



## ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

### КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ УКРАЇНОЮ "МАНДРІВКА"

#### 1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1 Страховий продукт "Комплексне страхування подорожуючих Україною "Мандрівка" є стандартним (типовим), незмінним та однаковим для невизначеного кола осіб. Загальні умови страхового продукту "Комплексне страхування подорожуючих Україною "Мандрівка" є пропозицією-офертою (далі – **ЗУСП-Оферта**), яка задовольняє потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги, та одночасно має силу договору. При чому, договір є **публічним**, тобто, згідно ст.633 Цивільного кодексу України, його умови є однаковими для всіх споживачів. Крім цього, договір є **договором приєднання**, а відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України умови договору є стандартними і споживач може лише приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору.

1.2 Страхування за цими ЗУСП-Офертою здійснюється в межах **Класу страхування 1** "Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)" та **Класу страхування 18** "Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі" відповідно до Закону України "Про страхування" (далі – Закон), на підставі ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (Витяг Національного банку України із державного реєстру фінансових установ від 04.06.2024 р. щодо переліку фінансових послуг, які може надавати небанківська фінансова установа Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон" (далі – Страховик) а саме: "Діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання)" (далі – Витяг).

1.3 Положення цих ЗУСП-Оферти поширюються на Договори комплексного страхування подорожуючих Україною "Мандрівка", укладених з **дати затвердження** цих ЗУСП-Оферти по дату, яку зазначає Страховик в назві гіперпосилання на ЗУСП-Оферту на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет [http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni\\_umovy/mandrivka/](http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/mandrivka/) як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена, незалежно від строків дії таких Договорів.

1.4 Страховик в особі Голови Правління Кравченка Олега Олександровича, який діє на підставі Статуту, з однієї сторони, керуючись ст.ст.207, 633, 634, 641 та 642 Цивільного кодексу України, пропонує будь-якій фізичній особі з повною цивільною правоздатністю та дієздатністю, фізичній особі-підприємцю чи юридичній особі (далі – **Страховальник**) (далі – Сторони) укласти Договір комплексного страхування подорожуючих Україною "Мандрівка" з усіма невід'ємними його частинами у вигляді додатків (далі разом - **Договір**) на нижчевикладених умовах:

- a. у відповідності до статей 638, 642 Цивільного кодексу України, укладеним вважається Договір, якщо Сторони досягли згоди з усіх істотних умов Договору. Договір укладається шляхом пропозиції однієї Сторони укласти Договір і повним та безумовним прийняттям пропозиції (**акцептом**) другою Стороною. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили клієнт набуває статусу Страховальника.
- b. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. За згодою Сторін Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на підставі Заяви на страхування (далі – **Заява**) на умовах, визначених в Розділі 4 цих ЗУСП-Оферти. Страховальник несе відповідальність за достовірність відомостей, наведених в Заяві. Повноцінний Договір складається з двох частин:
  - першою складовою є індивідуальна частина, що укладається в двох примірниках українською мовою, що мають однакову юридичну силу – по одному для кожної зі Сторін (у разі укладання Договору у формі паперового документу);
  - другою складовою частиною є ці ЗУСП-Оферта.

1.5 Підписанням індивідуальної частини Договору відповідно до умов, передбачених ЗУСП-Офертою, Страховальник:

1.5.1 приймає (акцептує) ці ЗУСП-Оферту;

- 1.5.2 підтверджує та визнає, що до укладання Договору на виконання вимог законодавства України Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився:
- зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 - 5 ст. 7 Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії";
  - з інформацією про стандартний страховий продукт "Мандрівка", що розміщена на веб-сторінці Страховика за посиланням: [http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni\\_umovy/mandrivka/](http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/mandrivka/) у вигляді Інформаційного документу;
  - з інформацією, що передбачена ст.87 Закону України "Про страхування", в тому числі: про перелік послуг із страхування, що пропонуються Страховиком, про будь-які інші платежі, які клієнт зобов'язаний сплатити у разі укладання Договору; про вид винагороди, яку отримує працівник з реалізації, про порядок та умови її виплати тощо. Зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;
- 1.5.3 підтверджує, що вся вищезазначена інформація та всі умови Договору є зрозумілими, не містить двозначних формулювань; укладання Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;
- 1.5.4 на виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних" добровільно надає свою безумовну та безвідкличну згоду:
- на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та об'єкту страхування) з метою виконання Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним засобами зв'язку;
  - на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;
  - на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника.
- 1.6 Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Інформаційного центру Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту [info@etalon.ua](mailto:info@etalon.ua), адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12 або за посиланням [http://www.etalon.ua/off-line/press\\_centre/otziv/r.php](http://www.etalon.ua/off-line/press_centre/otziv/r.php). Порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду передбачений в Порядку звернень (скарг) споживачів, розміщений за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient>.

Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду.

Орган, що здійснює державне регулювання – **Національний банк України**. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Тел.: **0 800 505 240**. E-mail: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua), Web-сайт: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).

Орган з питань захисту прав споживачів – **Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів**. Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка, 1. Тел.: **(044) 279 12 70**. E-mail: [gu@dpss.gov.ua](mailto:gu@dpss.gov.ua), Web-сайт: [www.dpss.gov.ua](http://www.dpss.gov.ua)

## 2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

В цих ЗУСП-Оферті терміни та визначення вживаються в такому значенні:

**Асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, зазначеним в Договорі, на умовах, передбачених таким Договором.

**Асистуючі послуги** - допомога (послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій

Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором, та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

**Верифікація** - заходи, що вживаються Страховиком з метою перевірки (підтвердження) належності Страхувальнику отриманих Страховиком ідентифікаційних даних.

**Вигодонабувач** – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору. У разі смерті Застрахованої особи Вигодонабувачем є спадкоємець(ці) за законом, заповітом або спадковим договором; у разі втрати нею дієздатності – опікун; у разі розладу здоров'я – Застрахована особа (опікун – до досягнення нею повноліття).

