгеймера, ДЦП важкого ступеня з вираженим порушенням розумової діяльності), а також божевільні. Повна непрацездатність визначається тоді, коли від Застрахованої особи внаслідок хвороби чи неповноцінності за висновками лікарів неможливо вимагати виконання якоїсь трудової діяльності, і коли вона дійсно ніякою діяльністю не займається.».

**4. Доповнити Правила новим п. 1.2.5. у наступній редакції:**

«1.2.5. Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування. В тому числі, але не виключно, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування у випадку наявності у Застрахованої особи вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, СНІДу або ВІЛ-інфекції, злоякісних пухлин (IV ст. з метастазами), хронічних захворювань з важким перебігом.».

**5. Внести зміни до пункту 1.6.2.3.2. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

«1.6.2.3.2. Страховик не має права відмовити у здійсненні Страхової виплати на користь Вигодонабувача у разі настання Страхового випадку, якщо Страховику була відома обставина, про яку не було повідомлено Страхувальником, окрім випадків, передбачених цими Правилами.».

**6. Внести зміни до пункту 2.1.7. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

«2.1.7. Якщо Страхувальником не було досягнуто із Страховиком інших письмових домовленостей, викладених у Договорі страхування, розмір Страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи обмежується розміром зазначеної в Полісі Викупної суми та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування, який розраховується за правилами, викладеними у п. 2.6 цих Правил, на дату смерті Застрахованої особи, у разі якщо смерть сталася:

- при керуванні особливими льотними засобами (наприклад: аеростатом, параглайдером, дельтапланом тощо);
- при виконанні обов'язків льотчика з використанням особливих літальних засобів (наприклад: "змій", аеростат, параглайдер, парашут);
- при виконанні обов'язків вертольотчика або військового льотчика;
- під час занять небезпечними видами спорту (наприклад: стрибки з парашутом, скелелазіння, пірнання на глибину більше ніж 10 метрів, автоспорт, мотоспорт, кінний спорт, альпінізм тощо);
- під час занять аматорськими видами спорту на непрофесійному рівні у період дозвілля (наприклад: спорт із використанням наземних, повітряних, водних транспортних засобів (як, наприклад, водний мотоцикл), дайвінг, каякінг тощо);
- внаслідок участі в гонках або пов'язаних із гонками тренуваннях на сухопутних, повітряних або водних транспортних засобах.».

#### **7. Внести зміни до пункту 2.1.8. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

«2.1.8. Страховик надає повне Страхове покриття в разі самогубства Застрахованої особи тільки через п'ять років після укладення Договору страхування або внесення до нього останніх змін, пов'язаних із збільшенням розміру Страхової суми (Страхової виплати). До спливу цього строку у випадку самогубства Застрахованої особи виплата обмежується розміром зазначеної в Страховому Полісі Викупної суми та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування, який розраховується за правилами, викладеними у п. 2.6 цих Правил, на дату смерті Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.».

#### **8. Внести зміни до пункту 2.8.2.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

##### **«2.8.2.1. Інфаркт міокарда**

Інфаркт міокарда - одна із клінічних форм ішемічної хвороби серця, яка характеризується розвитком ішемічного незворотного некрозу частини серцевого м'яза внаслідок недостатнього постачання крові.

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, виявлення патологічних зубців Q);
- типові дані інструментальної діагностики (підтверджене зниження скоротливої функції лівого шлуночка за даними ЕХО-КГ);
- дані біохімічних показників (снзимодіагностика: підйом активності креатинін-фосфокінази (КФК), ізоензиму МВ КФК та тропонінів I та T, лактатдегідрогенази ЛДГ, трапсамінази аспартатаміно-трансферази (глутамат-оксалоацетат-трапсамінази - 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;
- підвищення рівня тропонінів без явної ішемічної хвороби серця (наприклад: міокардит, апікальний балонний синдром, забій серця, легенева емболія, медикаментозна інтоксикація);
- гострий коронарний синдром (стабільна або нестабільна стенокардія);
- інфаркт протягом 30 днів після коронарної ангіопластики або шунтування.».

