



Форма Заяви на укладення Договору добровільного страхування життя затверджено Наказом АТ «СК «ТАС» (приватне) № 386 від 08.05.2017 р.

А.В. Власенко

## ЗАЯВА НА УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ ЗА ПРОГРАМОЮ «ТАС - ЛАЙФ» ЧАСТИНА 2 «Загальні умови»

Заява на страхування складається з наступних невід'ємних частин: Частина 1 "Основні умови" (далі - Частина 1 Заяви), в якій зазначені індивідуальні умови страхування, та цієї Частина 2 "Загальні умови" (далі - Частина 2 Заяви), яка містить всі істотні умови та розміщена на офіційному сайті Страховика [www.taslife.com.ua](http://www.taslife.com.ua). Заява на страхування є виявленням наміру Страхувальника укласти Договір (Договори) добровільного страхування життя (далі - Договір) на підставі Правил добровільного страхування життя від 01.06.2003 р. зі змінами та доповненнями (далі - Правила). Заява на страхування з усіма додатками, Правилами, а також будь-які зміни чи доповнення до Договору, результати медичних обстежень, та інша пов'язана документація є невід'ємними частинами Договору (Договорів) страхування. У випадку, якщо в Договорі зазначені умови, які в тій чи іншій мірі суперечать умовам Правил страхування, пріоритетне значення мають умови зазначені в Договорі.

Підписанням Страхувальником Частина 1 Заяви та сплата ним страхового внеску у розмірі, зазначеному у Частина 1 Заяви, свідчить про досягнення Сторонами згоди з усіх істотних умов Договору, а також про те, що з дати початку дії Договору, Страховик та Страхувальник набувають взаємних прав та обов'язків, визначених у Договорі.

### ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ТА ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

Підписанням Страхувальником Частина 1 Заяви, свідчить про те, що Страхувальник ознайомлений(-на) з умовами та Правилами страхування, Частиною 2 Заяви "Загальні умови", що розміщені на офіційному сайті Страховика, та погоджується, повністю розуміє їх зміст та безумовно згоден(-на) з ними.

