

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»
(Клас страхування 2, Клас страхування1)
(Редакція 1.0)

Київ – 2024 р.

ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ	5
2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.....	8
3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ	13
4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВІ НАСЛІДКИ.....	17
5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	19
6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	19
7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	20
8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	26
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	26
10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	30
11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	32
12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	32
Додаток №1.....	33
Додаток №2.....	54

Загальні умови страхового продукту «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» (далі- ЗУСП) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» із змінами та доповненнями (далі – Закон України «Про страхування», Закон), нормативно-правових актів Національного банку України (далі – Регулятор), Положення про внутрішню політику з андерайтингу та Положення про внутрішню політику з розроблення та впровадження страхових продуктів, затверджених Приватним акціонерним товариством "Страхова компанія "Євроінс Україна" (далі – Страховик) та інших законодавчих і підзаконних актів України.

Загальні умови розроблені за ризиками в межах класів страхування:

- «медичне страхування», відповідно до характеристик та класифікаційних ознак Класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» (далі- Клас 2 або Клас страхування);
- «страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» відповідно до характеристик та класифікаційних ознак Класу 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (далі – Клас 1 або Клас страхування 2);

На умовах цих ЗУСП Договори страхування можуть укладатись за одним з варіантів комбінації Класів:

- за Класом 2 або
- за Класом 2 та Класом 1.

Якщо Договір укладений на умовах комбінації класів, такий Договір є договором комплексного страхування.

Якщо Договір страхування укладено за Класом 2, то відповідно до цих ЗУСП Страховик зобов'язується за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, інших розладів здоров'я та/або випадків, передбачених Договором страхування.

Якщо Договір страхування укладено за Класом 1, то відповідно до цих ЗУСП Страховик зобов'язується за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства в разі настання страхового випадку, уключаючи смерть, встановлення інвалідності, втрату працездатності або отримання застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я, унаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).

Страховик розміщує та зберігає на своєму веб-сайті у відкритому доступі всі редакції цих ЗУСП із зазначенням строку їх дії упродовж терміну, визначеного законодавством. Страхування здійснюється на підставі Договору страхування, який укладається відповідно до цих ЗУСП, якщо інше не визначено законодавством України.

Страховий продукт передбачений для задоволення потреб у медичному страхуванні фізичних осіб, працівників роботодавця та інших зацікавлених осіб, що мають страховий інтерес на умовах, передбачених Договором страхування.

Загальні умови страхового продукту є основою для укладення Договору страхування (його складовою частиною) (далі- Договір, Договір страхування), враховуючи потреби клієнта в страхуванні з урахуванням складності продукту, особливостей та специфіки.

За цим страховим продуктом, за ризиком в межах Класу страхування 2 «медичне страхування», страховий тариф в Договорі не визначається.

Договори за цим страховим продуктом можуть укладатися як за формою Договору, затвердженою Страховиком, так і за формою Договору, яку пропонує Страхувальник, у разі, якщо умови Договору, який пропонує укласти Страхувальник, не суперечать цим Умовам.

Цей страховий продукт не містить ознак стандартного страхового продукту в розумінні Закону України “Про страхування”.

Договором страхування може бути звужено/розширено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими ЗУСП, на підставі яких укладається такий Договір страхування.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

Основні терміни та визначення, використані в ЗУСП та Договорах страхування, якщо інше не передбачено Договором, застосовуються в наступному тлумаченні:

1.1. **Асистуюча компанія** – юридична особа або фізична особа-підприємець, яка може діяти від імені та за дорученням Страховика, координувати дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених договором страхування, організувати, контролювати, оплачувати вартість надання таких послуг та виконувати інші дії від імені та за дорученням Страховика.

1.2. **Застрахована особа** - фізична особа, майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю якої є предметом договору страхування та на користь якої укладено договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами договору страхування.

Застрахованими особами згідно з цими ЗУСП можуть бути особи від народження до 70 років включно, які надали Страхувальнику згоду на страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору та/або Програм страхування.

1.3. **Здоров'я** – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад.

1.3.1. **Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

1.4. **Захворювання (хвороба)** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами.

1.4.1. **Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання)** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально-діагностичні заходи щодо клінічних проявів такої хвороби раніше ніколи не проводилися за відсутності потреби у цьому.

1.4.2. **Гостре захворювання (гостра хвороба)** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

1.4.3. **Хронічне захворювання(хронічна хвороба)** – захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

1.4.4. **Загострення хронічного захворювання (хронічної хвороби)** – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

1.5. **Ексцедент збитковості за Договором** - істотна умова Договору, за якою, при досягненні/не досягненні максимального пріоритету ексцеденту збитковості, основні умови договору підлягають обов'язковому перегляду та узгодженню між Страховиком та Страхувальником шляхом підписання додаткової угоди до договору.

1.6. **Пріоритет ексцеденту збитковості** - максимальна межа відношення загальної суми заявлених збитків та виплачених страхових виплат застрахованим особам по відношенню до загальної суми отриманих страхових премій за всіх застрахованих осіб. Пріоритет збитковості встановлений на рівні 0,65 (якщо інше не обумовлено Договором).

1.7. **Клас ЛПЗ** - цифрове значення, що присвоюється кожному ЛПЗ в залежності від вартості послуг.

1.8. **Декларація про стан здоров'я** – письмова заява, яка подається Застрахованою особою до укладення Договору страхування, містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, з метою визначення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення щодо укладення Договору страхування відносно такої Застрахованої особи.

1.9. **Договір страхування** – це письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою Страховик приймає на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором страхування строки та виконувати інші умови Договору.

1.9.1. Корпоративний/Агрегатний ліміт за договором – максимальний ліміт відповідальності Страховика по групі Застрахованих осіб, в межах Опцій, визначених у Програмі страхування. Витрати списуються як зі страхової суми Застрахованої особи, що скористалася опцією, так і з Корпоративного / Агрегатного ліміту по такій опції.

1.9.2. Індивідуальний ліміт за договором – максимальний ліміт відповідальності Страховика по відношенню до визначеної Застрахованої особи, в межах Опцій, визначених Програмою страхування. Витрати списуються зі страхової суми Застрахованої особи, що скористалася цією Опцією.

1.10. **Індивідуальна картка Застрахованої особи (далі- Картка)** – іменний документ, виготовлений у формі картки з пластику та інших матеріалів, котрий видається Застрахованій особі після укладання Договору страхування. Картка містить в собі інформаційний характер щодо укладеного Договору страхування (номер картки, строк дії, контактні номери телефонів за якими необхідно звертатись за медичною допомогою, тощо). У деяких випадках Картка може носити обліковий характер та не підлягати випуску, якщо це обумовлено Договором.

1.11. **Копія документу** -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 та/або Застрахованої особи, 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 та у визначений ним 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 документу.

1.12. **Лікувально-профілактичний заклад (далі по тексту «ЛПЗ»)** – заклади охорони здоров'я, підприємства, установи та організації, що мають відповідну ліцензію на надання медико-санітарної допомоги або послуг медичного характеру, з якими у Асистуючій компанії Страховика укладені договірні відносини щодо надання медичних та/або профілактично-оздоровчих послуг Застрахованій особі, враховуючи медичні та немедичні установи основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та послуг з реабілітації.

1.12.1. **Базові ЛПЗ** – медичні заклади, які Сторони договору (Страховик та Страхувальник) визначили пріоритетними при організації послуг Асистансом або при самостійному зверненні. Базові заклади можуть зазначатись як по окремій Опції так і загалом за Програмою страхування.

1.12.2. **Розрахункові ЛПЗ** – медичні заклади, за вартістю послуг в яких, відбувається страхова виплата Застрахованим особам, які отримали медичні послуги в медичних закладах поза списком ЛПЗ Страховика/Асистансу. Розрахункові ЛПЗ можуть бути зафіксовані в Програмі страхування, або обираються Страховиком на власний розсуд з переліку ЛПЗ, передбачених Програмою страхування. Якщо вартість послуг більше за вартість послуг розрахункових ЛПЗ, компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється в розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічних послуг по класу базових ЛПЗ, передбачених Програмою страхування.

1.12.3. **Ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань, ліміт страхової суми) Страховика** - сума, що не перевищує встановлену в договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. За згодою Сторін ліміти страхової суми можуть встановлюватись за окремим Договором страхування в цілому, за окремою Програмою страхування, за окремою Опцією, за окремими видами медичних послуг/медичної допомоги, за одним страховим випадком, за однією нозологією на одну Застраховану особу, по кожному та будь-якому страховому випадку, передбаченому Договором тощо.

1.13. **Медична (лікувально-профілактична) допомога, медико-санітарна допомога** – медична послуга чи комплекс медичних послуг, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням

та інвалідності, забезпечення профілактики захворювань, на ранню діагностику, лікування, реабілітацію та іншу допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.

1.14. **Медичні послуги** – послуги, що надаються з метою збереження та врятування життя, **відновлення** та поліпшення здоров'я людини, які є ідентифікованими елементами медичної допомоги (консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні, профілактичні процедури та ін.).

1.15. **Нещасний випадок** – будь-яка раптова, несподівана, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулась протягом строку дії Договору страхування та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я та/або до смерті Застрахованої особи.

1.16. **Нозологія** – вживається по відношенню до патологічних станів здоров'я людини, що характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

1.17. **Програма страхового продукту** (далі – Програма страхування) – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення, визначеного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно умов Договору страхування. Договір страхування, за бажанням Страхувальника, може включати одну або декілька Програм страхування, які, в свою чергу, містять індивідуально розроблений комплекс Опцій залежно від вимог та побажань Страхувальника та/або Застрахованої особи.

1.17.1. **Опція програми страхування** – визначені умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених Програмою страхування.

1.18. **Родичі 1-го (першого) ступеня споріднення** – батьки, чоловік, дружина, діти Застрахованої особи, віком від 0 до 45 років включно, якщо інше не погоджено зі Страховиком.

1.19. **Страхова виплата/ страхове відшкодування** – грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

1.19.1. **Сплачені страхові виплати (Paid losses)** – вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені Страховиком, згідно умов Договору страхування.

1.19.2. **Заявлені, але не сплачені страхові виплати/резерв страхових виплат (RBNS – reported but not settled losses/claims reserve)** – оцінка обсягу зобов'язань Страховика (вартість послуг) для здійснення страхових виплат за відомими вимогами Страхувальників / Застрахованих осіб, які не оплачені або оплачені не в повному обсязі на звітну дату та які виникли в зв'язку зі страховими подіями, що мали місце в звітному або попередніх періодах, та про факт настання яких Страховика повідомлено відповідно до вимог законодавства України та / або умов Договору страхування.

1.20. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

1.21. **Страховий акт** – документ, що складається у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксовано характер випадку, розмір витрат і сума страхової виплати. В разі визнання випадку як «не страховий» страховий акт містить обґрунтуванні причин відмови.

1.22. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась під час дії Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі або іншій третій особі).

1.23. **Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з умовами Договору страхування.

1.24. **Страховий ризик** – певна подія, на випадок настання якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.25. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

1.26. **Третя особа (Застрахована особа) (далі - Застрахована особа)** – фізична особа, про страхування якої укладено Договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. Якщо Страхувальник – фізична особа уклав Договір відносно себе він одночасно є і

Застрахованою особою.

1.27. **Франшиза** – частина збитків, що виникли внаслідок настання страхового випадку, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору страхування. Франшиза може бути безумовною, умовною, часовою. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми, в абсолютній грошовій величині або в днях.

1.27.1. **безумовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик не несе відповідальності при настанні страхового випадку.

Безумовна франшиза вираховується при розрахуванні страхової виплати при кожному та будь-якому страховому випадку.

1.27.2. **умовна франшиза** - відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик не несе відповідальності, якщо витрати дорівнюють або не перевищують розмір умовної франшизи. Якщо розмір витрат перевищує розмір умовної франшизи, Страховик несе відповідальність у повному обсязі.

1.27.3. **часова франшиза** - кількість днів та/або годин, визначена Договором страхування, протягом яких Страховик не несе відповідальності. За Класом 1, якщо інше не передбачено Договором, при застосуванні часової франшизи щодо тривалості непрацездатності в днях- у разі перевищення обумовленої кількості днів, подія буде визнана страховим випадком. За Класом 2- страхова подія, що наступила в період часової франшизи, не покривається Програмою страхування після її закінчення (не покривається продовження лікування та отримання послуг за випадком, який розпочався в період дії часової франшизи).

1.28. **Цивільна дієздатність фізичної особи** - дане поняття слід розуміти відповідно до визначень Статті 30 Цивільного кодексу України.

Терміни та визначення, не обумовлені цими ЗУСП, вживаються у значенні, визначеними відповідно до чинного законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну або визначення не обумовлено цими ЗУСП та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін або визначення використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Умови страхового покриття за конкретним Договором страхування визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування та додатках до нього, виходячи з потреби та вибору Клієнта у страхуванні, з урахуванням вимог чинного законодавства.

2.2. Предмет договору страхування

Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України.

2.3. Об'єкт страхування

Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

2.4. Перелік страхових ризиків

2.4.1. За класом 2 страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання, та/або загострення хронічного захворювання та/або нещасного випадку або інші обставин, що обумовлюють необхідність Застрахованої особи в медичних товарах та послугах. Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування за Договором можуть бути наступні події:

- гостре захворювання;
- хронічне захворювання у стадії загострення;
- хронічне захворювання поза стадією загострення (в стадії ремісії);
- травматичне ушкодження або інші наслідки нещасного випадку;
- інше погіршення стану здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни і тому подібне);
- необхідність в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах або

товарах.

2.4.2. За Класом 1 страховим ризиком є розлад здоров'я та/або смерть Застрахованої особи, що мають ознаки випадковості та ймовірності настання, а саме – нещасний випадок.

2.4.2.1. Перелік подій, що відносяться до нещасного випадку, визначаються договором страхування та можуть бути: травми голови, шиї, грудної клітки, живота, нижньої частини спини, поперекового відділу хребта та тазу, плеча та плечового поясу, ліктя та передпліччя, зап'ястя та кисті, ділянки тазостегнового суглоба та стегна, коліна та гомілки, гомілковостопного суглоба та стопи; забиття; переломи або вивихи кісток; розрив органів (частковий або повний); наслідки попадання стороннього тіла через природний отвір (в зовнішню частину ока, в вухо; в органи дихання, травлення; органи сечостатевої системи); опіки термічні та хімічні; відмороження; теплові удари; переохолодження організму; утоплення; асфіксія (удушення); ураження електричним струмом, блискавкою та іонізуючим випромінюванням; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими) та їх складовими, ліками, отруйними грибами, рослинами, отрутами комах і змій внаслідок їхніх укусів, недоброякісними харчовими продуктами (тільки ті, що відносяться до інших бактеріальних харчових отруєнь згідно останнього перегляду МКХ); травми, отримані внаслідок аварій, пожеж, стихійного лиха (землетруси, зсуви, повені, урагани та інші надзвичайні події); травми отримані під час або після контакту з тваринами (у т.ч. птахами, плазунами, комахами тощо) та рослинами (у т.ч. грибами, водоростями тощо); захворювання на сказ, правець; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), гострим паралітичним поліомієлітом, асоційованим з вакциною, ботулізмом.