#### **9. Внести зміни до пункту 2.8.2.2. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

#### **«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 (РТСА);
- інші внутрішньо артеріальні терапевтичні процедури;
- мінімально-інвазивна хірургія;
- стентування.».

#### **10. Внести зміни до пункту 2.8.2.3. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

##### **«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 саркома, меланома, лейкемія 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);
- хронічний лімфолейкоз, якщо він не прогресував, принаймні до стадії В по Binet;
- папілярна карцинома щитоподібної залози діаметром до 1 см та гістологічним описом T1N0M0;
- папілярна мікрокарцинома сечового міхура з гістологічним описом Ta;
- справжня поліцитемія та есенціальна тромбоцитопенія;
- моноклональна гаммапатія;
- MALT-лімфома шлунку, якщо вона піддається лікуванню за допомогою ерадикації *H. pylori*;
- шлунково-кишкові стромальні пухлини (GIST) на стадіях 1 та 2 згідно з класифікацією AJCC за схемою 2010р.;
- мікроінвазивна карцинома молочної залози, яка не потребує мастектомії;
- мікроінвазивний рак шийки матки за умови, що не потрібна гістеректомія.».

#### **11. Внести зміни до пункту 2.8.2.4. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

##### **«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 (наслідки) повинні спостерігатись щонайменше протягом трьох місяців.

Страхова виплата здійснюється не раніше, ніж через три місяці після розпочатого лікування церебро-васкулярної патології за умови збереження (наявності) всіх вищезазначених наслідків гострого порушення мозкового кровообігу.

Не є Страховим випадком:

- пошкодження головного мозку внаслідок травми, епілепсія, запальних процесів мозку;
- мозкові патології, які виникли внаслідок мігрені, гіпоксії;
- ішемічні порушення вестибулярного апарату;
- ішемічні захворювання вестибулярної системи;
- випадкові стани/заключення виявлені під час процедур нейровізуалізації (КТ або МРТ) без чітких клінічних симптомів (тихий інсульт).
- 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.».

**12. Внести зміни до пункту 2.8.2.6. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

**«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. 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.»

**13. Внести зміни до пункту 2.8.2.7. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

**«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 мозку.».

**14. Внести зміни до пункту 2.8.2.8. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

**«2.8.2.8. Параліч**

Параліч - повний, тривалий, незворотній параліч кінцівок у результаті захворювання або механічного ушкодження спинного 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, спінальні м'язеві атрофії, хвороба рухового нейрона.».

**15. Внести зміни до пункту 2.8.2.12. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

**«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 засвідчені 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.

Не 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;
- новоутворення оболонок головного мозку, черепно-мозкових нервів.».

**16. Внести зміни до пункту 2.8.2.15. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

**«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 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 (PaO<sub>2</sub>) 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 за умови наявності усіх вищевказаних критеріїв важкості перебігу хвороби.

Не є Страховим випадком:

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

#### **17. Внести зміни до пункту 2.8.4. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

##### **«2.8.4. Початок та термін дії Страхового покриття.**

Страхове покриття по відношенню до певних важких хвороб зазначених у пунктах 2.8.2.2, 2.8.2.3, 2.8.2.5, 2.8.2.6, 2.8.2.7, 2.8.2.10, 2.8.2.11, 2.8.2.12, 2.8.2.14, 2.8.2.15 починає діяти не раніше, ніж через шість місяців (період очікування) з дати, яка зазначена у Договорі страхування, як початок дії Страхового покриття.

Страхове покриття по відношенню до певних важких хвороб зазначених у пунктах 2.8.2.1, 2.8.2.4, 2.8.2.8, 2.8.2.9, 2.8.2.13, 2.8.2.16, 2.8.2.17, 2.8.2.18, 2.8.2.19, 2.8.2.20 починає діяти не раніше, ніж через три місяці (період очікування) з дати, яка зазначена у Договорі страхування, як початок дії Страхового покриття.

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 2.2.4 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.».