- Додатково до положень Розділів 6,7 Правил винятками із страхових випадків і обмеження страхування є:
- Страхове покриття за страховими випадками «Тимчасова або стійка втрата загальної працездатності внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (тілесне пошкодження, травма) (далі – Травматизм НВ)», «Встановлення інвалідності категорії "дитина-інвалід" (або I-III групи) внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі - Інвалідність Застрахованої дитини НВ)» / «Інвалідність Застрахованої особи I-II-III групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі - Інвалідність I-II-III групи НВ)», «Стойка втрата загальної працездатності внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Стойка втрата працездатності НВ)», «Хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Хірургічне втручання НВ)», «Госпіталізація внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Госпіталізація НВ)», «Надання швидкої медичної допомоги Застрахованій особі внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору, з наступною госпіталізацією (далі – Швидка допомога НВ)», та «Тимчасова втрата загальної працездатності Застрахованої особи після госпіталізації внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Реабілітація НВ)», вступає в дію тільки по закінченню 3-денного періоду очікування, починаючи з дати початку дії Договору страхування.
- Страхове покриття за страховими випадками «Хірургічне втручання внаслідок хвороби або нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Хірургічне втручання)», «Госпіталізація внаслідок хвороби або нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі - Госпіталізація)», «Надання швидкої медичної допомоги Застрахованій особі внаслідок хвороби чи нещасного випадку, що стався під час дії Договору, з наступною госпіталізацією (далі – Швидка допомога)», та «Тимчасова втрата загальної працездатності Застрахованої особи після госпіталізації внаслідок хвороби або нещасного випадку, за якими встановлено 3-денний період очікування, починаючи з дати початку дії Договору страхування.
- Страхове покриття на випадок хірургічного втручання за наступними захворюваннями вступає в дію тільки по закінченню 365-денного періоду очікування, починаючи з дати початку дії Договору страхування: будь-який вид гриж, будь-який вид пухлин, захворювання власних та додаткових носових пазух, катаракта або глаукома, лейоміома та/або фіброми матки, анальна норичця, ренальні, уретральні або біліарні конкременти, захворювання серця, розрив меніска або хрестоподібних зв'язок, порушення міжхребцевих дисків, ниркова недостатність/кома.
- Страхове покриття за страховими «Госпіталізація», «Швидка допомога» та «Реабілітація» у випадку вагітності, абортів за медичними показаннями вступає в дію тільки по закінченню 365-денного періоду очікування, починаючи з дати початку дії Договору страхування.
- Страхове покриття за страховим випадком «Настання критичного захворювання у Застрахованої особи під час дії Договору (11 хвороб): вперше виявлені в період дії Договору захворювання та/або стани, які надалі називаються критичними (далі – Настання критичного захворювання)» вступає в дію по закінченню трьох місяців, тобто протягом перших трьох місяців дії Договору прояви хвороб не фіксуються як страхові випадки і страхові виплати, пов'язані з критичними захворюваннями, не проводяться, а Страхувальнику повертається внесений страховий платіж за даним ризиком, після чого дія покриття за цим ризиком припиняє свою дію. Страхова виплата, передбачена за страховим випадком «Настання критичного захворювання» здійснюється після 30-ти днів очікування з моменту настання такого страхового випадку. У випадку, якщо протягом даного періоду очікування Застрахована особа померла, виплата за ризиком «Настання критичних захворювань» не здійснюється. Страхова виплата за страховим випадком «Настання критичного захворювання» проводиться лише один раз при першому захворюванні. Надалі дія страхового покриття на випадок критичних захворювань, а також сплата внесків Страхувальником за таким страховим випадком припиняється.
- За страховими випадками «Інвалідність Застрахованої особи I групи внаслідок хвороби або нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Інвалідність I групи)», або «Інвалідність Застрахованої особи 2 I групи внаслідок хвороби або нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Інвалідність Страхувальника I групи)», або «Інвалідність Застрахованої особи I-II групи внаслідок хвороби або нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Інвалідність I-II групи)», вступає в дію по закінченню 180 днів з початку дії Договору страхування, крім випадків, що сталися внаслідок нещасного випадку, за якими встановлено 3-денний період очікування, починаючи з дати початку дії Договору страхування.
- У випадку внесення змін у Договір страхування з метою збільшення розміру страхової суми за ризиками у частині збільшення страхової суми діють передбачені періоди очікування, що визначені в пп.1.1- 1.6 цієї Заяви.
- Не здійснюються страхові виплати, передбачені за страховими випадками «Інвалідність I групи», або «Інвалідність I-II групи», «Інвалідність Страхувальника I групи» або «Інвалідність Застрахованої дитини НВ» / «Інвалідність I-II-III групи НВ», «Хірургічне втручання НВ», «Госпіталізація НВ», «Швидка допомога НВ» та «Реабілітація НВ», «Хірургічне втручання», «Госпіталізація», «Швидка допомога» та «Реабілітація» також у наступних випадках:
  - порушення здоров'я, що не було діагностовано лікарем відповідної кваліфікації чи порушення здоров'я внаслідок лікування експериментальним методом;
  - офіційно визнані випадки епідемій;
  - будь-яке захворювання, що прямо чи опосередковано викликано серопозитивною реакцією на вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), синдромом набутого імунодефіциту (СНІД), будь-яким іншим аналогічним синдромом чи синдромом, що має відношення до СНІДУ;
  - виробничі травми, отримані внаслідок впливу небезпечних та шкідливих виробничих факторів на роботі, пов'язаній з підвищеним ризиком для життя та здоров'я (робота з вибуховими, вогнебезпечними, токсичними речовинами, робота в гарячих цехах, під

землю, в кар'єрах, на висоті, в морі, під водою, на нафтових та газових родовищах, робота на пилорамах, бойні), якщо про таку роботу не було вказано в Заяві на страхування і за це не сплачено відповідний додатковий страховий внесок або Застрахована особа не була прийнята на страхування на особливих умовах;

- захворювання, що передаються статевим шляхом;
- будь-які види епілептичних, нервових, психічних чи інших нападів та їх наслідки, психіатричні захворювання, лікування алкоголізму та наркоманії;
- пологова травма, вроджені аномалії та спадкові хвороби.