2.4.3. Також, Договором може бути обумовлено характер настання таких подій:

– на виробництві - обмежена в часі подія або раптовий вплив на Застраховану особу небезпечного виробничого фактора чи середовища, що сталися у процесі виконання нею трудових обов'язків, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю або настала смерть;

– невиробничого характеру - не пов'язані з виконанням трудових обов'язків травми, у тому числі отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, отруєння, опіки, обмороження, утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою, травми, отримані внаслідок стихійного лиха, контакту з тваринами тощо, які призвели до ушкодження здоров'я застрахованої особи.

2.5. Страхові випадки

Клас 1

2.5.1. За Класом 1 страховими випадками можуть бути:

2.5.1.1. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

2.5.1.2. встановлення I групи інвалідності внаслідок нещасного випадку;

2.5.1.3. встановлення II групи інвалідності внаслідок нещасного випадку;

2.5.1.4. тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності внаслідок нещасного випадку;

При цьому для непрацюючих громадян та дітей під тимчасовою втратою загальної працездатності розуміється перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні внаслідок нещасного випадку.

В Договорі страхування може бути встановлена строкова франшиза щодо тривалості непрацездатності-тривалість тимчасової непрацездатності в днях, у разі перевищення якої подія буде визнана страховим випадком;

2.5.1.5. травматичні ушкодження внаслідок нещасного випадку;

Визначений характер настання події, передбачений Таблицею розмірів страхових виплат, що здійснюються по ушкодженню здоров'я внаслідок нещасного випадку (надалі – Таблиця розмірів страхових виплат) (Додаток 1 до цих ЗУСП), якщо інші розміри страхових виплат та інший характер та перелік ушкоджень не передбачені Договором страхування.

Клас 2

2.5.2. За Класом 2 страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до ЛПЗ, фармацевтичного, профілактично-оздоровчого або іншого закладу за попереднім направленням Асистансу у зв'язку з подіями, з переліку за п.2.4.1, передбаченими Договором з метою одержання послуг у межах та в обсязі, передбаченому Програмою страхування, враховуючи п.2.7.

2.5.3. Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг,

таких як: транспортування Застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі або інших планових, профілактичних або лікувально-профілактичних медичних послуг/товарів, вичерпний перелік яких зазначається в Програмі страхування. Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта.

2.5.4. Договором може бути передбачено можливість самостійного звернення для отримання послуг на умовах Програми, за попереднім (перед отриманням послуги) погодженням із Асистансом та/або Страховиком.

2.5.5. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів, що входять до страхового покриття, визначеного Програмою страхування.

2.6. Страхування за цими ЗУСП може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:

2.6.1. організацію послуг;

2.6.2. консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів, товарів медичного призначення та інше);

2.6.3. оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення;

2.6.4. оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі.

2.6.5. Інші послуги/ допомогу, передбачену Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі в тому числі але не обмежуючись:

– організація проїзду (включаючи оплату проїзду та оформлення необхідних для проїзду документів) Застрахованої особи та осіб, які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) до місця надання медико-санітарної допомоги та до місця постійного проживання після надання медико-санітарної допомоги;

– організація, оплата проживання і харчування Застрахованої особи та осіб які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) під час надання медико-санітарної допомоги;

– репатріація тіла, у разі смерті Застрахованої особи та/або прижиттєвого донора (при трансплантації органів);

– інші супровідні послуги, пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, передбачені Договором страхування.

2.7. **Перелік Опцій, які можуть бути включені до Програм страхування за Класом 2, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:**

2.7.1. **Загальні Опції:**

2.7.1.1. швидка (невідкладна) медична допомога;

2.7.1.2. невідкладна стаціонарна допомога;

2.7.1.3. планова стаціонарна допомога;

2.7.1.4. амбулаторно-поліклінічна допомога, в т.ч. але не обмежуючись:

– консультації лікарів,

– лабораторні та інструментально-діагностичні послуги

– денний стаціонар та маніпуляції;

– фізіопроцедури;

– виклик лікаря додому/ в офіс;

– оформлення медичної документації;

– медикаментозне забезпечення;

2.7.2. **Спеціальні Опції:**

2.7.2.1. стоматологічна допомога;

2.7.2.2. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ);

2.7.2.3. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;

2.7.2.4. діагностика та лікування дерматологічних захворювань;

2.7.2.5. діагностика та лікування алергічних захворювань;

2.7.2.6. критичні захворювання включаючи, але не обмежуючись:

– діагностика та лікування доброякісних новоутворень;

– діагностика та лікування злоякісних новоутворень;

– діагностика та лікування туберкульозу;

– діагностика та лікування цукрового діабету;

– діагностика та лікування вірусних гепатитів;

2.7.2.7. спеціальне страхове покриття включаючи, але не обмежуючись:

– діагностика та лікування окремих захворювань чи станів;

– лекції та тренінги;

– допомога при ПТСР;

– ментальне здоров'я;

– доктор online;

– курс «анти-стрес»;

– медичний консьерж сервіс;

– травми, отримані внаслідок військових дій;

– дорсопатії;

– діагностика та амбулаторне лікування Covid-19;

– діагностика та стаціонарне лікування Covid-19;

– експрес-аптечка;

2.7.3. Планові, профілактичні та колективні опції

2.7.3.1. вакцинація в т.ч. проти грипу;

2.7.3.2. профілактика ГРЗ;

2.7.3.3. вітамінізація;

2.7.3.4. профілактичний огляд;

2.7.3.5. профілактично-оздоровчий масаж;

2.7.3.6. відвідування оздоровчих закладів;

2.7.3.7. діагностика та лікування хронічних захворювань в стадії ремісії;

2.7.3.8. вагітність та пологи включаючи, але не обмежуючись:

– дородовий патронаж;

– пологи;

– виплата по факту пологів;

2.7.3.9. планова педіатрія:

– патронаж дитини віком до 1 року;

– планові профілактичні щеплення;

2.7.3.10. плановий візит лікаря в офіс;

2.7.3.11. офтальмологія;

2.7.3.12. офісна аптечка;

2.7.3.13. корпоративний ліміт на виключення;

2.7.4. Інші Опції, які включають планові, профілактичні, та колективні медичні послуги та/або допомогу.

2.7.5. Страховик має право комбінувати та змінювати стилістичні формулювання різних Опцій в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові опції.

2.7.6. Детальний опис Опцій страхування наводиться у Договорі страхування.

2.8. Страховий тариф. Страховий платіж

2.8.1. Страхові тарифи обчислюються Страховиком математичними, статистичними та/або економічними методами з урахуванням статистики настання страхових випадків та ймовірного розміру збитків, характеристик об'єкта страхування, розміру франшизи та інших умов страхування.

- 2.8.2. Страховий тариф по Класу 2 може не визначатись в Договорі. Страховий тариф за Класом 1 по Договору встановлюється у відсотках від страхової суми.
- 2.8.3. Страхова премія за договором страхування визначається шляхом множення страхової суми та страхового тарифу (у разі його визначення).
- 2.8.4. Порядок, строки та умови сплати страхових платежів визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені за згодою Сторін протягом строку дії договору страхування.
- 2.8.5. Страховий платіж сплачується Страхувальником в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.
- 2.8.6. Страхувальники-резиденти мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.
- 2.8.7. Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж не в повному обсязі, Страховик не несе відповідальності за Договором до дати повної сплати страхового платежу згідно визначеного Договором порядку та умов сплати, якщо інше не обумовлено умовами Договору.
- 2.8.8. Конкретний порядок, строки та форма сплати страхового платежу визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені за згодою сторін протягом строку дії Договору страхування.

2.9. Строк дії Договору страхування, порядок вступу його в дію, періоди страхування, територія дії Договору

2.9.1. Строк дії та територія дії Договору страхування, порядок вступу в дію, періоди страхування та територія дії визначаються за згодою Сторін та зазначаються у Договорі страхування.

2.9.2. Договір страхування вважається короткостроковим, якщо він укладений на строк менше 1 (одного) року. Якщо Договором не передбачено інші умови розрахунку короткостроковості Договору та інші коефіцієнти, використовується один з варіантів нижче:

Варіант 1 : застосування коефіцієнту короткостроковості (**Кстрок**) в залежності від строку дії Договору, визначений в місяцях (**Строк**)

Таблиця № 2.10.2.1.

Строк	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кстрок	0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

и

розрахунку неповний місяць дії Договору страхування рахується за повний, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Варіант 2

Сума доплати страхового платежу на кожну (окрему) Застраховану особу (Σ доплати) розраховується за наступною формулою:

$$СП = СП_0 / 365 * k, \text{ де}$$

СП – страховий платіж за період, що залишився до кінця дії Договору по відношенню до особи, яка приймається на страхування;

СП₀ – річний страховий платіж за Програмою страхування;

365 – річний термін дії Договору (365 або 366), в днях;

k – кількість днів періоду дії Договору страхування щодо окремої Застрахованої особи.

2.9.3. Договір страхування набирає чинності з дати внесення страхового платежу в повному обсязі або його першої частини, якщо інше не передбачене Договором страхування.

2.9.4. Договором страхування може бути передбачено, що він набирає чинності в повному обсязі з дати, зазначеної як початкова дата Строку дії Договору, але не раніше дня наступного за датою зарахування на

поточний рахунок Страховика страхового платежу (першої частини страхового платежу) у повному обсязі, та діє до дати зазначеної як кінцева дата Строку дії Договору. У разі сплати страхового платежу частинами, кінцева дата Строку дії Договору визначається як останній день періоду за який здійснено оплату страхового платежу.

2.9.5. Місце дії Договору страхування (територія дії Договору) є територія України, якщо інше не передбачено Договором. Сторонами можуть бути встановлені й інші обмеження щодо території дії Договору, в тому числі, з зазначенням визначеної локації.

2.9.6. Договором може бути передбачено покриття окремої Опції Програми страхування за межами території дії Договору в цілому, але зазначена умова покриття повинна бути обумовлена/ передбачена Опцією.

2.9.7. Договором страхування може бути обумовлено місце надання медичної допомоги – конкретний перелік медичних закладів, у яких Застрахована особа може отримати медичну допомогу згідно з умовами Договору страхування.

2.9.8. Місце надання медичної допомоги (перелік Медичних закладів) може бути визначено окремо по кожній Програмі страхування, обумовленій в Договорі страхування.

2.10. **Порядок визначення страхових сум та страхових виплат**

2.10.1. Страхова сума встановлюється за домовленістю між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору страхування на кожен окрему Застраховану особу.

2.10.2. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником або відповідно до законодавства під час укладення договору страхування або внесення змін до такого Договору.

2.10.3. У договорі страхування в межах страхової суми можуть визначатися ліміти відповідальності Страховика за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо.

2.10.4. Страхова сума встановлюється в національній валюті України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2.10.5. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, страхова сума за Договором страхування може бути встановлена в іноземній вільно конвертованій валюті.

2.10.6. Ліміти по Договору страхування можуть бути встановлені в грошовому, кількісному вираженні медичних послуг, що можуть бути надані Застрахованій особі, або в часовому вираженні, тобто в тривалості надання послуг Застрахованій особі тощо. Розміри таких лімітів за окремими видами Опцій/послуг визначаються Програмою страхування. Страхова сума за договором, корпоративний ліміт (або агрегатний ліміт) та будь-які інші ліміти встановлені Договором страхування на одну Застраховану особу зменшуються на розмір здійснених страхових виплат з дати настання страхового випадку.

2.10.7. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат конкретній Застрахованій особі досягне розміру Страхової суми, визначеної Програмами страхування на цю Застраховану особу, то дія Договору стосовно цієї особи припиняється, якщо не погоджено збільшення розміру страхової суми для визначеної особи.

2.10.8. За згодою Сторін, протягом строку дії Договору, може бути збільшено розмір страхової суми за Програмою страхування або ліміти відповідальності (зобов'язання) Страховика, шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу.

3. **ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

3.1.1. Наведені у цих ЗУСП переліки прав та обов'язків Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи не є вичерпними. Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які не суперечать чинному законодавству України.

3.2. **Страхувальник має право:**

3.2.1. одержати будь-які роз'яснення/консультації на етапі укладення Договору і протягом його дії;

- 3.2.2. перевіряти виконання Страховиком додержання умов Договору страхування, в тому числі запросити у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;
- 3.2.3. звернутися, у випадку втрати оригіналу Договору, протягом строку його дії з письмовою заявою до Страховика про видачу дубліката Договору;
- 3.2.4. за згодою Застрахованої особи призначити Вигодонабувача для отримання страхових виплат, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором. Зміна Вигодонабувача відбувається після отримання Страховиком письмової заяви Страхувальника та укладання зі Страховиком Додаткової угоди до Договору щодо внесення такої зміни;
- 3.2.5. внести зміни до умов Договору, в тому числі, розширивши перелік обраних страхових ризиків в межах цих ЗУСП, або підвищивши розмір страхової суми, сплативши Страховику додатковий страховий платіж;
- 3.2.6. достроково припинити дію Договору в порядку та на умовах, передбачених Договором, цими ЗУСП, чинним законодавством України;
- 3.2.7. при настанні страхового випадку отримати страхову виплату на умовах, передбачених Договором;
- 3.2.8. оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в порядку, встановленому чинним законодавством України.

3.3. **Страховик має право:**

- 3.3.1. отримати всю необхідну інформацію для укладання Договору та оцінки страхового ризику, а також перевірити достовірність наданої Страхувальником/Застрахованою особою інформації будь-якими способами, що не суперечать законодавству України, (в т.ч., але не обмежуючись, результатами медичного огляду Застрахованої особи та іншими документами);
- 3.3.2. робити запити про відомості, що пов'язані із страховим випадком до правоохоронних органів, закладів охорони здоров'я та до інших установ, підприємств, організацій та фізичних осіб, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку;
- 3.3.3. протягом строку дії Договору перевіряти стан здоров'я Застрахованих осіб, а також відповідність повідомлених Страхувальником відомостей про предмет Договору. Направити лікаря-експерта до Застрахованої особи з метою обстеження стану її здоров'я;
- 3.3.4. внести зміни до умов Договору страхування, достроково припинити Договір, в порядку та на умовах передбачених Договором, згідно Розділу 4 цих ЗУСП;
- 3.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати згідно за наявності підстав у випадках, передбачених цими ЗУСП, Договором страхування та/або законодавством;
- 3.3.6. вимагати повернення страхової виплати, якщо на те виникнуть підстави, передбачені умовами Договору та/або чинним законодавством України, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) права на одержання страхової виплати (наприклад, якщо після страхової виплати з'ясується, що Страхувальник не мав на це права або якщо витрати по страховому випадку відшкодовані іншими особами).
- 3.3.7. при здійсненні страхової виплати за Договором зі сплатою страхового платежу частинами утримати частку страхової виплати у розмірі несплаченого страхового платежу за весь строк дії Договору в рахунок сплати несплачених Страхувальником частин страхового платежу.
- 3.3.8. відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема у разі:
- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
 - якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
 - встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
 - ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
 - подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

– якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

3.3.9. отримувати, використовувати та на свій розсуд передавати третім особам, в тому числі поза межами території України, достовірну і повну інформацію та документи, у тому числі медичні документи та медичну інформацію, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я Застрахованої особи та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнози можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

3.3.10. в будь-який час вимагати від Страхувальника та/або інших осіб які подають документи по Договору страхування, надати оригінали документів, у разі якщо були надані копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу;

3.3.11. запитувати та одержувати від Страхувальника/Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини оригінали та копії документів, в тому числі засвідчені у відповідності до порядку встановленому законодавством, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати.