#### **18. Внести зміни до пункту 2.8.6.1. Правил, шляхом викладення його у наступній редакції:**

«2.8.6.1. Розмір Страхової виплати обмежується зазначеною в страховому полісі Викупною сумою та сумою резерву бонусів по цьому Договору страхування (у випадку із дитиною Застрахованої особи - у розмірі 25% Викупної суми та суми резерву бонусів, але не більше \$ 4.000,- (доларів США) або 40.000 грн.), який розраховується за правилами, викладеними у пункті 2.6 цих Правил), якщо Страховий випадок трапився внаслідок:

- безпосередніх або опосередкованих наслідків військових дій не залежно від того, було чи ні об'явлено про початок останніх;
- тероризму;

- безпосередніх або опосередкованих наслідків громадських заворушень в разі, якщо Застрахована особа приймала активну участь у заворушеннях;
- землетрусів та інших форс-мажорних випадків;
- безпосереднього або опосередкованого впливу радіоактивних речовин чи іншого іонізуючого опромінення;
- вчинення чи спроби вчинення протиправних дій;
- виконання медичного операційного втручання за безпосереднім бажанням Застрахованої особи чи Страхувальника, а не за медичною необхідністю;
- перебування Застрахованої особи в регіонах із специфічними кліматичними умовами (наприклад, участь у наукових експедиціях);
- навмисних дій або бездіяльності Страхувальника/Застрахованої особи, в тому числі, але не виключно, дій, які спрямовані на настання страхового випадку, як наслідку вчинення Страхувальником/Застрахованою особою навмисного злочину, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;
- ятрогенних причин;
- нещасного випадку при використанні повітряних транспортних засобів, парашутів та інших повітряних суден. На відміну від цих положень Страхова виплата здійснюватиметься у повному обсязі, якщо Страховий випадок трапляється із Застрахованою особою - пасажиром повітряного транспортного засобу при перельотах на громадських авіалініях;
- нещасного випадку при участі у мотоциклетних видах спорту, автомобільних змаганнях, відповідних тренувальних заїздів не залежно від того, у якій ролі виступала на них Застрахована особа (пілот, учасник, інший офіційний представник);
- виконання небезпечних видів спорту чи змагань (альпінізм, вільний альпінізм, бейзджампінг, банджіджампінг, бойові види спорту, верхова їзда, пірнання, стрибки у воду з висоти вище 10 метрів, спелеологія та інші);
- під час занять аматорськими видами спорту на непрофесійному рівні у період дозвілля (наприклад: спорт із використанням наземних, повітряних, водних транспортних засобів (як, наприклад, водний мотоцикл), дайвінг, каякінг тощо);
- керування Застрахованою особою транспортним засобом без належного дозволу на керування або без нагляду кваліфікованого інструктора. Страховик не звільняється від обов'язку здійснення Страхової виплати, якщо Застрахована особа зможе довести, що відсутність у неї права на керування транспортним засобом або без нагляду кваліфікованого інструктора не мала жодного впливу на настання нещасного випадку;
- доведеного взаємозв'язку між причиною нещасного випадку та перебуванням Застрахованої особи у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Вважається, що Страховий випадок був спричинений тим, що Застрахована особа знаходилась у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння у випадку, якщо:
  - ✓ стан алкогольного сп'яніння доказано проведенням тестом на наявність алкоголю в крові та рівень алкоголю при цьому становив більше 0,5 г/кг (0,5‰), якщо Застрахована особа керувала водним, повітряним чи наземним транспортним засобом; для всіх інших випадків рівень алкоголю в крові може становити 1 г/кг (1‰) і більше;
  - ✓ стан алкогольного сп'яніння доказано за допомогою тесту на алкоголь та Застрахована особа не бажала провести додатковий аналіз крові для визначення рівня алкоголю;
  - ✓ Застрахована особа відмовилась пройти тест на наявність алкоголю чи наркотичних речовин у крові.
- зловживання алкоголем, наркотичними речовинами чи медикаментами (крім медикаментів, що були призначені лікарем);
- навмисного спричинення або виклику захворювання/хвороби, навмисного впливу на фізичний чи психічний стан організму, навмисної спроби самогубства чи каліцтва;
- опромінення нейтронним, мікрохвильовим, лазерним чи штучними ультрафіолетовим променем потужністю не менше 100 eV (крім випадків, коли відповідне опромінення було призначено лікарем для медичного лікування);