**1.9.** Не здійснюються страхові виплати, передбачені за страховими випадками «Інвалідність I групи», або «Інвалідність I-II групи », «Інвалідність Страхувальника I групи» або «Інвалідність Застрахованої дитини НВ» / «Інвалідність I-II-III групи НВ» також у наступних випадках:

- захворювання, що передувало, тобто будь-яке порушення здоров'я, що вже існувало у Застрахованої особи, та про яке вона повинна була знати на момент прийняття нею умов страхування, крім випадків, коли Страховик вирішив прийняти її на особливих умовах;
- вагітність, пологи, аборт, кесарів розтин;
- стоматологічне лікування та операції;

**1.10.** Не здійснюються страхові виплати, передбачені за страховим випадком «Хірургічне втручання НВ» також у наступних випадках:

- діагностична біопсія, ендоскопія, лапароскопія, торакокопія, артроскопія;
- викривлення носової перетинки, резекція носової раковини; хірургічне втручання на нижній та верхній щелепі (включаючи й скронево-нижньощелепний суглоб), хірургічне втручання, спрямоване на виправлення прикусу, вправлення щелепи. Дане виключення не розповсюджується на випадки безпосереднього лікування гострих травматичних ушкоджень або раку;
- вилучення матеріалів, що були використані при попередніх операціях;
- стоматологічне лікування та операції;
- косметична і пластична хірургія, крім випадків, коли операція виконана в результаті події, що визнана нещасним випадком, що стався із Застрахованою особою під час дії Договору страхування. Операція повинна бути проведена не пізніше 6-ти місяців з моменту настання нещасного випадку та за попередньою письмовою згодою Страховика;

**1.11.** Не здійснюються страхові виплати, передбачені за страховим випадком «Госпіталізація НВ», «Швидка допомога НВ» та «Реабілітація НВ» також у наступних випадках:

- госпіталізація з діагностичною метою;
- санаторно-профілактичне лікування, лікування водою, перебування в будинках відпочинку або санаторіях;

**1.12.** Не здійснюються страхові виплати, передбачені за страховим випадком «Хірургічне втручання» також у наступних випадках:

- захворювання, що передувало, тобто будь-яке порушення здоров'я, що вже існувало у Застрахованої особи, та про яке вона повинна була знати на момент прийняття нею умов страхування, крім випадків, коли Страховик вирішив прийняти її на особливих умовах;
- діагностична біопсія, ендоскопія, лапароскопія, торакокопія, артроскопія;
- вагітність, пологи, аборт, кесарів розтин;
- викривлення носової перетинки, резекція носової раковини; хірургічне втручання на нижній та верхній щелепі (включаючи й скронево-нижньощелепний суглоб), хірургічне втручання, спрямоване на виправлення прикусу, вправлення щелепи. Дане виключення не розповсюджується на випадки безпосереднього лікування гострих травматичних ушкоджень або раку;
- вилучення матеріалів, що були використані при попередніх операціях;
- стоматологічне лікування та операції;
- косметична і пластична хірургія, крім випадків, коли операція виконана в результаті події, що визнана нещасним випадком, що стався із Застрахованою особою під час дії Договору страхування. Операція повинна бути проведена не пізніше 6-ти місяців з моменту настання нещасного випадку та за попередньою письмовою згодою Страховика;
- лазерна корекція зору та інші види рефракційних операцій (операцій з приводу корекції зору);
- лікування ожиріння;
- заміна вже існуючого імплантанту грудей після мастектомії. При реконструкції грудей після мастектомії з приводу раку страхова виплата здійснюється;
- стерилізація або лікування безпліддя, зміна статі;