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

**Гострий біль** – така реакція нервової системи людського організму на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

**Екстрена медична допомога** – комплекс медичних заходів, що направлений на усунення всіх гострих патологічних станів, що призводять до різкого погіршення здоров'я та становлять загрозу життю Застрахованої особи. Допомога вважається наданою, якщо загроза життю або здоров'ю Застрахованої особи усунена, і вона може бути виписана з лікувального закладу, або можлива її медична евакуація для подальшого лікування за місцем проживання. За надану в подальшому медичну допомогу (що розцінюється як планова), Страховик відповідальності не несе, і витрати, понесені Застрахованою особою, на медичні та медико-транспортні послуги не відшкодовує.

**Екстрене стаціонарне лікування (екстрена госпіталізація)** – лікування, що здійснюється при такому стані здоров'я Застрахованої особи, який характеризується основними ознаками й симптомами, здатними поставити під загрозу життя Застрахованої особи або привести її до інвалідності, якщо не буде терміново надана медична допомога в умовах стаціонару. Екстрена госпіталізація здійснюється з урахуванням вільних місць у стаціонарі й профілю захворювання.

**Загострення хронічного захворювання** – стадія перебігу хронічної хвороби, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових.

**Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

**Ідентифікація** – встановлення особи Страхувальника на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів, під час його звернення до Страховика з метою укладання договору страхування та/або отримання страхового відшкодування.

**Інформаційно-телекомунікаційна система** (далі - ІТС) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

**Медична допомога** здійснюється на базі лікувальних закладів України із муніципальною (комунальною), державною та відомчою формами підпорядкування. Надання медичної допомоги можливе також на базі комерційних закладів, але із урахуванням умов, передбачених цими ЗУСП-Офертою.

**Місце постійного проживання** – населений пункт, в якому особа проживає не менше 183 днів протягом календарного року.

**Невідкладна допомога** – комплекс медичних заходів, що надаються при станах, які загрожують життю та здоров'ю особи, та при яких у разі ненадання допомоги можливий смертельний наслідок або коли безпосередньої загрози немає, але такий стан може виникнути в будь-який час (підвищення температури вище 40°C у дорослих (39°C – у дітей), втрата або затемнення свідомості, судоми, біль у області серця, гострий біль в області живота, різке підвищення артеріального тиску, головний біль, який не знімається знеболюючими засобами, утрата чутливості, кровотеча, травма, неспинна блювота тощо).

**Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи.

До зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, отруйних комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Під **заподіянням шкоди життю, здоров'ю, працездатності внаслідок нещасного випадку** розуміють травматичне ушкодження здоров'я (травму, забій, рану, перелом, черепно-мозкова травму, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо, в т.ч. отримані внаслідок дії іншої особи), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу тощо); зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, тощо.

**Одноразовий ідентифікатор** – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує фізична особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

#### **Позначення кодів мети подорожі:**

**W – робота, фізична праця.** Страховий захист надається в т.ч. під час виконання виробничих та професійних обов'язків в галузях: будівництва, промисловості, транспорту, виробництва, видобування, сільського та комунального господарства, приватних домогосподарств.

**AT – активний відпочинок.** Страховий захист надається в т.ч. під час:

- заняття активними водними видами відпочинку (скутер, снорклінг, "банан" тощо);
- перебування на додаткових екскурсіях з активним відпочинком та підвищеним ризиком травматизму, пересування на тваринах, управління двоколісним транспортом (велосипед, моторолер) тощо;

**PS – професійний, екстремальний спорт.** Страховий захист надається в т.ч. під час:

- заняття будь-якими видами польотів в якості пілота чи пасажира, використовуючи дельтаплан, парашут, планер, парашут тощо, включаючи авіаспорт (за винятком здійснення Застрахованою особою рейсового польоту за вказаним маршрутом та за умови оплати вартості проїзду, а також за винятком здійснення Застрахованою особою роботи за наймом в якості пілота чи члена екіпажу повітряного транспорту);
- заняття дайвінгом (на глибину до 40 метрів), походами у гори на висоту до 3 000 метрів, полюванням, гірським велосипедним спортом, спелеотуризмом, джампінгом, стрибками з висоти тощо;
- участі в автомобільних та мотоспортивних заходах (включаючи випробувальні пробіги та ралі);
- участі у спортивних змаганнях та тренуваннях на аматорському та професійному рівні.

**WS – зимові види спорту.** Страховий захист надається в т.ч. під час заняття гірськолижним спортом, сноубордом, могулом, фрістайлом, катання на санах, ковзанах тощо.

"—" – **інша мета** подорожі, не зазначена вище: звичайний туризм (пляжний, екскурсійний), діловий туризм (не пов'язаний з фізичною працею) тощо.

**Програма страхування** – перелік лікувально-діагностичних, транспортних послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором.

**Страхова виплата** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

**Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

**Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі.

**Страховий премія (страховий внесок, страховий платіж)** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором.

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

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

**Страховий захист** – зобов'язання Страховика за Договором щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку.

**Строк дії Договору** – встановлений у Договорі строк. Протягом цього строку у Страховика може виникати обов'язок, у зв'язку з настанням страхового випадку, здійснити страхову виплату Застрахованій особі (Вигодонабувачу).

**Франшиза (безумовна)** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

**Хронічне захворювання** – захворювання особи, що виникло поступово і самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання, та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом, з періодами загострення та ремісії.

### 3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

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

3.2. **Об'єкт страхування:**

3.2.1 **За Класом 1** – життя, здоров'я, працездатність Страхувальника (Застрахованої особи);

3.2.2 **За Класом 18** - можливі збитки чи витрати, які може зазнати Страхувальник (Застрахована особа) у разі настання страхового випадку.

3.3. **Страховими випадками** є:

3.3.1. **За Класом 1** – отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або смерть Застрахованої особи внаслідок **нешасного випадку**, що стався під час подорожі територією України.

3.3.2. **За Класом 18** – здійснення Застрахованою особою, Асистуючою компанією або третьою особою непередбачених витрат, пов'язаних з наданням медичних та інших послуг Застрахованій особі у межах та в обсязі послуг та страхових сум (лімітів відповідальності), передбачених цими ЗУСП-Офертою та обраною Програмою страхування, у зв'язку зі зверненням під час дії Договору до Асистуючої компанії або медичного закладу через скрутне становище під час здійснення подорожі територією України, внаслідок **страхових ризиків**: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок настання нещасного випадку чи смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку.