3.3.12. відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування без пояснення причин.

3.4. **Страхувальник зобов'язаний:**

3.4.1. виконувати умови договору страхування;

3.4.2. **Повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір**, ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору, а також з діями Застрахованої особи при настанні події, що має ознаки страхового випадку;

3.4.3. Повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у договорі страхування);

3.4.4. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;

3.4.5. при укладанні договору страхування та протягом строку дії Договору (протягом 3 (трьох) робочих днів з дати настання відповідних змін), повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;

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.

3.4.6. письмово повідомляти Страховика про інші діючі договори особистого страхування щодо Застрахованої особи;

3.4.7. письмово повідомляти Страховика протягом строку дії Договору про зміну прізвища, адреси та інших реквізитів, що стосуються Застрахованої особи;

3.4.8. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування;

3.4.9. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.4.10. інформувати Застраховану особу про укладений на її користь Договір,

3.4.11. надати Страховика всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків при самостійній оплаті екстреної медичної допомоги;

3.4.12. повернути Страховика отриману страхову виплату, якщо згідно з чинним законодавством України, умовами договору страхування Страхувальник повністю або частково позбавляється права на його отримання та відшкодувати витрати Страховика на проведення медичної експертизи, метою яких було визначення розміру заподіяної шкоди;

3.4.13. надати Страховику всю наявну інформацію та всі необхідні документи, що підтверджують або стосуються факту, причин, обставин настання страхового випадку, його наслідків та розміру можливих збитків;

3.4.14. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

3.4.15. Надати на усний та/або письмовий запит Страховика, у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторону життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

3.4.16. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

3.5. **Страховик зобов'язаний:**

3.5.1. вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

3.5.2. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором або законом строк;

3.5.3. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

3.5.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;

3.5.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону.

3.5.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника/Застраховану особу та його майновий стан, крім випадків, встановлених чинним законодавством України;

3.5.7. повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного Договору протягом 5 (п'яти) банківських днів з дня подання заяви про відмову від Договору. У разі подання заяви про відмову від Договору, Договір вважається не укладеним, у Сторін не виникають обов'язки, передбачені ним;

3.5.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

3.6. **Договором страхування можуть передбачатися права та обов'язки Застрахованої особи.**

3.6.1. Крім того, **Застрахована особа має право** при укладанні Договору страхування назвати за своїм вибором Вигодонабувача та звертатися до Страховика з проханням про заміну Вигодонабувача в період дії Договору страхування.

3.7. **Відповідальність за невиконання та неналежне виконання умов договору**

3.7.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором страхування та законодавством України.

3.7.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі, яка набуває прав Страхувальника, пені в розмірі 0,01% від суми належної страхової виплати, за кожен день прострочення грошового зобов'язання, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ за відповідний період.

3.7.3. 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, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ за відповідний період.

3.7.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання умов Договору при настанні обставини непереборної сили і безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків під час дії цих обставин.

3.7.5. Відповідним доказом виникнення та припинення дії обставин непереборної сили вважається офіційне підтвердження, надане уповноваженими компетентними органами держави, що повинно бути направлено Стороною, що знаходилась під впливом дії таких обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин непереборної сили, має право перенести строк виконання обов'язків за цим Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.

3.7.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші розміри та умови застосування та розрахунку пені.

4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВІ НАСЛІДКИ

4.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору страхування, що не суперечать законодавству України та умовам ЗУСП, здійснюються за взаємною згодою Сторін шляхом укладання Додаткової угоди в письмовій формі, яка стає невід'ємною частиною Договору.

4.2. Про намір внести зміни та/або доповнення до Договору Сторона, яка ініціює внесення таких змін та/або доповнень, зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до прогнозованого строку внесення таких змін та/або доповнень.

4.3. Якщо будь-яка із Сторін не згодна на внесення змін чи доповнень до Договору, то протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору вирішується питання про його дію на попередніх умовах або про припинення його дії.

4.4. У випадку отримання інформації про обставини, які стали причиною зміни страхового ризику, Страховик має право вимагати внести зміни до Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж.

Зміною страхового ризику за Класом 1 вважається будь-яка зміна даних та/або обставин, повідомлених Страхувальником при укладенні Договору, відповідно до п. 9.10.13.1 цих ЗУСП

У випадку, якщо Страхувальник заперечує проти внесення змін, Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування в порядку, передбаченому цим Розділом ЗУСП.

4.5. Зміна в Договорі, а саме заміна Застрахованої особи, можлива за згодою Сторін та лише до настання страхового випадку з такою Застрахованою особою.

4.6. В разі реорганізації Страхувальника, виділення з його складу відособлених структурних підрозділів у Договір страхування можуть бути внесені зміни за згодою Страховика і Страхувальника шляхом підписання додаткової угоди.

4.7. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

4.7.1. закінчення строку дії Договору страхування;

4.7.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

4.7.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхового платежу частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами Договору;

4.7.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 100 та 101 Закону;

4.7.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.7.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

4.7.7. вимоги однієї зі Сторін Договору.

4.7.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

4.8. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами такого Договору. Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого Договору та законодавством України.

4.8.1. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніш як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

- 4.8.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування.
- 4.8.3. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
- 4.8.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.
- 4.8.5. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.
- 4.9. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов Договору страхування - 50 % страхового тарифу. Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного Договору страхування, визначається при укладенні такого Договору страхування за згодою Страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається у такому Договорі страхування.
- 4.10. Частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, при достроковому припиненні дії Договору страхування у разі ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи-підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування», підлягає поверненню особі, визначеній на підставі законодавства.
- 4.11. При достроковому припиненні дії Договору страхування в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.
- 4.12. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком у строки, визначені Договором страхування.
- 4.13. При достроковому припиненні дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. У разі дострокового припинення дії Договору в розрахунок беруться повні дні, що залишилися до закінчення терміну дії Договору.
- 4.14. Примірник Договору страхування, що належить Страхувальнику, у разі дострокового припинення дії Договору страхування, залишається у Страхувальника.
- 4.15. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
- 4.16. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання, у випадках, передбачених чинним законодавством України та цими ЗУСП.
- 4.17. Відповідно до Закону Договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:
- 4.17.1. його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 4.17.2. Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
- 4.17.3. у Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) відсутній страховий інтерес.
- 4.18. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.
- 4.19. Договором страхування може бути передбачений спеціальний порядок внесення змін в Договір, що стосується виключення та / або додавання Застрахованих осіб до переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, зміни для окремих Застрахованих осіб Програми страхування, строків повідомлення Страхувальником про зміни в переліку Застрахованих та строки внесення відповідних змін до Договору сторонами, застосування передбачених Договором формул, розрахунків та умов для визначення страхової премії по відношенню до осіб, які підлягають страхуванню на термін менше 1(одного) року, порядок розрахунку лімітів за опціями Програми страхування для таких осіб, формулу розрахунку суми до повернення у разі виключення Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб за Договором страхування,

умови та порядок застосування зміни Програми страхування для окремих Застрахованих осіб за Договором страхування, випадки та умови заміни однієї Застрахованої особи іншою, спеціальний порядок дій у разі помилкового укладення Договору на користь однієї з осіб, які не можуть бути застраховані за умовами Договору страхування, а також інші випадки, формули та розрахунки, погоджені сторонами в Договорі страхування.

4.20. Якщо Договором страхування передбачено розміщення Страховиком актуального переліку Медичних закладів, що здійснюють обслуговування Застрахованих осіб за Договором страхування, на веб-сайті Страховика за вказаним в Договорі гіперпосиланням, то Договором страхування може бути передбачено право Страховика вносити зміни у такий перелік Медичних закладів та відображати їх на веб-сайті Страховика за гіперпосиланням, вказаним в Договорі страхування, що не є зміною умов Договору і не потребує укладення додаткової угоди.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

5.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить 30 календарних днів;

5.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором.

5.2. Про намір відмовитись від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

5.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

5.4. У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування, з дня отримання Страховиком оригіналу заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. Договором страхування може бути передбачено інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку та терміни повідомлення.

6.2. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа або її представник/інша уповноважена особа (для неповнолітніх дітей-батьки) до моменту звернення за медичною допомогою, повинна негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання страхового випадку, звернутись до лікаря-координатора Асистуючої компанії Страховика за телефоном, що вказаний в Договорі страхування та повідомити наступну інформацію:

1) прізвище, ім'я, по-батькові та індивідуальний номер Застрахованої особи/номер Договору;

2) причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям);

3) іншу інформацію на вимогу Страховика (Асистуючої компанії) (фактична адреса місцезнаходження, контактний номер телефону та ін.)

6.3. На підставі отриманої інформації Страховик (черговий лікар-координатор Асистуючої компанії Страховика) приймає рішення щодо організації надання медичних послуг Застрахованій особі, яка має можливість отримати їх, керуючись вказівками лікаря-координатора.

6.4. В разі погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про подію Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі невідкладну медичну допомогу.

6.5. Якщо Застрахована особа має намір звернутися до медичного закладу, не передбаченого Договором страхування або Програмою страхування, Застрахована особа погоджує (крім випадків отримання невідкладної медичної допомоги) зі Страховиком медичний заклад, перелік медичних послуг та суму вартості погоджених медичних послуг, що гарантовано відшкодовується Страховиком. При цьому Застрахована особа сплачує медичні послуги за власний рахунок, після чого надає заяву Страховикові про страхову виплату. У такому випадку Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок.

6.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку.

6.7. При настанні події, що має ознаки страхового випадку за Класом 1, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен:

6.7.1. негайно, але не пізніше 2(двох) годин від моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, звернутися за медико-санітарною допомогою до лікувально-профілактичного закладу (лікарні, травмпункту) та/або в службу швидкої медичної допомоги;

6.7.2. негайно, але в будь-якому випадку не пізніше 2 (двох) годин від моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен повідомити про настання такої події державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків подій, що мають ознаки страхового випадку, розслідування причин їх виникнення, винесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до страхового випадку (випадку, що має ознаки страхового), та висновки яких згідно з чинним законодавством є необхідними та достатніми доказами для визначення події як страхового випадку (наприклад, відповідний орган МВС України, пожежна охорона, гідрометеослужба, заклади охорони здоров'я, відповідні органи інших держав тощо) (надалі – Компетентні органи).

6.7.3. повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком будь-яким способом, що дозволить зафіксувати факт звернення ((факсом, електронною поштою, поштою та інше)) протягом 12 (дванадцяти) годин з моменту настання такої події;

6.7.4. не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту настання події, письмово повідомити про подію, що може бути визнана страховою за формою, встановленою Страховиком;

6.7.5. вжити заходів щодо усунення причин та мінімізації наслідків нещасного випадку.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. За класом страхування 1:

7.1.1. можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати в разі настання страхового випадку:

1) фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;

2) відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;

3) поєднання двох попередніх варіантів страхової виплати.

7.1.2. У разі настання страхового випадку або події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач), **подає Страховику наступні документи, на підставі яких Страховик приймає рішення щодо страхової виплати:**

7.1.2.1. письмову Заяву-Повідомлення про нещасний випадок, за формою, встановленою Страховиком, яка містить Повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку, Пояснення обставин настання події, що має ознаки страхового випадку та Заяву на страхову виплату;

7.1.2.2. Договір страхування (у разі необхідності, за вимогою Страховика);

7.1.2.3. довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру (за наявності) та документ, який посвідчує особу, яка має право на отримання страхової виплати згідно з Договором;

7.1.2.4. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує факт настання нещасного випадку.

7.1.3. У випадку **тимчасової втрати працездатності** Застрахованою особою (тимчасового розладу здоров'я у **працюючих осіб**), **травматичних ушкоджень**, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач), окрім документів, зазначених в п.7.1.2 ЗУСП надає:

7.1.3.1. при тимчасовій втраті працездатності працюючих осіб – листок непрацездатності або його копію, видану лікувально-профілактичним закладом;

7.1.3.2. при отриманні травматичних ушкоджень для працюючих/непрацюючих громадян та дітей - довідку з лікувально-профілактичного закладу із зазначенням терміну лікування, діагнозу захворювання та

загальними висновками лікаря або виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, підписану уповноваженою особою лікувально-профілактичного закладу та завірену печаткою цього закладу, довідку лікувально-профілактичного закладу, що підтверджує розлад здоров'я у зв'язку з отриманими травматичними ушкодженнями.

7.1.3.3. У випадку **стійкої втрати працездатності** Застрахованою особою, встановлення I, II, III груп інвалідності (в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу, якщо це передбачено умовами Договору страхування) внаслідок нещасного випадку Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач), крім документів, зазначених в п.7.1.2 ЗУСП, подає наступні документи:

7.1.3.4. виписку з акту огляду медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) (або довідку до акту МСЕК) про встановлення групи інвалідності (зміну групи інвалідності), для дітей – висновок ЛКК при стійкому розладі здоров'я;

7.1.3.5. довідку компетентних органів про причину встановлення інвалідності;

7.1.3.6. листок непрацездатності або його копію, видану лікувально-профілактичним закладом (для непрацюючої категорії осіб – довідку лікувально-профілактичного закладу про лікування, яка підписана відповідальною особою та завірена печаткою лікувально-профілактичного закладу);

7.1.3.7. виписку з історії хвороби або картки амбулаторного хворого (на вимогу Страховика);

7.1.4. У випадку **смерті** Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Страхувальник/Вигодонабувач, крім документів, зазначених в п.7.1.2 ЗУСП, подає наступні документи:

7.1.4.1. свідоцтво про смерть або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили, довідку компетентних органів про причину смерті;

7.1.4.2. посмертний та/або клініко-анатомічний (патологоанатомічний) епікриз (на вимогу Страховика);

7.1.4.3. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, за формою встановленою законодавством України, який підтверджує факт настання нещасного випадку;

7.1.4.4. для інших, ніж Вигодонабувач, осіб, які мають право на отримання страхових виплат, Свідоцтво про право на спадщину.

7.1.5. У разі недостатності наданих Страхувальником/Застрахованою особою/ Вигодонабувачем документів для встановлення факту, обставин, причин настання, наслідків страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) на вимогу Страховика зобов'язаний надати також інші документи, враховуючи особливості конкретного страхового випадку, що необхідні для з'ясування обставин та причин страхового випадку, визначення розміру збитків, здійснення виплати страхового відшкодування та інші документи, відповідно до умов договору та/або визначені чинними законодавчими/нормативними актами України. При цьому Страховик має право подовжити строк для прийняття рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати.