**1.13.** Не здійснюються страхові виплати, передбачені за страховими випадками «Госпіталізація», «Швидка допомога» та «Реабілітація» також у наступних випадках:

- захворювання, що передувало, тобто будь-яке порушення здоров'я, що вже існувало у Застрахованої особи, та про яке вона повинна була знати на момент прийняття нею умов страхування, крім випадків, коли Страховик вирішив прийняти її на особливих умовах;
- госпіталізація з діагностичною метою;
- пологи, кесарів розтин, а також аборт, який здійснюється не за медичними показаннями;
- лікування ожиріння;
- заміна вже існуючого імплантанту грудей після мастектомії. При реконструкції грудей після мастектомії з приводу раку страхова виплата здійснюється;
- стерилізація або лікування безпліддя, зміна статі;
- санаторно-профілактичне лікування, лікування водою, перебування в будинках відпочинку або санаторіях;

## **2. Порядок і умови здійснення страхових виплат.**

**2.1.** Якщо Вигодонабувач на момент здійснення страхової виплати є нерезидентом, Страховик має право зменшити страхову виплату на 12%.

**2.2.** Про настання страхового випадку слід повідомити Страховика протягом трьох робочих днів, як тільки стане відомо.

**2.3.** Додатково до Розділу 20 Правил застосовуються наступні особливості здійснення страхових виплат:

**2.3.1.** При настанні страхового випадку «Смерть» протягом 6 місяців з моменту укладення Договору або з моменту внесення змін у Договір з метою збільшення розмірів страхової суми за таким страховим випадком, з причини іншої, ніж внаслідок нещасного випадку, Страхувальнику повертається страховий внесок за Договором основного страхування відповідно повністю або у частині, сплаченій додатково за збільшення страхової суми, при цьому за Договором додаткового страхування страхова виплата за страховим випадком «Смерть» здійснюється у повному розмірі.

**2.3.2.** За страховим ризиком «Смерть Застрахованої особи, яка настала під час дії Договору (повернення сплачених внесків) (далі- Смерть (повернення сплачених внесків)» страхова сума встановлюється у розмірі суми страхових внесків, що підлягають сплаті протягом усього терміну дії Договору основного страхування життя за страховими ризиками «Дожиття» та «Смерть (повернення сплачених внесків)». При цьому страхова виплата за страховим випадком «Смерть (повернення сплачених внесків)» дорівнюватиме сумі сплачених на момент настання страхового випадку страхових внесків за страховими випадками «Дожиття» та «Смерть (повернення сплачених внесків)», збільшених на суму бонусів, що були нараховані за період дії Договору основного страхування.

**2.3.3.** Положення пп.6.1.3 Правил не застосовуються, натомість встановлюється наступне обмеження у страхуванні: якщо смерть Застрахованої особи настала внаслідок умисного вбивства або умисного нанесення тяжких тілесних ушкоджень протягом перших шести місяців дії Договору основного страхування такий випадок не вважається страховим та страхова виплата не здійснюється. Якщо при цьому внаслідок настання смерті Застрахованої особи відбувається припинення дії Договору основного страхування, Страхувальнику повертаються сплачені страхові внески; якщо ж Страхувальник був одночасно Застрахованою особою за Договором основного страхування, то сплачені Страхувальником внески повертаються Вигодонабувачам.

На відміну від положень п. 6.1, 6.2 Правил, але за виключенням пп.6.1.3, при їх застосуванні у випадку смерті Застрахованої особи в перші три роки дії Договору основного страхування, Страховик визнає такий випадок страховим та здійснює Вигодонабувачеві страхову виплату в розмірі 3 000 гривень або еквівалент у валюті страхування, розрахований на дату настання страхового випадку.

При застосуванні положень п. 6.1, 6.2 Правил, та на відміну від п. 6.6 Правил, у випадку смерті Застрахованої особи після закінчення трьох років дії Договору основного страхування, Страховик визнає такий випадок страховим та здійснює Вигодонабувачеві страхову виплату зменшену до розміру викупної суми за Договором.