3.4. В межах Класу 18 Страховик відшкодовує такі витрати **на медичні та інші послуги**, передбачені обраною Програмою страхування, що включає:

Медичні та інші послуги	програми страхування			
	A	B	C	D
НЕВІДКЛАДНА (швидка) допомога	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Екстрене СТАЦІОНАРНЕ лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Екстрене АМБУЛАТОРНЕ лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ні
Екстрена СТОМАТОЛОГІЧНА допомога	ТАК	ТАК	ні	ні
Медичне ТРАНСПОРТУВАННЯ	ТАК	ТАК	ні	ні
РЕПАТРИАЦІЯ останків	ТАК	ні	ні	ні

3.4.1. **Невідкладна (швидка) допомога**, що передбачає:

3.4.1.1. виїзд бригади швидкої медичної допомоги державного (комунального) або відомчого медичного закладу;

3.4.1.2. експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;

3.4.1.3. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

3.4.1.4. доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

Можливе надання невідкладної допомоги на базі комерційних медичних закладів у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії.

3.4.2. **Екстрене стаціонарне лікування** Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому медичному закладі допоки стан її здоров'я за рішенням лікаря не дозволить евакуувати її до місця постійного проживання. Екстрене стаціонарне лікування передбачає лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують термінового стаціонарного лікування, а саме:

3.4.2.1. консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;

3.4.2.2. консультативно-діагностичне обслуговування;

3.4.2.3. консервативне та оперативне лікування (оперативне лікування, що проводиться негайно або в найближчі години з моменту надходження у стаціонар);

3.4.2.4. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Страховик оплачує медичні витрати в зв'язку з екстреною госпіталізацією на термін, що не перевищує 14 (чотирнадцяти) календарних днів.

3.4.3. **Екстрене амбулаторне лікування** Застрахованої особи в державному (комунальному) або відомчому

медичному закладі, що передбачає термінове консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, а саме:

- 3.4.3.1. консультації спеціалістів, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- 3.4.3.2. проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- 3.4.3.3. проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- 3.4.3.4. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Можливе надання екстреної амбулаторної допомоги на базі комерційних медичних закладів (за виключенням закладів преміум рівня та брендів клінік, таких як: клініка "Медіком", МЦ "Добробут", Універсальна клініка "Оберіг", та інш.) у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних (комунальних) або відомчих медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії. При цьому застосовується франшиза 30% вартості отриманих послуг на кожний страховий випадок.

3.4.4. **Екстрена стоматологічна допомога**, що передбачає термінове терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій), пов'язані з:

- 3.4.4.1. гострим зубним болем;
- 3.4.4.2. травмами внаслідок нещасного випадку;
- 3.4.4.3. ремонтом зубних протезів, пов'язаним з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі.

Ліміт відповідальності Страховика на екстрену стоматологічну допомогу за Програмою А та Програмою В становить 1500 грн.

3.4.5. **Медичне транспортування** Застрахованої особи, що передбачає перевезення до медичного закладу відповідно до рішення лікуючого лікаря, а саме:

- 3.4.5.1. перевезення Застрахованої особи з одного до іншого спеціалізованого медичного закладу на території України, якщо цього вимагає стан її здоров'я;
- 3.4.5.2. медичну евакуацію Застрахованої особи до медичного закладу за місцем її постійного проживання (для громадян України) або до державного митного кордону України (для іноземців) у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування.

Рішення щодо транспортування та засобів транспортування Застрахованої особи мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Асистуючою компанією, після консультації з лікуючими лікарями.

3.4.6. **Репатріація останків** Застрахованої особи, що передбачає:

3.4.6.1. транспортування останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання (для громадян України) або до державного митного кордону України для передачі родичам (для іноземців) у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок непередбаченого гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку. Страховик не оплачує витрати на похорон і заупокійну службу; **або**

3.4.6.2. оплату Страховиком витрат на поховання Застрахованої особи на території місця тимчасового перебування. При цьому, такі витрати на поховання не повинні перевищувати вартості перевезення останків.

3.5. В межах Класу 1 розмір страхової виплати визначається таким чином:

- 3.5.1. у випадку **смерті** – 100% відповідної страхової суми;
- 3.5.2. у випадку **травматичних ушкоджень** – у розмірах, визначених у Таблиці 1 страхових виплат за травматичне ушкодження (Додаток 1 до цих ЗУСП-Оферти) відповідної страхової суми.

3.6. Якщо, при страхуванні від нещасних випадків, відбулось травматичне ушкодження і була здійснена страхова виплата, а надалі за наслідками цього ж нещасного випадку настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі, передбаченому п.3.5.1 цих ЗУСП-Оферти за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.

3.7. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що мав місце в період дії Договору, визнається страховим випадком протягом 6 (шести) місяців з дня настання такого нещасного випадку незалежно від дати закінчення строку дії Договору.

3.8. **Територія дії страхового захисту** - територія України, яка на момент настання страхового випадку не є тимчасово окупованою територією та на якій присутні та функціонують місцеві органи влади та органи правопорядку України.

3.9. **Строк дії Договору** - від 1 (одного) до 90 (дев'яносто) днів. Строк дії може становити 1 (один) рік для іноземців (нерезидентів). Строк дії зазначається в індивідуальній частині Договору.

3.9.1 Договір набирає чинності з дати, зазначеної у індивідуальній частині Договору як початок його дії, але не раніше 00 год. 00 хв. (за київським часом) дати, наступної за датою надходження страхового платежу в повному розмірі на рахунок Страховика або страхового посередника, та закінчується о 24 год. 00 хв. дати, що зазначена в Договорі як дата закінчення Договору, якщо інші обставини, передбачені Договором, не призвели до його дострокового припинення. Страховий платіж має бути сплачений одноразово до дати, зазначеної в індивідуальній частині Договору як кінцева дата сплати страхового платежу.

3.10. Розмір **страхової суми** визначається за кожним класом страхування за взаємною згодою між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору та зазначається в індивідуальній частині Договору.

3.11. **Страховий платіж** зазначається окремо за класом страхування в індивідуальній частині Договору.

## 4. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

### 4.1. Порядок укладання Договору у формі електронного документу.

4.1.1. Договір оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію".