7.1.6. У разі настання **смерті** Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати становить 100% страхової суми, зазначеної в Договорі страхування на одну Застраховану особу, якщо інші умови не погоджено Сторонами Договору страхування при укладанні Договору.

Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачеві або іншій особі, що має право на одержання страхової виплати згідно з законодавством України. Якщо Вигодонабувач не був призначений, страхова виплата, у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, виплачується Спадкоємцю Застрахованої особи за законом або заповітом.

7.1.7. У разі **стійкої втрати працездатності** Застрахованою особою, встановлення I, II, III груп інвалідності (в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу, якщо це передбачено умовами Договору страхування) внаслідок нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору страхування, якщо інший розмір виплат не погоджено Сторонами Договору страхування, розмір страхової виплати становить:

7.1.7.1. при встановленні I групи інвалідності – 100% страхової суми, зазначеної в Договорі на одну Застраховану особу;

7.1.7.2. при встановленні II групи інвалідності – 80% страхової суми, зазначеної в Договорі на одну Застраховану особу;

7.1.7.3. При встановленні III групи інвалідності – 60% страхової суми, зазначеної в Договорі на одну Застраховану особу;

7.1.7.4. При встановленні категорії «дитина з інвалідністю» чи категорії «дитина з інвалідністю підгрупи

А» – від 40% до 100% страхової суми, зазначеної в Договорі страхування для такої Застрахованої особи.

7.1.8. У разі **тимчасової втрати працездатності** Застрахованою особою (тимчасового розладу здоров'я у непрацюючих громадян та дітей) внаслідок нещасного випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі за кожен день непрацездатності (тимчасового розладу здоров'я) в розмірі від 0,2% до 10% від страхової суми за кожен день на одну Застраховану особу, але не більше 50% від страхової суми на одну Застраховану особу. Конкретний розмір та умови страхових виплат при тимчасовій втраті працездатності визначається в Програмах страхування та/або в Договорі страхування, затвердженими Страховиком, та які не суперечать чинному законодавству України та цим ЗУСП. Договором страхування може бути передбачено обмеження кількості днів непрацездатності (лікування), за які Страховик здійснює страхову виплату.

7.1.9. У разі **травматичних ушкоджень**, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі, розмір належної страхової виплати визначається у вигляді частки страхової суми, що зазначена в Таблиці розмірів страхових виплат (Додаток 1 до ЗУСП). Якщо Застрахована особа отримала декілька травматичних ушкоджень, розмір страхової виплати визначається шляхом підсумовування виплат за кожен травму, але він не може перевищувати розміру страхової суми, встановленої для Застрахованої особи.

7.1.10. У випадку неможливості проведення оцінки на підставі наданих медичних документів ступеню важкості тілесного ушкодження (ушкодження м'яких тканин, органів зору, чуття, сечостатевої системи і таке інше) Застрахованої особи, вона може бути направлена Страховиком на огляд до лікаря-спеціаліста для визначення наслідків таких ушкоджень.

7.1.11. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови здійснення страхової виплати та порядок розрахунку такої виплати.

7.1.12. Якщо нещасний випадок призвів до тимчасової втрати працездатності або травматичних ушкоджень Застрахованої особи та була здійснена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку протягом 6 (шести) календарних місяців з дня його настання Застрахованій особі була встановлена стійка втрата працездатності (встановлення I, II, III груп інвалідності, в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу) або настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі, передбаченому в п.7.1.6 або п.7.1.7 цих ЗУСП відповідно, але загальна сума страхових виплат не може перевищувати встановлену в Договорі страхову суму для однієї Застрахованої особи.

7.1.13. Якщо за Договором мало місце декілька страхових випадків, то ліміт відповідальності Страховика (загальна сума страхових виплат) за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору страхування, визначається відповідно до п. 7.1.6– 7.1.9 ЗУСП, але водночас не може перевищувати розмір відповідної страхової суми, визначеної Договором для однієї Застрахованої особи. Якщо страхові виплати Застрахованій особі склали 100% страхової суми, дія Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

7.1.14. За рішенням Страховика страхова виплата щодо конкретної Застрахованої особи зменшується на суму несплачених частин страхового платежу щодо цієї Застрахованої особи, у разі сплати його частинами.

7.1.15. У разі смерті Застрахованої особи дотримується наступний пріоритет по виплаті страхової суми:

7.1.15.1. вказаному в Договорі страхування Вигодонабувачу. У разі якщо Вигодонабувачами є кілька осіб, Страхова виплата здійснюється у частках (абсолютних або відносних величинах) вказаних в Договорі страхування, що припадає на кожного Вигодонабувача. Якщо абсолютна або відносна величина страхових виплат не вказана в Договорі страхування, то при настанні Страхових випадків Страхова виплата здійснюється в рівних частках кожному з Вигодонабувачів;

7.1.15.2. при відсутності Вигодонабувача (не був призначений, помер раніше або одночасно з Застрахованою особою) - спадкоємцям Застрахованої особи;

7.1.15.3. при відсутності отримувача за п. 7.1.6- особи, яка визнана спадкоємцем Застрахованої особи згідно цивільного законодавства України та зазначена свідоцтвом про право на спадщину, до якого включена Страхова виплата. Якщо отримувач Страхової виплати помирає, не отримавши належну йому Страхову виплату, право на отримання Страхової виплати переходить до спадкоємців Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7.1.15.4. Договором страхування може бути передбачено інший порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат.

7.2. За класом страхування 2:

7.2.1. У разі настання страхового випадку у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання медико-санітарної допомоги та інших послуг Застрахованою особою та її вартість шляхом оплати їх вартості:

7.2.1.1. опосередковано через Асистанс, закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування. У такому випадку заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу;

7.2.1.2. безпосередньо закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування. Страхова виплата здійснюється у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та таким закладом;

7.2.1.3. безпосередньо Застрахованій особі, документально підтверджених витрат у разі самостійної сплати вартості послуг та медикаментів, при умові дотримання вимог цього Розділу ЗУСП.

7.2.2. Загальний розмір страхових виплат по одній Застрахованій особі не може перевищувати Страхову суму або Ліміти, встановлені Договором/ Програмою страхування або Загальний корпоративний/агрегатний ліміт за Опцією/набором опцій, якщо такий ліміт передбачено Програмою.

7.2.3. За Договором медичні послуги надаються Застрахованим особам на базі закладів охорони здоров'я, відповідно до класу передбаченого Програмою страхування та з якими співпрацює Асистуюча компанія на дату настання страхового випадку.

7.2.4. Страхова виплата за придбання медикаментів (лікарських засобів), в т.ч. витратних матеріалів, за окремою нозологічною одиницею (конкретною хворобою) здійснюється Страховиком тільки в тій кількості, яка необхідна для проходження курсу лікування відповідного захворювання, за системою безкоштовних заявок Асистуючої компанії в договірних аптечних закладах.

7.2.5. У екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися з Асистуючою компанією або Страховиком на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує невідкладного надання медичних послуг на умовах Договору, Застрахована особа має право самостійно оплатити отримані медичні послуги.

7.2.6. При цьому Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика або Асистуючу компанію про такий випадок самостійного розрахунку протягом 48 годин з моменту настання такого випадку. За таких обставин страхова виплата може бути здійснена безпосередньо Застрахованій особі в порядку, передбаченому цими ЗУСП та Договором. Розмір такої виплати не може перевищувати вартість аналогічних медичних послуг в ЛПЗ, з якими співпрацює Асистуюча компанія, передбачених Програмою страхування з повним покриттям.

7.2.7. Страховик має право не оплачувати медичному закладу та/або Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих Застрахованій особі без належного підтвердження Асистуючою компанією або до моменту такого підтвердження, за виключенням випадків надання Застрахованій особі невідкладних медичних послуг в порядку та на підставах, передбачених п. 6 цих ЗУСП.

7.2.8. Для отримання страхової виплати, у випадку самостійної оплати медичної допомоги, **Застрахована особа надає Страховику наступні документи:**

7.2.8.1. письмову заяву на страхову виплату та пояснення обставин настання страхового випадку за формами Страховика;

7.2.8.2. медичну документацію:

7.2.8.2.1. у разі амбулаторно-поліклінічного лікування - підписаний лікарем та завірений печаткою закладу охорони здоров'я витяг з амбулаторної карти або консультативний висновок лікаря із зазначенням діагнозу, переліку та кількості медичних послуг (направлення на консультації/обстеження, копії результатів обстежень/досліджень, якщо такі проводились) та медикаментів, що призначалися лікарями та сплачувалися Застрахованою особою;

7.2.8.2.2. у разі стаціонарного лікування - підписана лікарем та завірена печаткою закладу охорони здоров'я виписка (епікриз) з історії хвороби;

7.2.8.2.3. у разі виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги – карта виїзду бригади швидкої допомоги;

7.2.8.2.4. У разі необхідності відшкодування коштів по факту пологів (якщо це передбачено умовами

Програми страхування):

- медичне свідоцтво про народження (Форма N 103/о) або свідоцтва про народження дитини;
- виписки з пологового будинку про настання факту пологів при народженні мертвої дитини (Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть (Форма N 106-2/о).

7.2.8.2.5. квитанції або фіскальні чеки та калькуляції (детальні кошториси робіт), що підтверджують видатки на лікувально-діагностичні медичні послуги;

7.2.8.2.6. оригінали квитанцій, касових (фіскальних) чеків, що підтверджують витрати на придбання засобів медичного призначення (ліки, медичний інструментарій, тощо). Якщо у касовому чеку відсутні назви медикаментів – додатково надаються товарні чеки, які вміщують перелік медикаментів/ (належним чином завірені);

7.2.8.2.7. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати (паспорт Застрахованої особи);

7.2.8.2.8. довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі;

7.2.8.2.9. документ, що підтверджує неможливість звернення до Асистуючої компанії/Страховика в строки, визначені Договором (виписки, довідки компетентних органів або інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика);

7.2.8.2.10. інші документи за вимогою Страховика.

7.2.8.3. Термін та порядок здійснення страхових виплат Асистуючій компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах про співпрацю з цими закладами.

7.2.8.4. Розмір страхової виплати не може перевищувати вартість аналогічних медичних послуг в ЛПЗ згідно діючого на дату звернення преїскуранту вартості послуг, передбачених Програмою страхування та з якими співпрацює Асистуюча компанія.

7.2.8.5. Загальний розмір страхової виплати по кожній Застрахованій особі за одним чи декількома страховими випадками не має перевищувати страхову суму або встановлених лімітів по окремим опціям передбаченим Договором страхування.

7.2.8.6. Після здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика для конкретної Застрахованої особи зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

7.2.8.7. Якщо Програма страхування передбачає наявність та застосування франшиз, страхова виплата здійснюється за вирахуванням франшизи за тією Опцією або видом медичної допомоги, за яким вона встановлена. Розмір франшизи, яка підлягає вирахуванню може сплачуватись Застрахованою особою безпосередньо на місці отримання послуг.

7.3. Договором страхування може бути передбачено інший порядок розрахунку, умови здійснення страхових виплат та перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитку), форма, спосіб та порядок подання таких документів, якщо інше не передбачено законодавством України.

7.4. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника /Застраховану особу або іншу особу (Вигодонабувач, Спадкоємець), згідно з чинним законодавством України.

7.5. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страховик зобов'язаний встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

7.6. Здійснення страхової виплати проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених договором страхування) і рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (страхового акту).

7.7. Страховик має право звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону. Прийняття Страховиком в такому випадку рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати може бути відстрочено в порядку визначеному Договором.

7.8. Порядок визначення розміру страхової виплати та строки її здійснення визначаються Договором страхування.

7.9. У разі нездійснення Страховиком страхової виплати, відповідно до умов Договору страхування, або Страховик зобов'язаний сплатити неустойку (штраф, пеню) в розмірі, встановленому Договором страхування або Законом.

7.10. Розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування/ Програмою страхування.

7.11. Страхові виплати за Договором страхування, здійснюються незалежно від суми, яку має отримати застрахована особа за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, чи страхової виплати за іншими договорами страхування або сум, отриманих від інших осіб як відшкодування збитків.

7.12. Документи, що подаються для здійснення Страховиком страхової виплати, повинні бути достовірні, оформлені відповідно до чинного законодавства, підписані уповноваженими особами (із зазначенням П.І.Б та посади підписанта), надані в обсязі, якого вимагає Страховик, у формі: оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених печатками закладу, який видав відповідний документ; простих копій, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів;

7.13. Страховик, з метою прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову від здійснення страхової виплати, може робити запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку, до компетентних органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку:

7.13.1. якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо достовірності наданих відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяної шкоди (збитку);

7.13.2. якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди. У такому разі з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди Страховик має право призначити розслідування або оцінку, яку проводить експерт незалежної експертної організації;

7.13.3. в інших випадках, передбачених Договором страхування.

7.14. Протягом строку, обумовленого Договором страхування з моменту одержання Страховиком всіх документів (або останнього з них, якщо документи надавалися Страховикові частинами), необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та/або визначення розміру збитків, а саме: документів, передбачених цими ЗУСП та (або) Договором страхування, та відповідей на запити Страховика від підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, Страховик:

7.14.1. приймає рішення, у визначений Договором строк, про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акту здійснює страхову виплату, або приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє Страхувальника (або одержувача страхової виплати) про прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням причин протягом строку, визначеного Договором.

7.15. Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком Класу 1, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні, якщо це передбачено Договором страхування:

7.15.1. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання законної сили рішенням у цивільній, господарській справі або за кримінальним провадженням, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку (шкоди) розглядається судом;

7.15.2. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами;

7.15.3. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування, якщо за фактом події або щодо Страхувальника (одержувача страхового відшкодування) було розпочате кримінальне провадження.

7.16. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, за межами території України, документи, зазначені у Розділі 6 ЗУСП, на мовах інших ніж українська, російська та англійська надаються разом з офіційним перекладом українською мовою, якщо інше не передбачено умовами Договору.

7.17. Конкретний перелік документів, на підставі яких здійснюється страхова виплата, визначається Страховиком при з'ясуванні причин та обставин страхового випадку.

7.18. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо кваліфікації події як страхового випадку, її причин, обставин та наслідків, та виникнення сумнівів у Страховика щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна із Сторін має право на проведення за власний рахунок незалежної експертизи.

7.19. Страхові виплати здійснюються в національній валюті України, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Порядок прийняття страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається в Договорі страхування або законодавством України.

8.2. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

8.2.1. навмисні дії (бездіяльність) Страхувальника та/або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація таких дій Страхувальника та/або Застрахованої особи встановлюється згідно чинного законодавства України.

8.2.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

8.2.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

8.2.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

8.2.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування (Додаток №2);

8.2.6. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахована особа є:

8.2.6.1. особою, яка мають I групу інвалідності, особою, яка знаходяться на обліку у наркологічних, психоневрологічних диспансерах, центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій.