- 2.3.4.** Мені відомо, що звільнення від сплати внесків надається відповідно до розділу 10 Правил та цієї Заяви, за умови сплати додаткового внеску, у таких випадках:
- якщо Страхувальник одночасно є Застрахованою особою 1 – у випадку повної стійкої втрати працездатності Страхувальником (інвалідності I групи);
  - якщо Страхувальник не є Застрахованою особою 1 – у випадку смерті Страхувальника або його повної стійкої втрати працездатності (інвалідності I групи).
- При досягненні Страхувальником 70 років страхове покриття за даним випадком припиняється.
- 2.3.5.** За страховим випадком «Інвалідність I групи» або «Інвалідність I-II групи» або «Інвалідність I-II-III групи НВ» / «Інвалідність Застрахованої дитини НВ» сума виплат становить:
- 2.3.5.1.** Якщо інвалідність встановлено особі до 18 років терміном:
- більше 5 років або безстроково – 100% страхової суми, передбаченої за цим страховим випадком;
  - від 2 до 5 років включно – 70% страхової суми, передбаченої за цим страховим випадком;
  - до 2 років включно – 50% страхової суми, передбаченої за цим страховим випадком.
- 2.3.5.2.** Якщо інвалідність встановлено особі віком від 18 років:
- I група – 100% страхової суми, передбаченої за цим страховим випадком;
  - II група – 70% страхової суми, передбаченої цим страховим випадком;
  - III група – 50% страхової суми, передбаченої цим страховим випадком.
- 2.3.5.3.** Якщо протягом строку дії Договору за страховими випадками «Інвалідність I-II групи» або «Інвалідність I-II-III групи НВ» / «Інвалідність Застрахованої дитини НВ» Застрахованій особі було здійснено страхову виплату, а згодом Застрахованій особі встановлено інвалідність на більш тривалий термін або більш високої групи (I групи після II (III) або II групи після III), яку також визнано страховим випадком, то розмір страхової виплати за встановлення на більш тривалий термін або більш високої групи інвалідності визначається як різниця між страховою сумою за страховим ризиком, визначеною в Договорі, та сумою страхової виплати (виплат), що виплачена раніше у зв'язку з встановленням інвалідності. Страхове покриття за даним страховим випадком та сплата внесків за таке покриття припиняється з місяця наступного за тим, у якому Застрахованій особі було офіційно встановлено інвалідність на строк більше 5 років або I групи інвалідності, за умови, що Страховик був повідомлений належним чином про настання такої інвалідності. Загальна сума здійснених страхових виплат не може перевищувати 100% (сто відсотків) страхової суми, встановленої за цим страховим випадком.
- Страховик визнає як страховий випадок інвалідність Застрахованої особи, яка сталася внаслідок нещасного випадку, що мав місце у період дії Договору страхування, та встановлена протягом одного року з дня його настання.
- 2.3.6.** За страховим випадком «Хірургічне втручання» / «Хірургічне втручання НВ» здійснюється виплата у розмірі певного відсотка від страхової суми, визначеного за таким страховим випадком у Таблиці розмірів страхових виплат при хірургічному втручанні внаслідок нещасного випадку чи хвороби / Таблиці розмірів страхових виплат при хірургічному втручанні внаслідок нещасного випадку, яка додається до Договору страхування та є його невід'ємною частиною, враховуючи наступні особливості:
- 2.3.6.1.** Якщо Застрахована особа піддається хірургічному втручанню, яке є страховим випадком згідно з цією програмою, але не наведене в Таблиці, то в такому разі Страховик розраховуватиме розмір страхової виплати через порівняння такого хірургічного втручання з тією хірургічною операцією, яка наведена в Таблиці та має приблизно такий самий рівень складності. Рівень складності хірургічної операції визначається кваліфікованим лікарем, який призначається Страховиком.
- 2.3.6.2.** Якщо більш ніж одне з перерахованих хірургічних втручань було проведено, використовуючи різні розрізи під час однієї хірургічної операції, то Застрахованій особі виплачується 100% страхової виплати відповідно до оперативного втручання, що має найбільший обсяг. За кожне додаткове оперативне втручання Застрахованій особі виплачується 50% від страхової виплати, передбаченої для цього виду оперативного втручання;
- 2.3.6.3.** Якщо більш ніж одне оперативне втручання було проведено через той самий розріз, Страховик здійснює страхову виплату за хірургічним втручанням, що мало найбільший обсяг.