4.1.2. Договір та інші документи на виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (надалі - електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова "укласти", "підписати", "надати", "передати", "вручити", які зустрічаються в тексті Договору, при використанні кваліфікованого електронного підпису (КЕП), удосконаленого електронного підпису (УЕП) (на період воєнного часу), або **одноразового ідентифікатору** (при укладанні Договору із фізичною особою) передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений за допомогою ІТС Страховика та/або через електронний документообіг.

#### 4.1.3. Порядок укладання Договору із Страхувальником - фізичною особою.

4.1.3.1 Для укладання Договору Страхувальник, попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою п. 1.5.2 цих ЗУСП-Оферти, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в усній формі:

– **повідомляє** представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг (далі – **представник Страховика**), інформацію про себе (прізвище, ім'я, по батькові, адресу реєстрації, дату народження, реєстраційний номеру облікової картки платника податку, номер (та за наявності - серія) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, номер мобільного зв'язку, адресу електронної пошти) та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;

– **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

– **надає** йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу до об'єкту страхування.

4.1.3.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору та формує проект його індивідуальної частини (надалі – Пропозиція), та надсилає її Страхувальнику засобами електронної комунікації. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати. Одночасно з Пропозицією, за допомогою ІТС Страховика, Страхувальнику надсилається **одноразовий ідентифікатор** на зазначений Страхувальником засіб електронного/мобільного зв'язку.

4.1.3.3 У відповідності до ст. 207, 633, 981 Цивільного кодексу України та ст. 11, 12, 13 Закону України "Про електронну комерцію" безумовним прийняттям (**акцептом**) Страхувальником Пропозиції Страховика укласти Договір вважається підписання індивідуальної частини Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

4.1.3.4 Страхувальник підтверджує свою згоду з умовами викладеними в Пропозиції та надає дозвіл на використання та обробку його персональних даних шляхом повідомлення представнику Страховика одноразового ідентифікатору. Представник Страховика перевіряє дані викладені в Пропозиції, після чого вносить отриманий ідентифікатор у спеціальне поле Договору в ІТС Страховика та активує/підтверджує його внесення. В результаті цього електронний підпис Страхувальника (одноразовий ідентифікатор) відображається в індивідуальній частині Договору.

4.1.3.5 Особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, підписує зі своєї сторони Договір шляхом накладання КЕП (УЕП), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання.

4.1.3.6 Підписана обома Сторонами індивідуальна частина Договору направляється Страхувальнику у формі електронного документу. Сторони домовилися, що відправка підписаної індивідуальної частини Договору у формі електронного документу є належним врученням Договору Страхувальнику. Дата, час, факт відправлення індивідуальної частини Договору Страхувальнику зберігається в електронній базі Страховика.

#### 4.1.4. Порядок укладання Договору із Страхувальником - юридичною особою.

4.1.4.1 Для укладання Договору Страхувальник (його уповноважена особа), попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою п. 1.5.2 цих ЗУСП-Оферти, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в усній формі:

– **повідомляє** представнику Страховика повне найменування, П.І.Б підписанта Договору, код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), місцезнаходження, реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка, дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, П.І.Б. та номер мобільного зв'язку контактної особи Страхувальника, адресу електронної пошти та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;

– **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

– **надає** йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення

Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу до об'єкту страхування.

4.1.4.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору, формує проект його індивідуальної частини (надалі – Пропозиція) та надсилає її Страхувальнику у вигляді електронного повідомлення. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати.

4.1.4.3 Страхувальник узгоджує умови, викладені в Пропозиції шляхом накладення на індивідуальну частину Договору **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання, та надсилає документи Страховику у вигляді електронного повідомлення.

4.1.4.4 Уповноважена особа Страховика зі свого боку підписує індивідуальну частину Договору **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу) та надсилає підписаний обома Сторонами примірник Договору Страхувальнику.

4.1.4.5 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.

4.1.4.6 На письмову вимогу Страхувальника копія індивідуальної частини Договору у формі електронного документу може бути відтворена на паперовому носії протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. Страховик здійснює вручення такої копії, завіреної підписом уповноваженого представника Страховика.

#### **4.1.5. Порядок укладання Договору у формі паперового документу.**

4.1.5.1 За цим Розділом діють п.п. 4.1.3.1, 4.1.4.1 цих ЗУСП-Оферти.

4.4.1 На підставі даних, отриманих в Заяві, Страховик приймає рішення про укладання Договору.

4.4.2 Договір укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін.

#### **4.2. Основні критерії, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику:**

– прізвища, імена, по-батькові Застрахованих осіб, реєстраційні номери облікових карток платників податків, адреса; серія та номер паспорту; дати народження;

– наявність інших чинних договорів страхування щодо об'єкту страхування;

– мета подорожі Страхувальника (Застрахованих осіб);

– строк дії страхового захисту.

– наявність/відсутність показань/протипоказань для здійснення подорожі, інформація щодо перенесення напередодні поїздки критичних захворювань;

– програма страхування;

– наявність ознак, передбачених п.12.1 цих ЗУСП-Оферти, які підпадають під обмеження страхування;

– кількість Застрахованих осіб;

– розмір страхової суми.

## **5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **5.1. Страхувальник має право:**

5.1.1. на етапі укладання і протягом дії Договору отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію та пояснення умов страхування, в т.ч. у письмовій формі;

5.1.2. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих ЗУСП-Оферти;

5.1.3. ініціювати внесення змін до Договору та на дострокове припинення дії Договору з письмовим повідомленням Страховику про причини такого рішення в порядку, передбаченому цими ЗУСП-Офертою та лише у випадках, передбачених частиною 2 ст. 634 Цивільного кодексу України. Заміна Застрахованої особи можлива лише до настання страхового випадку з такою Застрахованою особою за наявності письмової згоди Застрахованої особи, що замінюється та Страховиком;

5.1.4. у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката. Після видачі дубліката втрачений примірник Договору вважається недійсним і страхові виплати за ним не здійснюються;

5.1.5. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір.