8.2.6.2. у разі неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про наявність групи інвалідності у Застрахованої особи або перебування на обліку Застрахованої особи у вищезазначених закладах, до початку дії Договору страхування, Договір вважається укладеним у відношенні до такої Застрахованої особи.

8.3. Умовами договору страхування можуть передбачатися також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству.

8.4. Рішення страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено страховальником у судовому порядку.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. У разі укладення Договору страхування Сторони дотримуються положень Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування», а також застосовних нормативно-правових актів, що регулюють правові відносини у сфері фінансових послуг, із застосуванням способів, не заборонених до застосування згідно з чинним законодавством.

9.2. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

9.3. Якщо форма Договору страхування паперова, то Договір складається в двох (трьох) ідентичних примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін (та Вигодонабувача, за наявності та вимоги щодо такого).

9.4. У разі недотримання письмової форми Договір страхування є нікчемним.

9.5. Договір страхування укладається на підставі заяви Страхувальника (усної або письмової).

9.5.1. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або Страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування.

9.6. Надання вказаної в п.9.10.13 здійснюється Страхувальником Страховику шляхом заповнення форм документів (декларацій, заяв, анкет, опитувальників, переліку Застрахованих осіб тощо) або іншим способом, погодженим Сторонами Договору страхування.

9.7. Страховий продукт, що пропонується клієнту, має відповідати вимогам та потребам клієнта у страхуванні. До укладення Договору страхування Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги цього клієнта у страхуванні.

9.8. З метою визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні Страховик (страховий посередник) може запропонувати клієнту заповнити заяву на страхування (заяву-анкету, заяву-опитувальник тощо) за встановленою Страховиком формою або в інший спосіб визначити потреби клієнта у страхуванні залежно від специфіки та складності страхового продукту та/або типу клієнта.

9.9. В Договорі страхування може бути передбачено, що окремі положення цього Страхового продукту не включаються в договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування, або умови договору страхування доповнюються іншими умовами за згодою сторін договору страхування, або ж умови договору страхування мають пріоритет над умовами даного Страхового продукту.

9.10. Договір страхування може бути укладений у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», вимог Цивільного кодексу України шляхом приєднання до Пропозиції однієї сторони укласти договір (Оферти) і прийняття Пропозиції (Акцепту) другою стороною. При цьому порядок та умови укладання визначаються в такому Договорі страхування. Якщо інший порядок надання пропозиції та прийняття пропозиції не встановлено Договором страхування, то:

9.10.1. Публічна частина Договору (Оферта) є пропозицією Страховика укласти Договір страхування в паперовій формі або у формі електронного документа. У випадку прийняття клієнтом Пропозиції в порядку, визначеному Офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами Оферти.

9.10.2. Прийняття Страхувальником Оферти здійснюється в цілому, Страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови Договору страхування.

9.10.3. Оферта може бути зроблена шляхом надсилання комерційного електронного повідомлення Страхувальнику, її розміщення на вебсайті Страховика/ Страхового посередника або інших інформаційно-телекомунікаційних системах та в цілому в мережі «Internet» та бути доступною для вільного ознайомлення з її змістом. Оферта може включати умови, що містяться в іншому електронному документі, шляхом скерування (відсилання) до нього.

9.10.4. Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування (прийняття) умов Оферти в електронній формі одним із вказаних нижче в цьому пункті способів, який вказано в Оферті Страховика:

- шляхом надсилання електронного повідомлення Страховику, підписаного в порядку, передбаченому п. 9.10.5 цих ЗУСП;
- шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття Оферти в електронній формі, що підписується в порядку, передбаченому п. 9.10.5 цих ЗУСП;
- шляхом вчинення дій, що вважаються прийняттям Оферти укласти Договір страхування в електронній формі, якщо зміст таких дій чітко роз'яснено в інформаційній системі Страховика/ Страхового посередника, в якій розміщено таку Оферту, і ці роз'яснення логічно пов'язані з нею.

9.10.5. Моментом підписання є використання:

- електронного підпису або кваліфікованого електронного підпису (електронного цифрового підпису) відповідно до Закону України «Про довірчі послуги», за умови використання засобу електронного підпису усіма сторонами електронного правочину;
- електронного підпису одноразовим ідентифікатором, визначеним Законом України «Про електронну комерцію»;
- власноручного підпису.

9.10.6. Для укладання Договору страхування клієнт, ознайомившись з Офертою (Пропозицією), ЗУСП та інформацією про фінансову послугу на вебсайті Страховика, надає Страховику інформацію, необхідну для укладання Договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для його ідентифікації та верифікації та надає згоду на обробку власних персональних даних. Інформація може бути надана через вебсайт Страховика, страхового посередника або іншим чином, за погодженням між клієнтом та Страховиком. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

9.10.7. Відповідно до обраних Страхувальником умов страхування та зазначених ним даних складається Акцепт (далі по тексту- Акцепт, Індивідуальна частина Договору, Сертифікат, Поліс) за зразком, встановленим Страховиком.

9.10.7.1. Для підписання Акцепту одноразовим ідентифікатором, Страховик надсилає клієнту SMS-повідомлення з одноразовим ідентифікатором на номер телефона, наданий клієнтом або електронну адресу. Перед підписанням Акцепту, клієнт зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Акцепту електронним підписом одноразовим ідентифікатором клієнт вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому полі та підтверджує його введення.

9.10.7.2. В якості підпису Страховика використовується кваліфікований електронний підпис (КЕП) особи, уповноваженої Страховиком / Страховим посередником на підписання договорів страхування, що відповідає вимогам чинного законодавства України. Страховик підписує Договір після того, як Договір буде підписаний Страхувальником.

9.10.8. Підписання Акцепту одноразовим ідентифікатором/ кваліфікованим електронним підписом / електронним цифровим підписом / власноручним підписом відповідно до статей 207, 638, 641,642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» є безумовним прийняттям умов Оферти, Договір вважається укладеним.

9.10.9. Після підписання Акцепту Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж одним із запропонованих Страховиком способів.

9.10.10. Після оплати страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування, на вказану Страхувальником адресу електронної пошти надсилається підписаний Страхувальником Акцепт та копія Оферти в електронній формі, які підтверджують укладення Договору.

9.10.11. Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування Страхувальника. Акцепт, підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

9.10.12. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним акцепту Оферти.

9.10.13. **Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику.** Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику перед укладенням договору страхування наступну інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування та/або про розмір страхової премії за договором страхування, а саме:

9.10.13.1. **обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):**

- а) загальна кількість Застрахованих осіб;
- б) сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);

- с) рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
- д) бажаний розмір страхового покриття (страхової суми на кожну Застраховану особу);
- е) перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- ф) перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);
- г) допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
- h) бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- і) бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- j) бажаний строк дії впродовж доби;
- к) бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування.

9.10.13.2. відомості про об'єкт страхування:

- а) прізвище, власне ім'я, по батькові Застрахованої особи;
- б) дата народження Застрахованої особи;
- с) місто та домашня адреса (повна адреса фактичного проживання) Застрахованої особи;
- д) документ, що посвідчує особу (серія, номер) Застрахованої особи;
- е) РНОКПП Застрахованої особи;
- ф) контактний телефон Застрахованої особи;
- г) електронна пошта за необхідності (для надсилання електронної картки Застрахованої особи);
- h) категорія Застрахованої особи;
- і) інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- j) декларація про стан здоров'я Застрахованої особи на вимогу Страховика;
- к) бажаний рівень Програми страхування для Застрахованої особи;
- l) чи встановлена I-II група інвалідності Застрахованої особи;
- м) чи визнана Застрахована в установленому порядку недієздатною;
- п) чи знаходиться Застрахована особа на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах; центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій;
- о) чи має застрахована особа ВІЛ-захворювання.

9.10.13.3. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, включаючи наявність такого інтересу у Застрахованої особи. Договір укладається з особами, які можуть бути Страхувальниками відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування, включаючи Застраховану особу) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Застраховану особу) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

9.11. При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

- здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування КЕП (УЕП (на період воєнного часу) уповноважених осіб;
- кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси;
- кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього КЕП (УЕП (на період воєнного часу));
- якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. За Класом 1:

10.1.1. За Договором не можуть бути застраховані:

10.1.1.1. інваліди 1-ої, 2-ої та 3-ої груп;

10.1.1.2. особи, які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи відповідно до класифікації МКХ (доброякісні та злоякісні пухлини головного та спинного мозку, пухлини хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа, спинного та головного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), демієлінізуючі захворювання нервової системи; вірусні інфекції центральної нервової системи, крім комариного та кліщового енцефалітів, гострого поліомієліту, сказу тощо);

10.1.1.3. особи, які страждають на будь-які психічні захворювання;

10.1.1.4. особи, які знаходяться на обліку у наркологічному та психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, хворі на СНІД.

10.1.1.5. Термін «Синдром Набутого Імунодефіциту» вживається в значенні особливо небезпечної інфекційної хвороби, що викликається вірусом імунодефіциту людини, СНІД - кінцева стадія ВІЛ-інфекції. «Синдром Набутого Імунодефіциту» включає ВІЛ-асоційовану енцефалопатію/ слабуумство/ та ВІЛ-асоційоване виснаження.

10.1.1.6. особи, визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку;

10.1.1.7. пілоти, екіпаж повітряних суден під час польотів.

10.1.2. Не визнаються страховими випадками події, які:

10.1.2.1. не обумовлені, як страховий випадок в Договорі;

10.1.2.2. відбулися до початку дії Договору чи після його закінчення;

10.1.2.3. обумовлені дією причин та обставин, що виникли до початку дії Договору;

10.1.2.4. відбулися поза вказаним в Договорі страхування місцем дії Договору;

10.1.2.5. сталися під час відбування покарання в місцях позбавлення волі.

10.1.3. Не визнаються страховими випадками події, якщо вони сталися внаслідок:

10.1.3.1. дій або бездіяльності Застрахованої особи/Страховальника, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного, токсичного або іншого сп'яніння;

10.1.3.2. самогубства або замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями інших, ніж Застрахована особа, третіх осіб (за умови підтвердження цього факту результатами дослідження компетентних органів);

10.1.3.3. навмисного спричинення Застрахованою особою або Страховальником / Вигодонабувачем Застрахованій особі травматичних ушкоджень;

10.1.3.4. керування Застрахованою особою або Страховальником / Вигодонабувачем будь-якими транспортними засобами, без законних на те підстав або передачі Застрахованій особі управління транспортним засобом особи, яка не має на те законних підстав або знаходилась в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння;

10.1.3.5. керування Застрахованою особою або Страховальником / Вигодонабувачем будь-яким транспортним засобом, під впливом медичних препаратів, застосування яких протипоказане (заборонено) при керуванні транспортним засобом;

10.1.3.6. порушення Застрахованою особою/ Страховальником / Вигодонабувачем правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху, які сприяли настанню страхового випадку із Застрахованою особою;

10.1.3.7. виконання Застрахованою особою робіт в небезпечних умовах праці, в тому числі за договором найму якщо інше не передбачено Договором;

10.1.3.8. свідомого знаходження в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю (про що зазначається в Договорі) або спробою врятування людського життя;

10.1.3.9. участі у змаганнях, заняття активними видами спорту, якщо інше не передбачено Договором;

- 10.1.3.10. заняття спортом на професійному рівні (включаючи змагання та тренування), якщо інше не передбачено Договором;
- 10.1.3.11. вчинення Страхувальником / Вигодонабувачем злочину проти життя та/або здоров'я Застрахованої особи, що призвів до настання нещасного випадку із Застрахованою особою;
- 10.1.3.12. споживання нехарчової продукції;
- 10.1.3.13. проходження будь-яких експериментальних, дослідних та/або діагностичних процедур;
- 10.1.3.14. виконання донорських функцій;
- 10.1.3.15. самолікування;
- 10.1.3.16. дій або бездіяльності Застрахованої особи під впливом медичних препаратів або після медичних втручань, які не призначені лікарем.
- 10.1.3.17. раптові та/або професійні хвороби або захворювання (в т.ч. грижі або внутрішні кровотечі);
- 10.1.3.18. загострення хронічного захворювання, інфекційного захворювання, за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту, та інших хвороб, що передаються через укуси тварин та комах, харчова токсикоінфекція, крім інших бактеріальних харчових отруєнь, що визначені в МКХ;
- 10.1.3.19. протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку.

10.1.4. Страховик не несе відповідальність, якщо нещасний випадок стався:

- 10.1.4.1. внаслідок впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання, хімічного і бактеріологічного зараження місцевості;
- 10.1.4.2. внаслідок та/або під час будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), змін воєнно-політичної обстановки, загрози застосування воєнної сили, воєнних конфліктів, збройних конфліктів, локальних війн, регіональних війн, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, заколоту, локаутів, бунту, путчу, повстання, революції, тероризму або будь-яких інших дій за політичними мотивами, конфіскації, примусового вилучення, реквізиції чи пошкодження за розпорядженням існуючого уряду чи будь-якого органу влади, а також арешту, чи іншого вилучення, здійснених правоохоронними чи іншими, уповноваженими на це органами (митними, прикордонними або іншими), введення надзвичайного або особливого стану, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 10.1.4.3. внаслідок та/або під час будь-якого роду дії або діяльності, що визначені як терористичний акт правозастосовуючим органом країни чи території, на якій мало місце такого роду дія/діяльність, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 10.1.4.4. внаслідок та/або під час використання будь-якої біологічної, хімічної зброї, ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, засобів ураження живої сили та/або майна, що випускається з артилерійської або іншої бойової зброї або яке скидається з борту повітряного/водного судна, якщо інше не передбачено умовами Договору .
- 10.1.4.5. Страховик не несе відповідальності у разі несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу усунення наслідків страхового випадку, який стався в період дії Договору страхування.
- 10.1.4.6. Визнання Застрахованої особи в судовому порядку без вісті відсутньою (зниклою) не визнається страховим випадком за виключенням, якщо таке зникнення сталося внаслідок нещасного випадку, що встановлено відповідними компетентними органами.
- 10.1.4.7. Не визнаються страховими випадками події, що сталися під час арешту, затримання, ув'язнення та/або проведення інших оперативно-слідчих дій, що визначені Кримінальним процесуальним кодексом України, Кодексом України про адміністративне правопорушення, крім випадків, коли таке затримання, арешт, визнані незаконними, або під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового утримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення.

10.2. **За Класом 2** винятки із страхових випадків та обмеження страхування викладено в Додатку № 2 до цих ЗУСП.

10.3. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) перелік винятки із страхових випадків та обмеження страхування.

10.4. Обмеження відповідно до санкцій та застереження про виключення:

згідно цього застереження, жоден Страховик не надає покриття і жоден Страховик не несе відповідальності за оплату будь-якого збитку або відшкодування, якщо у разі забезпечення такого покриття, оплати такого збитку або надання такого відшкодування до Страховика можуть бути застосовані будь-які санкції, заборони або обмеження відповідно до Рішень Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічні санкції, відповідно до будь-яких законів або нормативних актів щодо національних та міжнародних торгово-економічних санкцій.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Всі спори, пов'язані зі страхуванням за цими ЗУСП, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, з обов'язковим дотриманням досудового порядку врегулювання, а в разі недосягнення згоди – в судовому порядку відповідно до законодавства України.