- 2.3.6.4.** Сумарний розмір виплат в одному страховому році не може перевищувати розміру страхової суми, встановленої за цим страховим випадком.
- 2.3.7.** За страховим випадком «Госпіталізація» / «Госпіталізація НВ» встановлюються такі особливості виплат:
- 2.3.7.1.** Право на отримання страхових виплат з'являється на 4-й день госпіталізації. Перебування в лікарні до 3-х днів Страховик не оплачує. При перебуванні в лікарні більше 3-х днів – оплачують всі дні;
- 2.3.7.2.** Страховик оплачує не більше ніж 30 днів госпіталізації у рік;
- 2.3.7.3.** Якщо Застрахована особа офіційно виписується з Лікарні, але потім знову поступає на лікування в Лікарню по тій самій причині протягом не більше ніж 10 днів, то це вважається одним страховим випадком. У такому разі для визначення розміру страхової виплати приймаються до уваги всі дні госпіталізації: до виписки та за повторну госпіталізацію. Період між госпіталізаціями не враховується для визначення розміру страхової виплати, але враховується за страховими випадками «Реабілітація НВ» / «Реабілітація»;
- 2.3.7.4.** Здійснюється оплата за кожен день, проведений у лікувальному закладі (Лікарні), з розрахунку 0,5% від страхової суми, передбаченої за цим ризиком.
- 2.3.8.** За страховим випадком «Реабілітація НВ» / «Реабілітація» страхова виплата здійснюється у розмірі 0,25% від страхової суми, передбаченої за цим ризиком, за кожен день тимчасової втрати загальної працездатності після госпіталізації. Страховик оплачує всі дні непрацездатності, але не більше ніж кількість днів, які були оплачені по госпіталізації. Факт та тривалість тимчасової втрати загальної працездатності мають бути підтверджені відповідними документами, виданими лікувально-профілактичними закладами.
- 2.3.9.** За страховим випадком «Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору (далі – Смерть НВ)» здійснюється страхова виплата у розмірі страхової суми, визначеної у Договорі за цим ризиком, збільшеної на суму бонусів, нарахованих за період дії Договору та страхова виплата за ризиком «Смерть». Якщо страховий випадок «Смерть НВ» настав протягом одного року з дня нещасного випадку, що мав місце у період дії Договору страхування, але після закінчення дії Договору, в такому разі виплата здійснюється лише у розмірі страхової суми за цим ризиком.
- 2.3.10.** За страховим випадком «Смерть Застрахованої особи внаслідок ДТП, яка сталася під час дії Договору (далі – Смерть ДТП)» здійснюється страхова виплата у розмірі страхової суми, визначеної у Договорі за цим ризиком, збільшеної на суму бонусів, нарахованих за період дії Договору та страхова виплата, передбачена за ризиком «Смерть НВ».
- 2.3.11.** За страховим випадком «Швидка допомога» / «Швидка допомога НВ» виплата здійснюється у розмірі 50% від страхової суми, встановленої в Договорі страхування за цим страховим випадком. Протягом страхового року Страховик проводить виплату за даним страховим випадком не більше 2-х разів.
- 2.3.12.** За страховим випадком «Стойка втрата працездатності НВ» здійснюється виплата у розмірі певного відсотка від страхової суми, визначеної за таким страховим випадком у Таблиці розмірів страхових виплат при стійкій втраті загальної працездатності внаслідок нещасного випадку, яка додається до Договору страхування та є його невід'ємною частиною, враховуючи наступні особливості:
- 2.3.12.1.** Страховик також визнає як страховий випадок стійку непрацездатність Застрахованої особи, що сталася протягом року з дня нещасного випадку, який трапився у період дії Договору, та стала його наслідком.
- 2.3.12.2.** Загальна сума виплат за страховим випадком «Стойка втрата працездатності НВ», що здійснюються протягом дії Договору страхування, не може перевищувати 100% страхової суми, яка визначена в Договорі страхування за таким страховим випадком.
- 2.3.12.3.** Залежно від ступеня вини Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), якщо їх навмисні дії були спрямовані на виникнення або погіршення наслідків страхового випадку, Страховиком може бути зменшений розмір страхової виплати до 50%, або відмовлено у страховій виплаті.
- 2.3.12.4.** У випадку, якщо була здійснена страхова виплата за одним із пунктів Таблиці виплат, а потім характер тілесного ушкодження, який спричинений нещасним випадком, був переглянутий та відноситься до пункту, за яким має здійснитися страхова виплата більшого