### **5.2. Страхувальник зобов'язаний:**

5.2.1. сплачувати страхову премію у порядку і строки, встановлені Договором;

5.2.2. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (хронічні хвороби, їх загострення, висновки лікаря щодо наявності показань/протипоказань для здійснення подорожі у разі, якщо особа що планує подорож має вік старше 65 років,



перенесені напередодні поїздки критичні захворювання такі як: інфаркт, інсульт тощо), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;

5.2.3. проінформувати Застраховану особу про умови Договору, а також про її дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку;

5.2.4. **інформувати Застраховану особу про укладений на її користь Договір**, надати Застрахованим особам копію Договору для отримання ними медичної допомоги;

5.2.5. при укладенні Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, щодо об'єкта страхування за Договором;

5.2.6. в межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

5.2.7. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором;

5.2.8. сприяти Страховику в розслідуванні обставин настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);

5.2.9. у разі дострокового припинення дії Договору у будь-якому випадку повернути Страховику власний його примірник;

5.2.10. повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів Страховику отриману страхову виплату (або його відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності, виявиться така обставина, що за законом або за умовами Договору повністю або частково позбавляє Страхувальника (Вигодонабувача) права на страхову виплату;

5.2.11. дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам;

### **5.3. Застрахована особа має право:**

5.3.1. у разі настання страхового випадку, отримувати медичні та інші послуги належної якості в обсязі та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором та цими ЗУСП-Офертою;

5.3.2. повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;

5.3.3. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих ЗУСП-Оферти.

### **5.4. Застрахована особа зобов'язана:**

5.4.1. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором;

5.4.2. проходити лікування призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

5.4.3. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

5.4.4. у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;

5.4.5. достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я й існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

5.4.6. при наявності складного хронічного захворювання мати при собі та у разі необхідності пред'являти представнику Асистуючої компанії або Страховика медичний висновок лікаря про наявність такого захворювання та відсутність протипоказань для здійснення даної подорожі;

5.4.7. дотримуватись загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);

### **5.5. Страховик має право:**

5.5.1. перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником відомостей, іншу інформацію, надану Страхувальником, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику;

5.5.2. на зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими ЗУСП-Офертою;

5.5.3. направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

5.5.4. звертатися до Застрахованої особи з запитом щодо інформації та документів, які мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

5.5.5. приймати участь в роботі відповідної компетентної комісії з розслідування страхового випадку;

- 5.5.6. на проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок у разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування причин, обставин та наслідків страхового випадку, та якщо страховий випадок мав місце за обставин, з'ясувати які за наданими документами неможливо;
- 5.5.7. відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках, передбачених Договором страхування та Законом;
- 5.5.8. відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором;
- 5.5.9. вимагати повернення страхової виплати (компенсації фактично понесених витрат), що вже виплачена Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у разі виникнення відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих ЗУСП-Оферти;
- 5.6. Страховик зобов'язаний:**
- 5.6.1. ознайомити Страхувальника з цими ЗУСП-Офертою;
- 5.6.2. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором;
- 5.6.3. у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим;
- 5.6.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі збільшення страхової суми переукласти з ним Договір;
- 5.6.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону.

## **6. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

- 6.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.
- 6.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі **0,01%** від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.

## **7. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ**

- 7.1. Зміни до індивідуальної частини Договору в період його дії (зміни страхової суми, строку дії Договору тощо) здійснюються за згодою Сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору або переукладення Договору.
- 7.2. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається у кількості примірників Договору (у разі укладення Договору в формі паперового документу).
- 7.3. Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, письмово повідомити Страховика про зміну будь-яких обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії.
- 7.4. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до Договору або про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії Договору на попередніх умовах.
- 7.5. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у Договір Страховик має право на отримання від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу без зміни страхової суми за Договором.
- 7.6. Страхувальник, якому запропоновано змінити умови Договору, зобов'язаний протягом 5 (п'яти) календарних днів сплатити додатковий страховий платіж.
- 7.7. У випадку відмови Страхувальника внести зміни до Договору та сплатити додаткову страхову премію, Страховик має право достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до цих ЗУСП-Оферти та Закону.
- 7.8. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.
- 7.9. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 7.9.1 закінчення строку дії Договору;
- 7.9.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 7.9.3 ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону;
- 7.9.4 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 7.9.5 набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
- 7.9.6 виїзду Застрахованої особи на постійне місце проживання за межі України;
- 7.9.7 в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 7.10. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі ст. 105 Закону. Максимальна частка

Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору становить **60%** від страхової премії.

7.10.1. У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит.

7.10.2. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та 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.

## 8. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

- договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;
- випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором.

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

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

8.4. У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

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

9.1. Якщо під час здійснення подорожі на території України у Застрахованої особи виникне потреба в отриманні невідкладних медичних послуг, Застрахована особа зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, якщо цьому не перешкоджали об'єктивні причини:

9.1.1. **звернутися до Асистуючої компанії/Страховика** та отримати інформацію щодо подальших дій за телефоном, зазначеним у Договорі.

Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування або відповідний договір із Асистуючою компанією та обов'язково пред'явити Договір. В цьому разі повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту початку отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин (відсутність діючих засобів телефонного зв'язку; непритомний стан Застрахованої (за відсутності інших осіб, які могли б представляти її інтереси) не зв'язалася з Асистуючою компанією для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданих їй медичних та інших послуг, вона зобов'язана узгодити надані їй послуги та виставлений медичним закладом рахунок до моменту його оплати з Асистуючою компанією чи Страховиком протягом 24 годин після надання такої допомоги (послуг). В цьому випадку вступають в дію умови п.10.3 цих ЗУСП-Оферти. Якщо Застрахована особа протягом 24 годин не узгодила з Асистуючою компанією чи Страховиком надання таких медичних та медико-транспортних послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за цим випадком.

9.1.2. **повідомити Асистуючій компанії/Страховику:** точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон; назву Страховика, номер Договору; Програму страхування, строк дії Договору; прізвище та ім'я Застрахованої особи; опис події, що трапилася, та характер необхідної допомоги;

9.1.3. після звернення до Асистуючої компанії/Страховика виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій. За вимогою представника Асистуючої компанії/Страховика Застрахована особа повинна надати документи, що підтверджують її особу. У випадку неможливості дотримуватися рекомендацій Асистуючої компанії/Страховика щодо прибуття до медичного закладу чи виклику лікаря до Застрахованої особи – завчасно (до початку надання таких послуг) повідомити Страховика/Асистуючу компанію та скасувати замовлення таких послуг;

9.1.4. сприяти вжиттю Страховиком або Асистуючою компанією необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;

9.1.5. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

**10. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

10.1. Страховик здійснює страхову виплату в межах лімітів, передбачених Договором, за вирахуванням сум, відшкодованих: третіми особами; іншим страховиком за цим страховим випадком, якщо збитки застраховано у кількох страховиків на умовах, передбачених Договором.