11.2. Позов по вимогах, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в строк, передбачений чинним законодавством України.

11.3. Питання, що лишилися поза межами цих ЗУСП, регулюються чинним законодавством України.

12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

За Класом 1:

Для повідомлення про страховий випадок:

✓ 0 800 501 513 безкоштовно на території України

За Класом 2:

Відповідно до контактних даних Асистуючої компанії, яка буде Асистувати такий Договір

Для листування (поштових відправлень):

вул. Велика Васильківська, будинок 102, Київ, 03150

ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ,
що здійснюються по ушкодженню здоров'я внаслідок нещасного випадку

Таблиця 1.1

№	Травматичне ушкодження, інший розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (у % від страхової суми)
ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1.	Перелом кісток черепа:	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми:	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3.	Ушкодження головного мозку:	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 3 до 15 днів	3
	б) струс головного мозку при терміні лікування від 15 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10
	г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики)	50
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% від страхової суми, одноразово. 2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснена за одним з підпунктів, яким враховане найтяжче ушкодження. При ушкодженнях, вказані в різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
4.	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:	
	а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років	5
	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	10
	в) епілепсії	15
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	д) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
	е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції)	70
	з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	100

	<p>Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними у п. 4, виплачується за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3-х місяців з дня отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, яка була здійснена у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.</p> <p>2. У випадку, коли Страхувальником (Застрахованою особою) подані довідки стосовно лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється за Статтями 1-6 цієї Таблиці шляхом підсумовування.</p> <p>3. В разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями шляхом підсумовування.</p>	
5.	Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів	10
	<p>Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст.1 цієї Таблиці. Стаття 5 при цьому не застосовується.</p>	
6.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:	
	а) струс	5
	б) забій	10
	в) здавлений, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний перерив спинного мозку	100
	<p>Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата була здійснена згідно з підпунктами а), б), в), г) цієї статті, а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст. 4, які підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, то страхова виплата за ст. 4 здійснюється додатково до попередньої виплати.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, то додатково виплачується 15 % від страхової суми, одноразово.</p>	
7..	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів)	5
8.	Ушкодження перерив, поранення шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетіння	40
	в) перерив сплетіння	70
	<p>Примітка: 1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються.</p> <p>2. Невралгії, невропатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.</p>	
9.	Перерив нервів:	
	а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті;	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	20
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового.	25

	д) двох і більше: пахвового, ліктьового, середнього па рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	40
Примітка: ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кісті не дає підстав для отримання страхової виплати.		
ОРГАНИ ЗОРУ		
10.	Параліч акомодатції одного ока.	15
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).	15
12.	Звуження поля зору одного ока:	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13.	в) пульсуючий екзофтальм одного ока	20
14.	Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору:	
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема	5
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм	15
	в) опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки ока I ступеня	3
Примітки: 1. У випадку, якщо ушкодження, перелічені в ст. 14 цієї Таблиці призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20 цієї Таблиці. Стаття 14 при цьому не застосовується. 2. Якщо ж у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснювалася страхова виплата за ст. 14, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, то раніше виплачена сума утримується. 3. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.		
15.	Ушкодження слъозопровідних шляхів одного ока:	
	а) які не призвели до порушення функції слъозопровідних шляхів	5
	б) які призвели до порушення функції слъозопровідних шляхів	10
16.	Наслідки травми ока:	
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт	5
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот повіка, не видалені сторонні тіла у очному яблуці та тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та повік (за винятком шкіри)	10
Примітки: 1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16 цієї Таблиці, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільше тяжкого наслідку, одноразово. 2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше ніж через 3 місяця після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, які перелічені у статтях 10 - 13, 15 б), 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше ніж 50% за одне око.		
17.	Ушкодження ока (очей) , що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,01.	100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.	10
19.	Перелом орбіти.	10
20.	Зниження гостроти зору - розмір страхової виплати згідно Таблиці 2.2. цього Додатку.	
Примітки: 1. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймаються після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за статтями 14, 15 а) та 19 цієї Таблиці.		

2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого ока. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнює 1,0.
3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, то слід вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0.
4. У випадку, коли у зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована коригуюча лінза, то страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.

ОРГАНИ СЛУХУ ТА ОРГАНИ ДИХАННЯ

21.	Ушкодження вушної раковини, що призвели до:	
	а) переламу хряща	3
	б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини	5
	в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини	10
	г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини	30
Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати за ст. 21 (б, в, г) приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата здійснена за ст. 21, то ст. 58 не застосовується		
22.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5
	б) шепітна мова на відстані до 1 м	15
	в) цілковита глухота (розмовна мова - 0)	25
Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми слуху приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня одержання травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми за ст. 23, 24 а) цієї Таблиці (якщо є підстави) .		
23.	Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху.	5
	Примітки: 1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, то розмір страхової виплати визначається за ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується. 2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), то ст. 23 не застосовується.	
24.	Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:	
	а) гострого гнійного	3
	б) хронічного	5
Примітка. Страхова виплата за ст. 24 б) здійснюється додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-фахівцем через 3 місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми за відповідною статтею.		
25.	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки.	5
	Примітка. Якщо у зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа настане його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами лікарського огляду, то страхова виплата здійснюється за ст. 25 та ст. 58 (якщо є підстави застосування цієї статті) шляхом підсумовування.	
26.	Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:	
	а) з однієї сторони	5
	б) з обох сторін.	10

	<p>Примітки: 1. Пневмонія, яка розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (за винятком ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не дає підстав для здійснення страхової виплати.</p> <p>2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених ст. 26, страхова виплата за цією статтею виплачується додатково до ст. 28, ст. 29.</p>	
27.	Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до:	
	а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми)	10
	б) видалення долі, частини легені	40
	в) видалення однієї легені	60
	Примітка. При здійсненні страхової виплати за статтею 27 (б, в) стаття 27 а) не застосовується.	
28.	Перелом грудини.	5
29.	Перелом ребер:	
	а) одного ребра	5
	б) кожного наступного ребра	3
	<p>Примітки:</p> <p>1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати.</p> <p>3. Якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість ушкоджених ребер, то страхова виплата здійснюється з врахуванням більшого числа ребер.</p>	
30.	Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:	
	а) торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії	5
	б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини	15
	г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	10
	<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, то страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 27; стаття 30 при цьому не застосовується. Статті 30 та 26 одночасно не застосовуються.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найскладнішого втручання, одноразово.</p>	
31.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції	5
	Примітка. Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія), то додатково виплачується 5% від страхової суми.	
32.	Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:	
	а) слабкості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми	10
	б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми	20
	<p>Примітка. Страхова виплата за ст. 32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою за ст. 31. У випадку, якщо страхувальник (застрахована особа) в своїй заяві вказав, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, то необхідно отримати висновок спеціаліста по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 31.</p>	

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності	25
34.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності:	
	а) I ступеня	10
	б) II - III ступеня	25
Примітка. Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а).		
35.	Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу	20
	<p>Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерію, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктвові та променеві артерії, підключичні, підпахвові, стегнові та підколінні вени.</p> <p>2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста.</p> <p>3. Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми, встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченню 3-х місяців після травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за ст. 33, 35.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 10% від страхової суми.</p>	
ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ		
37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5
	б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
<p>Примітки:</p> <p>1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати.</p> <p>3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, величких кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово.</p>		
38.	Звичайних вивих щелепи.	10
	<p>Примітка. При звичному вивиху нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої за ст. 37, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної в період дії договору страхування, та протягом трьох років після неї. При рецидивах, звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.</p>	
39.	Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40
	б) щелепи	80
<p>Примітки: 1. При здійсненні страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості.</p>		

	<p>2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася пошкодженням інших органів ротової порожнини, страхова виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування.</p> <p>3. При здійсненні страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.</p>	
40.	Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, відмороження, що призвели до утворення рубців (незалежно від їх розміру)	3
41.	Ушкодження язика, що призвели до:	
	а) відсутності кінчика язика	10
	б) відсутності дистальної третини язика	15
	в) відсутності язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика	60
42.	Ушкодження зубів, що призвело до:	
	а) злам коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня), вивиху зуба	3
	б) втрата 1 зуба	5
	в) втрата 2-3 зубів	10
	г) втрата 4-6 зубів	15
	д) втрата 7-9 зубів	20
	е) втрата 10 і більше зубів	25
	<p>Примітки:</p> <p>1. При переломі чи втраті внаслідок травми зубів з нез'ємними протезами страхова виплата здійснюється з урахуванням втрати лише опорних зубів. При пошкодженні внаслідок травми змінні протезів страхова виплата не здійснюється.</p> <p>2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати, яка повинна бути здійснена, визначається за ст. 37 та ст.42 шляхом підсумовування.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата за ст. 42а, а в подальшому цей зуб був видалений, то із страхової виплати, яка повинна бути здійснена, вираховується раніше здійснена страхова виплата.</p> <p>5. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах за ст. 42. У випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.</p>	
43.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими пошкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунку, що не призвели до функціональних порушень.	5
44.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:	
	а) звуження стравоходу:	
	(I) першого ступеня	25
	(II) другого ступеня	30
	(III) третього ступеня	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми) , а також стан після пластики стравоходу	100
	<p>Примітка. Процент від страхової суми, який підлягає сплаті за ст. 44, визначається не раніше ніж через 6 місяців з дня травми. Раніше цього страхова виплата здійснюється попередньо за ст.43 і цей процент вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p>	
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:	

	а) холецистити, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту	5
	б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору	10
	в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності	25
	г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози	50
	д) протиприродного заднього проходу (колостоми)	100
	<p>Примітки: 1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах у ст. 45 (а, б, в), страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми, а передбачені в ст. 45 (г, д) - по закінченню 6 місяців після травми. Вказані ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється за ст. 43 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному підпункті статті, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням коленого з них шляхом підсумовування.</p>	
46.	Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої грижі.	10
	<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 46 здійснюється додатково до страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.</p> <p>2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.</p>	
47.	Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатозу	5
	б) печінкової недостатності	20
48.	Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:	
	а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура	15
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки	25
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура	35
49.	Ушкодження селезінки, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву селезінки, що потребував оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30
50.	Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечника, брижі, що призвели до:	
	а) утворення псевдокісти підшлункової залози	20
	б) резекції шлунку, кишечника, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунку	60
	<p>Примітка. При наслідках травми, які перелічені в одному підпункті, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	

51.	Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені:	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5
	б) лапаротомія при підозрі на пошкодження органів живота (в тому числі, з лапароскопією, лапароцентезом)	10
	в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	10
<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати за ст. 47 - 50, то ст. 51 (крім підпункту г) не застосовується.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється за відповідними статтями та ст. 51 в, одноразово.</p> <p>3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовивідної чи статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5%.</p>		
СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЄВА СИСТЕМИ		
52.	Ушкодження нирки, що призвели до:	
	а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання	5
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
53.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до:	
	а) циститу, уретриту	5
	б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу	10
	в) зменшення об'єму сечового міхура	15
	г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	25
	д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розм'ягчення), хронічної ниркової недостатності	30
	е) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів	40
<p>Примітки. 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, процент від страхової суми, що підлягає виплаті, визначається за одним з підпунктів ст. 53, що враховує найважчі наслідки ушкодження.</p> <p>2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в ст. 53 (а, в, г, д, е), здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3-х місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 52 або 55 а) і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p>		
54.	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості)	10
<p>Примітка: Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється за ст. 52 (б, в). Стаття 54 при цьому не застосовується.</p>		
55.	Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:	
	а) поранення, розрив	5
	б) зґвалтування особи у віці:	
	- до 15 років	50

	- від 15 до 18 років	30
	- від 18 років і старше	15
56.	Ушкодження статевої системи, що призвело до:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену	30
	в) втрати матки у жінок віком:	
	- до 40 років	50
	- від 40 до 50 років	30
	- від 50 і старше	15
	г) втрати статевого, члена, в тому числі разом з яєчками у чоловіків віком:	
	- до 50 років	80
- 50 років і старше	40	
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
57.	Ушкодження м'яких тканин голови, тулуба, кінцівок, які супроводжувалися кровотечею, для зупинки якою обов'язково треба провести ПХО рани (накладання швів, скоб, тощо)	
	а) рани розміром до 3 см	3
	б) рани розміром більше 3 см	5
<p>Примітки: 1. Якщо з пошкодженням м'яких тканин мали місце травмування кісток, в'язок, внутрішніх органів, судин чи інших тканин або органів, то виплата проводиться з урахуванням найбільш важкої травми.</p> <p>2. Якщо через 3 (три) місяці після травми виникли рубці, плями, то Застрахованій особі додатково роблять виплату згідно ст. 58-59</p>		
58.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:	
	а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 2 до 5 см	3
	б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 5 см і більше	5
	в) значного порушення косметичного вигляду	10
	г) різкого порушення косметичного вигляду	30
	д) спотворення.	70
<p>Примітки: 1. До косметична помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини. Спотворення - це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичний вигляд в тому чи іншому ступені.</p> <p>3. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була виплачена відповідна страхова виплата, а потім застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), страхова виплата проводиться знову з урахуванням наслідків повторної травми.</p>		
59.	Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоснення до утворення рубців площею або пігментних плям площею:	
	а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше	3
	б) від 5,0 кв. см до 0,5 % поверхні тіла	5
	в) від 0,5 % до 2,0 % поверхні тіла	10
	г) від 2,0 % до 4,0 % поверхні тіла	15
	д) від 4,0 % до 6,0 % поверхні тіла	20

	є) від 6,0 % до 8,0 % поверхні тіла	25
	ж) від 8,0 % до 10 % поверхні тіла	30
	з) від 10 % до 15 % поверхні тіла	35
	і) від 15 % та більше	40
	<p>Примітки: 1. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II -V п'ястих кісток (без урахування I пальця).</p> <p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p> <p>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), пункт 59 не застосовується.</p> <p>4. Рішення про проведення страхової виплати за статтями 58-59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхонь ран але не раніше ніж через 3 (три) місяці після травми.</p>	
60.	Опікова хвороба	10
	Примітки: страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.	
61.	Ушкодження м'яких тканин:	
	а) невидалені сторонні тіла	3
	б) м'язева грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см	5
	в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття ауто трансплантата, розрив м'язів	7
	<p>Примітки. 1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язевою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1 місяця з дня травми.</p> <p>2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом. 61 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p>	
ХРЕБЕТ		
62.	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка):	
	а) одного-двох;	20
	б) трьох-п'яти;	30
	в) шести і більше	40
63.	Розрив міжхребцевих зв'язок (при терміні лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка).	5
	Примітки: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.	
64.	Перелом остистого або поперекового відростка:	
	а) одного-двох	5
	б) трьох і більше	10
65.	Перелом крижів	10
66.	Ушкодження куприка:	
	а) підвивих куприкових хребців	3
	б) вивих куприкових хребців	5
	в) перелом куприкових хребців	10
	<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі, крижів та куприка) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.</p> <p>2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку,</p>	

страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування.