- відсотку страхової суми, Страховик зобов'язаний здійснити додаткову страхову виплату у розмірі такого збільшення, протягом 15 календарних днів з дня перегляду характеру ушкодження.
- 2.3.13.** За страховим випадком «Травматизм НВ» страхова виплата здійснюється у розмірі певного відсотку від встановленої в Договорі страхової суми, який визначений у Таблиці виплат «Тимчасова або стійка втрата загальної працездатності внаслідок нещасного випадку (тілесне пошкодження, травма)», яка додається до Договору страхування та є його невід'ємною частиною. Сумарний розмір виплат в одному страховому році не може перевищувати розміру страхової суми, встановленої за цим страховим випадком.
- 2.3.14.** З переліком критичних захворювань та особливостями врегулювання страхових випадків, пов'язаних із настанням критичних захворювань, а також з таблицями виплат за страховими випадками «Травматизм НВ», «Хірургічне втручання», «Хірургічне втручання НВ» та «Стійка втрата працездатності НВ» ознайомлений (на) та згоден (на).
- 3. Прострочення страхових внесків, редукування страхової суми.**
- 3.1.** Якщо Страховальник не сплатив черговий внесок за Договором додаткового страхування життя у строк, відповідальність Страховика по додатковому покриттю припиняється з дня наступного за днем, в якому повинен був бути сплачений черговий внесок. При цьому Страховальник може оплатити черговий внесок до закінчення пільгового періоду та відновити страхове покриття за Договором додаткового страхування з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати такого чергового внеску.
- 3.2.** На відміну від п.11.5.1 Правил у разі, якщо під час перших трьох років дії Договору основного страхування за програмою «ТАС-Лайф», що був укладений відповідно до даної Заяви, Страховальник не сплатив черговий страховий платіж у передбачені Договором строки, включаючи пільговий період, такий Договір продовжує діяти на змінених умовах, відповідно до яких страхова сума за ризиком «Смерть» зменшується до 1 (однієї) гривні (долара США або євро – відповідно до валюти страхування), при цьому страхове покриття за іншими страховими випадками припиняється. У такому випадку Договір додаткового страхування за програмою «ТАС-Лайф», що був укладений відповідно до даної Заяви, припиняє свою дію на найближчу дату сплати чергового страхового внеску, а залишок наперед сплачених внесків, у разі непогашення Страховальником заборгованості до кінця третього року дії Договору основного страхування, такий Договір припиняє свою дію в останній день третього року його дії.
- 3.3.** На відміну від п.11.7 Правил у разі, якщо після трьох років дії Договору основного страхування за програмою «ТАС-Лайф», що був укладений відповідно до даної Заяви, Страховальник не сплатив черговий страховий платіж у передбачені Договором строки, включаючи пільговий період, такий Договір продовжує свою дію зі зменшеною страховою сумою за страховими випадками «Дожиття» та «Смерть», при цьому страхове покриття за іншими страховими випадками припиняється. Розмір мінімально гарантованих страхових сум у випадку редукування Договору основного страхування, будуть наведені на звороті такого Договору. У такому випадку Договір додаткового страхування за програмою «ТАС-Лайф», що був укладений відповідно до даної Заяви, припиняє свою дію на найближчу дату сплати чергового страхового внеску, а залишок наперед сплачених внесків, у разі їх наявності, зараховується на Договір основного страхування.
- 3.4.** При відновленні початкового розміру страхової суми після редукування, а також додаткового страхового покриття Страховальник зобов'язаний сплатити прострочені страхові внески та додатковий страховий внесок у розмірі 6% річних від суми заборгованості у валюті страхування гривня або 3% річних в іноземній валюті за кожен день, в якому існувала така заборгованість, для компенсації різниці, що виникла в математичному резерві за таким Договором страхування у зв'язку із простроченням страхових внесків.