10.2. Страхова виплата за цими ЗУСП-Офертою здійснюється шляхом:

10.2.1. перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який надав медичні, медико-транспортні послуги, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги;

10.2.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та медико-транспортних послуг у разі самостійної їх оплати, за умови попереднього узгодження з Асистуючою компанією або Страховиком такої оплати;

10.2.3. сплати Вигодонабувачу Застрахованої особи розміру виплати за розлад здоров'я чи смерть внаслідок нещасного випадку.

10.3. У випадках, передбачених п.п.10.2.2, 10.2.3 цих ЗУСП-Оферти страхова виплата здійснюється таким чином:

10.3.1. протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно п.10.5 цих ЗУСП-Оферти, Страховик складає страховий акт та приймає обґрунтоване рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті;

10.3.2. якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Застрахованою особою документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, що володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати **90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання останнього документа відповідно до п.10.5 цих ЗУСП-Оферти**;

10.3.3. страхова виплата здійснюється впродовж **7 (семи) робочих днів** з дня підписання страхового акта.

10.3.4. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом **7 (семи) робочих днів** з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (її Вигодонабувача, Страхувальника), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

10.4. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору, не може перевищувати відповідної страхової суми, визначеної ним. Якщо загальна сума виплат за страховими випадками досягла відповідної страхової суми, то дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи за відповідним видом страхування припиняється.

10.5. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана надати Страховику документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, його причини та розмір збитків:

10.5.1. оригінали таких документів:

- заява про страхову виплату;
- примірник Договору, що належить Страхувальнику (при укладенні Договору в паперовій формі);

10.5.2. оригінали (для копіювання) або належним чином посвідчені копії таких документів:

- внутрішній паспорт (свідоцтво про народження) Застрахованої особи;
- довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулася за страховою виплатою;
- висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на такий огляд працівниками відповідного органу Національної поліції або іншого компетентного державного органу) (оригінал);

10.5.3. у випадку надання медичних та медико-транспортних послуг Застрахованій особі додатково надаються:

- документи Асистуючої компанії щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причинами, що викликали захворювання, загальними висновками лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;
- оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- квитанції про оплату наданих медичних та медико-транспортних послуг;
- рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;
- чеки/квитанції про оплату придбаних медикаментів;
- оригінали проїзних документів;

10.5.4. при страхуванні від нещасних випадків:

- документ від компетентних органів, що підтверджує факт настання нещасного випадку (оригінал);
- у випадку тимчасової втрати працездатності: листок непрацездатності (або його копія, завірена підписом і печаткою), довідка медичного закладу або виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу);
- у випадку смерті: нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; для спадкоємців – копія свідоцтва про право на спадщину, засвідчена у встановленому законом порядку; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка медичного закладу про причину смерті.

- 10.6. Документи, що подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.
- 10.7. Документи, що перераховані у п.10.5 цих ЗУСП-Оферти, повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати особисто Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних та медико-транспортних послуг. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки. При цьому, отримувач страхової виплати повинен звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати необхідні документи у строк не пізніше 1 (одного) календарного року з дня настання страхового випадку.
- 10.8. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про можливість ненадання Страхувальником окремих документів, визначених п.10.5 цих ЗУСП-Оферти.
- 10.9. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані не в повному обсязі та/або в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей та/або порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідних документів.

## 11. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

- 11.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація дій такої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 11.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 11.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 11.1.4. одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;
- 11.1.5. несвоєчасна сплата або несплата страхового платежу в розмірі, зазначеному у Договорі;
- 11.1.6. невиконання Страхувальником, Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених цими ЗУСП-Офертою;
- 11.1.7. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;
- 11.1.8. отримання Застрахованою особою послуг, що не передбачені обраною Програмою страхування;
- 11.1.9. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;
- 11.1.10. неузгодження із Асистуючою компанією або із Страховиком розміру та порядку надання медичних та інших послуг без поважних на те причин. До переліку поважних (об'єктивних, незалежних від волі Застрахованої особи) причин, що призвели до неможливості вчасного повідомлення Страховика, належить: відсутність діючих засобів телефонного (стаціонарного або мобільного) зв'язку в місці перебування Застрахованої особи; непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси, а саме родичів Застрахованої особи, які подорожують разом із нею, або осіб, що є застрахованими за Договором);
- 11.1.11. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими ЗУСП-Офертою;
- 11.1.12. інші випадки, передбачені законом.

## 12. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. **Страхуванню** не підлягають будь-які особи віком понад 80 років, а також ті, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами І групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному, при страхуванні від нещасних випадків: наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом).

12.2. **Страховик не відшкодовує** витрати, пов'язані з:

- 12.2.1. вчиненням Застрахованою особою дій, в яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину;
- 12.2.2. будь-якими діями Застрахованої особи, здійсненими нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин, в т.ч. управління транспортним засобом, а також внаслідок передачі управління транспортним засобом особі, яка

перебуває у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

12.2.3. отруєнням Застрахованої особи, порушення свідомості (у тому числі внаслідок крововиливу у мозок, епілептичним випадком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи) або погіршення психічного стану Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, або інших речовин, що вживалися для сп'яніння, а також медикаментів, на які вимагається рецепт та які приймалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, що не мала на те відповідної кваліфікації, за виключенням випадків, коли вживання Застрахованою особою таких речовин сталося в результаті протиправних дій третіх осіб;

12.2.4. самогубством Застрахованої особи, замахом на самогубство або навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень, за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене;

12.2.5. прямою або опосередкованою дією ядерної зброї, енергії, радіації та/або радіоактивного забруднення;

12.2.6. скоєнням Застрахованою особою незаконного заволодіння та використання транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації) або будь-якій особі з будь-якою власною корисною метою та/або без дозволу адміністрації, будь-яким способом та всупереч їх волі;