3. У випадку, коли внаслідок однієї травми станеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата проводиться за статтею, яка передбачує найважче ушкодження, одноразово.

ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ

67.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудино - ключичного зчленувань:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	5
	б) перелому двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці	10
	в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування г) незрощений перелом (псевдосуглоб)	15
Примітки: 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, рішення про проведення страхової виплати за ст. 58 приймається за результатами лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. 3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 6 місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.		

ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ

68.	Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки) :	
	а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча;	5
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;	10
	в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) перелоמו-вивих плеча;	15
69.	Ушкодження плечового поясу, що призвели до:	
	а) звичного вивиху плеча	15
	б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу)	20
	в) "бовтаючогося" плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	40
Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 69 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. 2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми. 3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3 років після первинного вивиху, що стався під час чинності договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилося його вправлення. В разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не проводиться.		

ПЛЕЧЕ

70.	Перелом плечової кістки:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15

	б) подвійний перелам	20
71.	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)	45
	<p>Примітки: 1. Страхова виплата за пункт 71 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 9 місяців після травми.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми.</p>	
72.	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:	
	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	80
	б) плеча на будь-якому рівні	75
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100
<p>Примітка: якщо страхова виплата проводиться за пункт 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>		
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:	
	а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	3
	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
	г) перелом плечової кістки	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.	20
<p>Примітка: у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 73, страхова виплата проводиться у відповідності з підпунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>		
74.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);	25
	б) "бовтаючогося" ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	40
<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 74 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченню 6 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.</p> <p>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>		
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
75.	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):	
	а) перелом, вивих однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30
<p>Примітки: Страхова виплата за ст. 76 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене</p>		

	довідкою цього закладу.	
77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляції ліктьовому суглобі	70
	в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. Якщо страхова виплата проводиться за ст. 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>		
ПРОМЕНЕВО ЗАП'ЯСТНИЙ СУГЛОБ		
78.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перілунарний вивих кисті	15
79.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі.	
	15	
<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променевозап'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевозап'ястного суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.</p>		
КИСТЬ		
80.	Перелом або вивих кісток зап'ястя, п'ясних кісток однієї кисті:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більше кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, перелоמו-вивих кисті	15
<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово.</p> <p>2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування</p>		
81.	Ушкодження кисті, що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променевозап'ястного суглоба	65
	в) ампутації єдиної кисті	100
<p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ясних кісток проводиться додатково за ст. 81а) у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 3 місяці від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.</p>		
ПАЛЬЦІ КИСТІ. ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ		

82.	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів пальця	3
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію.	5
Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.		
83.	Ушкодження пальця, що призвели до:	
	а) відсутності рухів в одному суглобі	10
	б) відсутності рухів у двох суглобах	15
Примітки: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції I пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.		
84.	Пошкодження пальця, що призвело до:	
	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	5
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги	10
	в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги)	15
	г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
	д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною	25
Примітка: якщо страхова виплата проведена за ст. 84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.		
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
85.	Ушкодження одного пальця, що призвело до:	
	а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів пальця	3
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію.	5
Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.		
86.	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у одному суглобі	5
	б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця	10
Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми, та підтверджена довідкою цього закладу.		
87.	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	3
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги	5
	в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг	10

	г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця	15
	д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її	20
	Примітки: 1. Якщо страхова виплата проведена за ст. 87, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться. 2. При ушкодженні декількох пальців в період чинності одного договору страхування страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті та 100 % для обох кистей.	
ТАЗ		
88.	Ушкодження таза:	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки	10
	в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань	15
	Примітка: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	
89.	Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:	
	а) у одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40
	Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться за ст. 89 додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою таза, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.	
НИЖНЯ КІНЦІВКА. ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
90.	Ушкодження тазостегнового суглоба:	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
	б) ізольований відрив вертела (вертелів)	10
	в) вивих стегна	15
	г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна	25
	Примітки: 1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата проводиться у відповідності до одного з підпунктів, який передбачає найважчі ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	
91.	Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:	
	а) відсутність рухів (анкілозу)	20
	б) незрощеного перелому шийки стегна	30
	в) ендопротезування	40
	г) "бовтаючогося" суглоба внаслідок резекції головки стегна	45
	Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у ст. 91, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою суглоба. 2. Страхова виплата за ст. 91 б) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення буде встановлено у лікувальному закладі, але не раніше як через 9 місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	
СТЕГНО		
92.	Перелом стегна:	
	а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина)	20

	б) подвійний перелом стегна	30
93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрошеного перелому	30
	<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.</p>	
94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:	
	а) однієї кінцівки	70
	б) єдиної кінцівки	100
	Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
КОЛІННИЙ СУГЛОБ.		
95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба:	
	а) гемартроз, вивих надколінника	3
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки малогомілкової кістки, пошкодження меніска	5
	в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування	10
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малогомілкової	15
	д) перелом відростків стегна, вивих гомілки	20
	є) перелом дистального метафіза стегна	25
	ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	30
	<p>Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з підпунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі	20
	б) "бовтаючогося" колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	30
	в) ендопротезування	40
Примітка: страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.		
ГОМІЛКА		
97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів):	
	а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15

	<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині.</p> <p>2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата проводиться за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97 шляхом підсумовування.</p>	
98.	Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів):	
	а) малогомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20
	<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 98 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переламом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтвержені довідкою цього закладу.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	
99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації гомілки на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляції в колінному суглобі	70
	в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
	<p>Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</p>	
ГОМІЛКОВОСТУПНЕВИЙ СУГЛОБ		
100.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:	
	а) перелом однієї щиколотки, пошкодження зв'язок (розрив, розтягнення), ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
	б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки	15
	<p>Примітки: 1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	
101.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:	
	а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі	20
	б) "бовтаючогося" гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його)	40
	в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі.	50
	<p>Примітка: якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в ст.101, страхова виплата проводиться за одним з підпунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок.</p>	
102.	Ушкодження ахіллового сухожилка:	
	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15

СТОПА		
103.	Ушкодження стопи:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка)	15
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. 2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.	
104.	Ушкодження стопи, що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток	15
	в) артродезпідтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка)	20
	г) ампутації нарівні плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи)	30
	д) ампутації нарівні плюсневих кісток або передплюсни	40
	є) ампутації нарівні таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи)	50
Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами 104 (а, б, в), проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, коли вони будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а за підпунктами (г, д, є) - незалежно від строку, що минув після травми.		
ПАЛЬЦІ СТОПИ		
105.	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків):	
	а) одного пальця, крім першого	3
	б) двох-трьох пальців або першого	5
	в) чотирьох пальців (II-V)	10
Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.		
106.	Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації першого пальця	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	10
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	10
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
	є) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	20
Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться. 2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.		

107.	Ушкодження, що призвело до:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостазу, тромбофлебіту, порушення трофіки	5
	в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту	10
<p>Примітки: 1. Стаття 107 застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6 місяців від дня травми (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів). При гематогенному остеомієліті страхова виплата проводиться після пред'явлення довідки ф. № 195.</p> <p>2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.</p>		
ВІДМОРОЖЕННЯ		
108.	Загальне охолодження організму (шок):	
	а) на повітрі	5
	б) на воді	10
109.	Відмороження в залежності від ступеня:	
	а) I ступеня	5
	б) II ступеня	10
	в) III ступеня	15
	г) IV ступеня	20
110.	Ускладнення при III- IV ступені відмороження:	
	1. Місцевого характеру:	
	а) ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнійна)	7
	б) ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, зміна тактильної чутливості)	10
	2. Загального характеру:	
	а) пневмонія	10
	б) сепсис	20
	в) емболія	10
	г) гострий міоглобінурійний невроз	10
	3. Відторгнення органу (ніс, вушні раковини, статевий член):	
	1) Часткове:	
	а) вушної раковини	10
	б) від 1/3 до 2/3 носу	20
	в) статевого члену	20
	2) Повне:	
	а) вуха	20
б) носу	30	
в) статевого члену	40	
ТЕРМІЧНІ ТА ХІМІЧНІ ОПІКИ*		
111.	Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12 % поверхні тіла	5
112.	Глибокі ушкодження (IIIБ, IV ступеня) на площі до 6% поверхні тіла	5
113.	Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10
114.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
115.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60		
ІНШІ НЕЩАСНІ ВИПАДКИ.		
116.	Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.	5

	Примітка: страхова виплата за пунктом 116 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.	
117.	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні:	
	а) 2 - 6 днів	5
	б) 7 -13 днів	7
	в) 14 і більше днів	10
	Примітка: якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 117, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова виплата за відповідними статтями Таблиці з урахуванням встановлених в них строків.	
118.	Страховий випадок, що стався з застрахованою особою в період чинності договору страхування, і не передбачений цією Таблицею, але при цьому вимагалось стаціонарне і (або) амбулаторне безперервне лікування в цілому не менше ніж 10 днів	3
Примітка: отримання внаслідок травми рани до 1 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.		

СПИСОК ВИЙНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

1. За Договором не можуть бути застрахованими особи, якщо інше не передбачено умовами Договору:

- 1.1. недієздатні фізичні особи за станом здоров'я;
- 1.2. ВІЛ-інфіковані особи та хворі на СНІД;
- 1.3. особи, які на дату укладання Договору проходять лікування з приводу злоякісного новоутворення;
- 1.4. інваліди I, II та III груп, дитина-інвалід, інвалід з дитинства;
- 1.5. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки, вірусні гепатити, окрім гепатиту А;
- 1.6. хворі, які проходять лікування на важкі нервові розлади, що супроводжуються парезами та паралічами з приводу інсультів, нейроінфекцій, тощо та які мають психічні розлади з приводу епілепсії, шизофренії, аутизму тощо;
- 1.7. хворі на системну склеродермію, системний червоний вовчак;
- 1.8. хворі на розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання;
- 1.9. хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями);
- 1.10. хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем;
- 1.11. особи, які мають тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо);
- 1.12. хворі на хронічну ниркову недостатність (з потребою в гемодіалізі);
- 1.13. хворі на туберкульоз (активна форма);

2. У разі встановлення у Застрахованої особи факту інвалідності або одного із захворювань, зазначених вище, до дати укладання Договору, про яку було замовчано або не зазначено Страхувальником/Застрахованою особою, Страховик відмовляє у організації надання медичної допомоги або страховій виплаті та Договір вважається неукладеним у відношенні до такої Застрахованої особи, із всіма наслідками передбаченими законодавством України.

3 ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

(якщо інше не зазначено в Договорі страхування)

3 1 Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань, а також заворювань, які етіологічно з ними пов'язані:

- | | | | |
|---|---|-----|---|
| 3 | 1 | 1 | Стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, що отримала Застрахована особа поза межами Території дії Договору та/або поза Строком дії Договору, в т.ч. захворювання, курс лікування яких був розпочатий до набуття чинності цим Договором. |
| 3 | 1 | 2 | Травми та/або захворювання, отримані Застрахованою особою внаслідок участі у несанкціонованих мітингах та демонстраціях, під час проходження військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, що потребують медичної допомоги. |
| 3 | 1 | 3 | Травми та/або захворювання, отримані Застрахованою особою внаслідок та/або під час: |
| 3 | 1 | 3 1 | впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання, хімічного і бактеріологічного зараження місцевості. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені; |

- 3 1 3 2 будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), змін воєнно-політичної обстановки, загрози застосування воєнної сили, воєнних конфліктів, збройних конфліктів, локальних війн, регіональних війн, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, заколоту, локаутів, бунту, путчу, повстання, революції, тероризму або будь-яких інших дій за політичними мотивами, конфіскації, примусового вилучення, реквізиції чи пошкодження за розпорядженням існуючого уряду чи будь-якого органу влади, а також арешту, чи іншого вилучення, здійснених правоохоронними чи іншими, уповноваженими на це органами (митними, прикордонними або іншими), введення надзвичайного або особливого стану;
- 3 1 3 3 будь-якого роду дії або діяльності, що визначені як терористичний акт правозастосовуючим органом країни чи території, на якій мало місце такого роду дія/діяльність;
- 3 1 3 4 використання будь-якої біологічної, хімічної зброї, ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, засобів ураження живої сили та/або майна, що випускається з артилерійської або іншої бойової зброї або яке скидається з борту повітряного/водного судна.
- 3 1 4 Лепра та захворювання, пов'язані з особливо небезпечними інфекціями згідно переліку, наведеному в [Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95](#) (за виключенням ГРВІ та грипу) незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами, а також швидкі тести на вірусні інфекції (в т.ч. на грип). Захворювання, внаслідок яких оголошено епідемію/ пандемію чи отримано рекомендації МОЗ та/або ВОЗ про проведення комплексу карантинних заходів.
- 3 1 5 Стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, що отримані внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння (отруєння).
- 3 1 6 Алкоголізм, наркоманія, токсикоманія та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони.
- 3 1 7 Стани обумовлені віковими змінами (клімакс, атрофічний кольпіт, сенільний дерматит тощо).
- 3 1 8 Діагностика та лікування професійних захворювань відповідно до висновку уповноваженої установи.
- 3 1 9 Наслідки отриманих травм, перенесених хірургічних операцій та захворювань, які призвели до паралічей (парезів), порушення психіки (нейроінфекції, ГПМК, тощо), що сталися до набуття чинності цим Договором.
- 3 1 10 Вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання, генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів.
- 3 1 11 Порушення та стани в гінекології/урології:
- 3 1 11 1 венеричні захворювання: гонорея, сифіліс, венеричний лімфогрануломатоз;
- 3 1 11 2 безпліддя (чоловіче та жіноче), порушенням менструального циклу, гіперпролактинемія, синдромом виснажених яєчників, аденомою простати, імпотенція, еректильні дисфункції, сексуальні дисфункції;
- 3 1 12 Хронічні ТОРЧ-інфекцій (код МКХ-10 P35 – P39) при підозрі на ці інфекції діагностика в цілому не здійснюється, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз).
- 3 1 13 ВІЛ-інфекція/СНІД, а також пов'язані з ними хвороби та інші імунодефіцитні стани.
- 3 1 14 Захворювання та травми внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф.