- 4. Умови припинення Договору страхування.**
- 4.1.** На відміну від п.24.6 Правил право на отримання викупної суми за Договором основного страхування (Договору, що містить ризик «Дожиття») виникає лише по закінченню трьох років дії такого Договору. Якщо Договір основного страхування укладений на умовах одноразової сплати всіх страхових внесків, отримання викупної суми стає можливим після закінчення першого року дії такого Договору. У разі дострокового припинення дії Договору основного страхування за програмою «ТАС-Лайф», був укладений відповідно до даної Заяви, Договір додаткового страхування за такою програмою припиняє свою дію на найближчу дату сплати планового чергового страхового внеску, залишок наперед сплачених внесків при цьому повертається Страховальнику (у разі наявності таких страхових внесків).
- 5. Особливості та порядок внесення змін до Договору страхування.**
- 5.1.** У разі внесення змін до умов Договорів основного страхування або додаткового страхування за програмою «ТАС-Лайф», що були укладені відповідно до даної Заяви, та призвели до зменшення відповідальності Страховика за Договором основного страхування або збільшення відповідальності Страховика за Договором додаткового страхування, відповідні зміни мають бути внесені до обох Договорів страхування одночасно. У будь-якому випадку страхова сума за додатковими страховими випадками не може перевищувати страхову суму за страховим випадком «Дожиття». При цьому Страховальнику будуть надіслані Додаткові угоди про внесення відповідних змін до обох Договорів. Якщо Страховальник не повернув одну із Додаткових угод за будь-яким із Договорів страхування, зміни не проводяться в обох Договорах.
- 5.2.** Право на внесення змін до Договору страхування, що впливають на фінансові зобов'язання Страховика та/або Страховальника, виникає лише по закінченню трьох років дії Договору. При цьому Страховальник має право по закінченню першого року дії Договору збільшити строк дії Договору, збільшити страхову суму або страховий внесок, а також змінити періодичність сплати страхових внесків з більш часті на менш часту, змінити валюту страхування з іноземної валюти на гривню, додати або виключити страхові ризики. У випадку внесення змін, які впливають на фінансові зобов'язання Страховика та/або Страховальника, вони вступають в дію після оплати страхового внеску на нових умовах в повному розмірі, за виключенням внесення змін до Договорів з редукованою страховою сумою, та передачі Страховику підписаних Страховальником Додаткових угод.
- 5.3.** У випадку проведення змін одночасно в обох Договорах страхування, такі зміни вносяться до обох Договорів одночасно за умови повернення обох Додаткових угод у двох примірниках. Якщо Страховальник не повернув Додаткову угоду за одним із Договорів страхування, зміни не проводяться в обох Договорах.
- 5.4.** При зміні Страховальника (який є Застрахованою особою 2) та наявності у Договорі страхових випадків «Звільнення від сплати страхових внесків» та/або «Смерть Страховальника» та/або «Інвалідність Страховальника I групи» необхідно заповнити Декларацію про стан здоров'я та пройти процедуру андеррайтингу, визначену Страховиком. Переоформлення таких ризиків на нового Страховальника можливе тільки на річницю дії Договору страхування. На відміну від п.21.9 Правил, зміна Застрахованої особи 2 є можливою, при цьому здійснюється новий розрахунок страхових сум та внесків за страховим покриттям по такій Застрахованій особі.