12.2.7. події, що трапилися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, знаходженням під вартою, ув'язнення, а також затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінально-процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнане незаконними;

12.2.8. випадками звичайної життєдіяльності особи за місцем постійного проживання;

12.2.9. свідомим знаходженням в місцях, заздалегідь відомими як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя;

12.2.10. самолікуванням або іншим медичним втручанням, що здійснюється самою Застрахованою особою або іншими особами, які не мають медичної освіти та/або ліцензії (без медичного призначення лікаря);

12.2.11. лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не мала права керувати ним;

12.2.12. лікуванням хвороб, що передаються переважно статевим шляхом;

12.2.13. лікуванням будь-якої хвороби чи смертю, що спричинена СНІДом;

12.2.14. лікуванням та діагностикою доброякісних та злоякісних онкологічних захворювань, новоутворень, в т.ч. онкогематологічної природи, доброякісних захворювань (D10-D36), хвороб крові та кровотворних органів;

12.2.15. лікуванням та діагностикою хвороб ендокринної системи, діабету, туберкульозу, хвороб та патологій з'єднувальної тканини (ревматизмом, ревматоїдними артритами, і т.ін), хронічних хвороб серця, хронічної ниркової, печінкової недостатності, атеросклерозу, кардіосклерозу, енцефалопатії, виразкових колітів, хвороби Крона, подагри, хронічних хвороб судин: варикозне розширення вен будь-якої локалізації, хронічна венозна недостатність, геморої (крім невідкладних станів);

12.2.16. діагностикою та лікуванням вірусних гепатитів (крім гепатиту А), цирозу, гепатозу;

12.2.17. діагностикою та лікуванням вікових дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань (катаракта, глаукома, пневмосклероз, остеопороз, остеохондроз, сколіоз, кіфоз, лордоз, плоскостопість та ін.); при деформуючому остеоартрозі, остеохондрозі, синдромі хребтової артерії покриваються медикаменти та послуги по їх введенню, направлені виключно на зняття больового синдрому;

12.2.18. лікуванням захворювання чи травм, викликаних форс-мажорними обставинами: включаючи, але не обмежуючись прямою або опосередкованою дією військових та пов'язаних з ними ризиків та їх наслідків: війною, вторгненням, ворожими актами або військовими діями (незалежно від того оголошено війну чи ні), військовими маневрами, терористичними актами, громадянською війною, страйком чи громадським заворушенням; заколотом, військовим або народним повстанням, бунтом, революцією, громадським заворушенням у масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпацією влади, введенням військової влади або військового положення або стану облоги, або будь-якою подією або причиною, результатом якої стало оголошення військового положення або стану облоги; будь-яких військових маневрів, навчань або інших військових заходів, дії мін, торпед, бомб та/або інших знарядь війни, вибухових речовин;

12.2.19. захворюваннями, пов'язаними з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями (згідно з Наказом МОЗ України), незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;

12.2.20. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);

12.2.21. лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, пов'язаних з дією сонячного випромінювання;

12.2.22. лікуванням дерматитів (контактних, алергічних тощо), кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

12.2.23. лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок грубого порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками

Страхувальника, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);  
12.2.24. стихійними явищами та їхніми наслідками, несприятливими метеорологічними умовами за умови, що територія, на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною стихійного лиха.

12.3. **До страхових випадків не відносяться** і страхова виплата не здійснюється, якщо збитки Застрахованої особи, пов'язані з подією, що не обумовлена як страховий ризик чи випадок в цих ЗУСП-Оферті, та/або мала місце не під час строку дії Договору чи за межами території дії Договору.

12.4. **Страховик не визнає подію страховою** та не відшкодовує жодних витрат, якщо мета подорожі, зазначена в індивідуальній частині Договору (код мети подорожі), не відповідає фактичній меті подорожі станом на дату настання події.

12.5. **Страховик не відшкодовує** непрямі збитки, включаючи, але не обмежуючись моральну шкоду, шкоду, завдану репутації чи іміджу третьої особи, штрафи, пені або інші фінансові санкції, що не є прямим наслідком нанесеної шкоди третім особам.

12.6. **Додатково при страхуванні від нещасних випадків** не є страховим випадком:

12.6.1. смерть Застрахованої особи від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку;

12.6.2. розлади, стани, загострення хронічного захворювання, раптове захворювання, інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших хвороб, що передаються через укуси тварин та комах);

12.6.3. отруєння, порушення свідомості (у тому числі внаслідок крововиливу у мозок, епілептичним припадком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи) або погіршення психічного стану Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, або інших речовин, що вживалися для сп'яніння, а також медикаментів, на які вимагається рецепт та які приймалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, що не мала на те відповідної кваліфікації, за виключенням випадків, коли вживання Застрахованою особою таких речовин сталося в результаті протиправних дій третіх осіб.

12.7. **Страховик не відшкодовує** понесені витрати:

12.7.1. після того, як стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися до місця постійного проживання;

12.7.2. на отримання медичних та медико-транспортних послуг у випадках, що сталися під час поїздки (подорожі), яку було здійснено всупереч порадам лікуючого лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування;

12.7.3. на діагностику та послуги з усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції, трансплантацію органів та тканин;

12.7.4. на високотехнологічні операції та маніпуляції на серці та судинах, в т.ч. стентування, шунтування, ангіографію, ангіопластику, лікування ускладнень після таких операцій;

12.7.5. на проведення планового оперативного лікування (не термінові, відкладені операції) та консервативного лікування (повторні консультації, комплексну діагностику, перев'язки (окрім перших двох), маніпуляції в плановому порядку);

12.7.6. на послуги з хірургічної корекції зору, у т.ч. із застосуванням лазера; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології; планових хірургічних операцій ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти

12.7.7. на коригуюче або реабілітаційне лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших закладах;

12.7.8. на будь-яке протезування, в т.ч. забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі);

12.7.9. на стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків страхового випадку;