- | | | | |
|----------|----------|----|--|
| 3 | 1 | 15 | Захворювання та його ускладнення, які стали причиною встановлення групи інвалідності Застрахованій особі, у випадку встановлення групи інвалідності до початку укладання Договору страхування. |
| 3 | 1 | 16 | Психічні захворювання та невротичні розлади: неврози, астенії, епілепсія, психопатії, психоневрологічні та психосоматичні хвороби, розлади та стани (астено-невротичний, астено - депресивний, іпохондричний), синдром хронічної втоми, порушення мови та сну. |
| 3 | 1 | 17 | Захворювання печінки: гепатити (крім гепатиту А), гепатози, цироз печінки, стеатогепатит. |
| 3 | 1 | 18 | Дегенеративно-дистрофічні зміни та захворювання (кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, артроз тощо) в тому числі, захворювання суглобів та/або кінцівок (та їх наслідки): дегенеративні захворювання, артрози, нестабільність суглобів, синусити, тендосинусити, синовіти, проведення планового лікування (в тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст. Терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу терміном 5 діб в амбулаторних умовах. |
| 3 | 1 | 19 | Хвороби викликані порушеннями обміну речовин (сечокислий діатез, сечосольовий діатез, подагра, порушення кальцієвого, фосфорного обміну, ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, та інші), крім невідкладної допомоги. |
| 3 | 1 | 20 | Себорея будь-якого типу, порушення потовиділення, алопеція, ламкість нігтів. |
| 3 | 2 | | Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги) після постановки діагнозу наступних захворювань, а також захворювань, які етіологічно з ними пов'язані: |
| 3 | 2 | 1 | Хронічна ниркова недостатність з потребою в регулярному гемодіалізі та печінкова недостатність. |
| 3 | 2 | 2 | Злоякісні новоутворення, онкогематологія та інші онкологічні захворювання, туберкульоз, ендокринні захворювання в т.ч. цукровий діабет та їх ускладнення, які виникли до початку дії Договору. |
| 3 | 2 | 3 | Системні захворювання сполучної тканини, дегенеративні та демієлінізуючі захворювання нервової системи (розсіяний склероз, постінфекційні енцефаліти, лейкоцистоз, хвороба Альцгеймера тощо), а також стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч (ДЦП). |
| 3 | 2 | 4 | Залізодефіцитна анемія та інші захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою. |
| 3 | 2 | 5 | Діагностика та лікування захворювань та/або травм та інших розладів здоров'я (окрім швидкої невідкладної допомоги), отриманих в результаті дій Застрахованої особи невласливих щоденній життєвій та професійній діяльності, виконання Застрахованою особою будь-якого виду небезпечної роботи; занять професійними або аматорськими видами спорту такими як: автомобільний спорт, альпінізм, будь-який вид футболу, армспорт, багатоборства, бодібілдинг, будь-які види контактної боротьби, двоборств та багатоборств, веслування, воднолижний спорт, гирьовий спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, скелелазіння, баскетбол, важка та легка атлетика, велосипедний спорт, будь-які види веслування, гімнастика спортивна, кінний спорт, регбі, теніс, триатлон, фехтування, хокей, біатлон, бобслей, гірськолижний спорт, ковзанярський спорт, лижне двоборство, санний спорт (бобслей), сноубординг, стрибки на лижах з трампліна, фігурне катання на ковзанах, віндсерфінг, картинг, ралі, мотобол тощо. |
| 3 | 2 | 6 | А також заняття такими видами екстремального спорту як авто-мото спортом, крос-кантрі, спелеологією, кінним спортом, гірськими лижами, сноубордингом, дайвінгом тощо. |

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 7 | В межах цього Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях. |
| 3 | 2 | 8 | Хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартерит, хвороба Рейно тощо), крім ускладнень, що вимагають невідкладного хірургічного втручання (гострі тромбози, емболії). Мігрень, не залежно від форми та стадії розвитку нападу. |
| 3 | 2 | 9 | Захворювання та стани за випадками та опціями, які не включені до програми страхування (не позначені в Частині 1 "Специфікація" позначкою "так"). |

3 3 Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг:

- | | | | |
|---|---|----|---|
| 3 | 3 | 1 | Будь-які витрати, які виникли після закінчення строку дії Договору або після дострокового припинення дії договору по відношенню до конкретної Застрахованої особи. |
| 3 | 3 | 2 | Витрати на медичні послуги, не передбачені Договором страхування. |
| 3 | 3 | 3 | Проведення контрольних лабораторних та інструментальних досліджень (в т.ч. диспансерний нагляд), відтермінованих більше ніж на 30 днів з дати настання страхового випадку (першого звернення за таким випадком); |
| 3 | 3 | 4 | Витрати на лікувальний масаж в гострій фазі захворювання або в стадії загострення з гострим больовим синдромом. |
| 3 | 3 | 5 | Витрати на медичні послуги, одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані Страховиком або Асистуючою компанією медичних закладах або на умовах, що не передбачені Договором. |
| 3 | 3 | 6 | Витрати на подальше обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування. |
| 3 | 3 | 7 | Витрати на медичні довідки компетентних органів, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учбових/дитячих закладів, посвідчення водіїв, тести на про придатність, діагностика та лікування, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності, а також лікування захворювань за якими встановлена будь-яка група інвалідності, якщо інші умови не передбачено Програмою страхування. |
| 3 | 3 | 8 | Витрати на благодійні внески. |
| 3 | 3 | 9 | Операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (окрім ауто трансплантації), протезування, ендопротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів. |
| 3 | 3 | 10 | Операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції; |
| 3 | 3 | 11 | Косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури (окрім випадків, пов'язаних з травмуванням), в т.ч. риносептопластика (включаючи видалення гіпертрофії носових раковин), корекція ваги, інші маніпуляції, пов'язаними з усуненням косметичних дефектів. |
| 3 | 3 | 12 | Планові операції із використанням апарату штучного кровообігу та кардіохірургічні операції, операції на коронарних судинах (стенування, шунтування тощо). |
| 3 | 3 | 13 | Ліпідограма, окрім гострого інфаркту міокарду. |
| 3 | 3 | 14 | Операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показами), контрацепція, стерилізація, визначення гормонального стану, стерилізація. |

- | | | | |
|----------|----------|-----|---|
| 3 | 3 | 15 | Профілактичне, підтримуюче або санаторно-курортне лікування. |
| 3 | 3 | 16 | Лікування неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона. |
| 3 | 3 | 17 | Лікування функціональних порушень травлення (дисбактеріоз, дисбіоз, СПК (синдром подразненого кишківника), ДЖВШ (діскінезіяжовчо-вивідних шляхів), диспанкреатизм тощо). |
| 3 | 3 | 18 | Послуги косметолога, перукаря, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика (окрім Застрахованих осіб за опцією "Вагітність та пологи" у випадку медично обґрунтованої необхідності), психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата. |
| 3 | 3 | 19 | Гідроколонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобаричнаоксигенація, гіпокситерапія, перебування в барокамері. |
| 3 | 3 | 20 | Екстракорпоральні методи лікування окрім реанімаційних заходів: плазмофорез, плазмасорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез і т.п.. |
| 3 | 3 | 21 | Витрати на лікування методами альтернативної медицини (народної та нетрадиційної медицини) в т.ч. гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, склеродіагностика та склеротерапія, гірудотерапія, рефлексотерапія, біоенергетика, краніосакральна терапія, діагностика за методом Фолля та інші нетрадиційні методи діагностики та лікування, за винятком: голкорекфлектотерапії, мануальної терапії, лікування гомеопатичними та антигомотоксичними препаратами. |
| 3 | 3 | 22 | Операції за бажанням (не за медичними показниками). |
| 3 | 3 | 23 | Будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком. |
| 3 | 3 | 24 | Довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та інш.). |
| 3 | 3 | 25 | Виклик лікаря до дому без медичних показань. |
| 3 | 4 | | Страховик не організовує та не здійснює оплату медичних та інших послуг щодо лікування та діагностики (в т.ч. подальшої діагностики після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому) наступних захворювань: |
| 3 | 4 | 1 | Дерматологічні захворювання у т.ч. псоріаз, нейродерміт, екзема, сонячна опіки, акне, розоцея, atopічний дерматит, сікоз, вугрова хвороба, демодекоз, дисгідроз кистей та стоп, вугрова хвороба, мікози шкіри/нігтів та внутрішніх органів тощо. |
| 3 | 4 | 2 | Полікістоз яєчників, ендометріоз та дисплазія шийки матки, окрім станів, ускладнених кровотечею після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому), мастопатією. |
| 3 | 4 | 3 | Кольпіти, цервіцити, вульвовагініти, дисбіози/дисбактеріози, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології. |
| 3 | 4 | 4 | Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, кандидоз, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, цитомегаловірусна інфекція) після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому). |
| 3 | 4 | 5 | Лікування хронічного захворювання поза стадією загострення. |
| 3 | 4 | 6 | Планова медична допомога (госпіталізації, хірургічні операції). |
| 3 | 4 | 7 | Витрати на діагностику імунного статусу організму та/чи алергологічного профілю, в тому числі скарифікаційні проби, алергологічні панелі (крім алергопроб на антибіотики); витрати на імунологічні та імуно-серологічні дослідження, а також витрати на специфічну імунотерапію та корекцію імунітету. |
| 3 | 4 | 8 | Стоматологічне лікування захворювань та станів, з використанням методів, засобів та апаратів: |
| 3 | 4 | 8 1 | покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), |

				зубні пасти;
3	4	8	2	заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;
3	4	8	3	ортодонтія, в т.ч. брекет-системи, трейнери, капи тощо;
3	4	8	4	відбілювання зубів, інкрустація;
3	4	8	5	лікування зубів, слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту із застосуванням озону;
3	4	8	6	лікування тканин пародонту апаратом „Вектор” або його аналогами.
3	4	9		Лікування станів, пов'язаних з вагітністю, пологами та материнством, крім невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи, в т.ч. переривання вагітності за медичним призначенням та маткової кровотечі. Проведення нетрадиційних пологів (у воді, на дому тощо).
3	4	10		Гіпертонічної хвороби, вегетативними (нейроциркуляторними) дистоніями (ВСД, НЦД) та дисциркуляторними енцефалопатіями, окрім невідкладної допомоги при кризових станах в умовах стаціонару.
3	4	11		Лікування постковідного синдрому.
3	4	12		Доброякісні новоутворення (бородавки, папіломи, невуси, конділоми, ліпоми, фіброми, аденоми, хондроми, гемангіоми, поліпи та інше), за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст) та випадків, коли наявність неускладненого новоутворення заважає нормальному фізіологічному функціонуванню органів та систем.
3	4	13		Захворювання та стани опорно-рухової системи: порушення осанки, остеопороз, остеохондроз, кіфоз, сколіоз хребта, плоскостопість тощо.
3	4	14		Інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту, такі як гельмінтози та паразитарні захворювання (педикульоз, короста, демодекоз, глистяна інвазія, лямбліоз тощо), окрім педіатричної практики.
3	4	15		Захворювання та стани в офтальмології: короткозорість, далекозорість, астигматизм, катаракта, астенія, косіокість, глаукома, синдром «сухого ока», міопія, комп'ютерний синдром. Корегуванням гостроти зору (в т.ч. хірургічною, лазерною).
3	4	16		Алергічними захворюваннями та станами (вазомоторний та алергічний риніт, сінна лихоманка, кропив'янка, бронхіальна астма, тощо), окрім невідкладних станів, коли допомога надається до стабілізації стану.
3	5			Страховик не організовує та не оплачує медикаменти, товари медичного призначення, а саме:
3	5	1		Медичним та медикаментозним забезпеченням одного страхового випадку строком більше 30 днів, крім лікування критичних захворювань – період лікування яких визначено Програмою страхування.
3	5	2		Витрати на придбання:
3	5	2	1	більше 2 препаратів однієї фармакологічної групи за однією схемою лікування. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування при екстренній госпіталізації;
3	5	2	2	харчових добавок (БАДи), стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Вігор тощо);
3	5	2	3	вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів, окрім випадків, коли вони є етіологічним лікуванням захворювання.
3	5	2	4	хондропротекторів, крім випадків пов'язаних з переломами кісток та суглобів;
3	5	2	5	гепатопротекторів, крім випадків лікування гепатитів та в комплексі лікування антибіотиками;
3	5	2	6	статинів, коректорів рівня ліпідів в крові;

- 3 5 2 7 імуностимуляторів (L03, згідно АТХ класифікації), крім випадків на грип та ГРВІ середнього та важкого ступеня важкості, які супроводжуються температурою тіла вище 37,5°C;
- 3 5 2 8 вакцин, сивороток, антигенів, бактеріофагів, окрім вакцинації від правця та сказу за медичними показаннями в державних установах при наявності вакцини;
- 3 5 2 9 препаратів для запобігання вагітності;
- 3 5 2 10 препаратів для постійного приймання (гіпотензивні, цукрознижувальні тощо);
- 3 5 2 11 діагностичних реактивів, дезінфікуючих засобів, засобів санітарії та гігієни, інші товари медичного призначення, предмети догляду;
- 3 5 2 12 психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків;
- 3 5 2 13 препаратів ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол);
- 3 5 2 14 антитромботичних препаратів (B01, згідно АТХ класифікації), крім випадків екстреного стаціонарного лікування;
- 3 5 2 15 аналогів гонадотропін-релізінг гормону (L02A E, згідно АТХ класифікації);
- 3 5 2 16 гормональних препаратів, призначених в т.ч. з метою замісної терапії, окрім протизапальних; вартість інсуліну (крім випадків надання невідкладної допомоги при станах здоров'я, що загрожує життю Застрахованої особи та крім випадків підбору дози препарату при цукровому діабеті, що був вперше виявлений протягом строку дії договору (якщо дана Опція передбачена Програмою страхування));
- 3 5 2 17 препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків (що містять молочнокислі бактерії, дріжджі та біфідобактерії), окрім випадків, коли вони признані під час або після антибіотикотерапії, призначених дорослим та дітям та призначених дітям до 10 років включно для лікування дисбактеріозу;
- 3 5 2 18 ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні) коли вони призначені, як підтримуюча терапія. У випадку, коли данні медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання медикаментозна терапія даними препаратами є страховим випадком;
- 3 5 2 19 сольових розчинів і засобів для місцевого зволоження слизових (Аква Маріс, Аквазолін, Маример, Назомарін, Носоль, Носаль, Салін, Фізіомер, Хьюмер і подібні);
- 3 5 2 20 кислоти урсодезоксихолевої (A05A A02, згідно АТХ класифікації);
- 3 5 3 Витрати на медикаменти, придбані без призначення лікаря.
- 3 5 4 Вартість придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних візочків, комірців Шанца, бандажів, корсетів, еластичних бинтів (в т.ч. "Скотч-каст"), тощо), але пелюшки, операційне покриття, халати, маски, бахіли, медичні шапочки покриваються цим Договором в рамках «Стаціонарна допомога» та/або «Швидкої та невідкладної медичної допомоги».
- 3 5 5 Медичне обладнання та медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів, штучні водії ритму, кардіостимулятори, лікувальні та діагностичні медичні прилади, апарати, засоби медичного призначення, пристрої, медичне обладнання, та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенди, імпланти, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, болти, протези ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори, металоконструкції та обладнання для остеосинтезу та артроскопічних операцій в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення таких операцій), тунори, небулайзери, експлантати та проленові сітки для герніопластики, за винятком покриття проленових сіток при наданні невідкладної (швидкої) медичної допомоги.

3. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та цим ЗУСП.
4. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків та обмеження страхування визначається Договором страхування.