12.7.10. на транспланти, протези, ендопротези, імплантати та ряд інших аналогічних медичних виробів, а також витрати на придбання медичного устаткування, зорової оптики (окуляри, лінзи тощо), слухових апаратів та медичних виробів, призначених для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (термометри, протези, милиці, коляски тощо), їх ремонт або прокат, комірив Шанца, бандажів, еластичних бинтів, компресійного трикотажу, інгаляторних пристроїв (спейсер, небулайзер тощо) тощо, штучного водія ритму, клапанів та інших імплантатів при захворюваннях серця та судин (стеніти тощо), нервової та опорно-рухової систем (у т.ч. будь-які ортопедичні пристрої та/або металоконструкції для постійного чи тимчасового заміщення чи корегування структури або функції тощо);

12.7.11. на діагностику та лікування вроджених аномалій та хромосомних порушень, хронічних розладів, станів та захворювань, на вакцинації, імунізації, на медичні довідки та свідчення;

12.7.12. якщо вони пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності, за умови відсутності загрози для життя Застрахованої особи;

12.7.13. на обстеження і лікування, пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками, за умови відсутності загрози для життя Застрахованої особи;

- 12.7.14. на лікування в місці постійного проживання Застрахованої особи;
- 12.7.15. на лікування на території тимчасового перебування після дати, коли після висновку лікаря, призначеного Асистуючою компанією, медичне транспортування є можливим за медичними показаннями, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичного транспортування Застрахованої особи;
- 12.7.16. на лікування Застрахованої особи, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання;
- 12.7.17. на лікування психічних розладів, станів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;
- 12.7.18. на діагностику та лікування вроджених, хронічних розладів, станів, захворювань та хвороб, що почались ще під час перебування в місці постійного проживання Застрахованої особи, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;
- 12.7.19. на обстеження і лікування за допомогою методів недоказової медицини, а також медичні маніпуляції, що не відповідають затвердженим на Україні медичним стандартам;
- 12.7.20. на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Асистуючою компанією) чи перевищують необхідні;
- 12.7.21. якщо медичне транспортування Застрахованої особи здійснювалося з одного медичного закладу в інший без участі Асистуючої компанії або без попереднього погодження з ним чи зі Страховиком;
- 12.7.22. пов'язані з лікарською помилкою, неправильними або недостатніми медичними маніпуляціями;
- 12.7.23. на медичне транспортування, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки (подорожі).

### 13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 13.1. Спори, що виникають за Договором, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди справа передається на розгляд суду за місцем знаходження Страховика у порядку, передбаченому законодавством України.
- 13.2. Питання, не обумовлені Договором та цими ЗУСП-Офертою, регулюються законодавством України.

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

14.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, коли стало відомо про цю подію, інформувати Асистуючу компанію/Страховика відповідно до страхового ризику, що відбувся із Застрахованою особою, та повідомити про факт та обставини події, що може бути визнана страховим випадком за телефонами, **вказаними в індивідуальній частині Договору**, отримати та виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій.

14.2. Контактні дані Страховика:

**0 800 305 800** (цілодобово, безкоштовно по Україні з мобільних та стаціонарних телефонів);

**(044) 392 03 16**

Адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12.



Додаток №1 до Загальних умов страхового продукту  
"Комплексне страхування подорожуючих Україною "Мандрівка"

**ТАБЛИЦЯ 1 СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ЗА ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ**

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
<b>ТРАВМИ КІСТОК ЧЕРЕПА, НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ</b>		
<b>1</b>	<b><i>Перелом кісток черепа:</i></b>	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	<b>5</b>
	б) склепіння	<b>15</b>
	в) основи	<b>20</b>
	г) склепіння і основи	<b>25</b>
<b>2</b>	<b><i>Внутрішньочерепні травматичні гематоми:</i></b>	
	а) епідуральна	<b>10</b>
	б) субдуральна, внутрішньо мозкова	<b>15</b>
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	<b>20</b>
<b>3</b>	<b><i>Ушкодження головного мозку:</i></b>	
	а) струс головного мозку за терміну лікування від 3 до 13 днів	<b>3</b>
	б) струс головного мозку за терміну лікування 14 і більше днів	<b>5</b>
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	<b>10</b>
	г) невидалені сторонні тіла з порожнини черепа (крім шовного і пластичного матеріалу)	<b>15</b>
	д) розтрощення речовини головного мозку (без опису симптоматики)	<b>50</b>
<b><u>Примітки:</u></b>		
1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою виконувались оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.		
2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, наведені в одній статті, страхову виплату здійснюють за одним з підпунктів, у якому враховано найтяжче ушкодження.		
Уразі ушкоджень, наведених у різних статтях цього додатка, страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного з них через підсумовування.		
<b>4</b>	<b><i>Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:</i></b>	
	а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років	<b>5</b>
	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	<b>10</b>
	в) епілепсії	<b>15</b>
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	<b>30</b>
	д) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	<b>40</b>
	е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	<b>60</b>
	ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції)	<b>70</b>
	з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	<b>100</b>
<b><u>Примітки:</u></b>		
1. Страхову виплату у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними в цій статті, проводять за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у випадку, якщо їх встановлено лікувально-профілактичним закладом не раніше трьох місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу. При цьому страхову виплату здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи.		
Загальна сума страхової виплати не може перевищувати 100% страхової суми.		
2. У випадку, коли Застрахованою особою (Страховальником) подано довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, страхову виплату здійснюють за статтями 1, 2, 3, 5, 6 цього додатка і цієї статті через підсумовування.		
3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепномозкової травми, страхову виплату здійснюють з урахуванням цієї травми і зазначених ускладнень за відповідними статтями цього додатка шляхом підсумовування.		
<b>5</b>	<b><i>Периферичне ушкодження одного чи декількох черепномозкових нервів</i></b>	<b>10</b>
	<b><u>Примітка:</u></b> Якщо ушкодження черепномозкових нервів настало внаслідок перелому основи черепа, страхову виплату здійснюють згідно із статтею 1 цього додатка. Цю статтю в такому разі не застосовують.	
<b>6</b>	<b><i>Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, "кінського хвоста", поліомієліт, без зазначення симптомів:</i></b>	
	а) струс спинного мозку	<b>5</b>

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	б) удар спинного мозку	<b>10</b>
	в) здавлення спинного мозку, гематомієлія, поліомієліт	<b>30</b>
	г) частковий розрив спинного мозку	<b>50</b>
	д) повний розрив спинного мозку	<b>100</b>
	<b>Примітки:</b>	
	1. У випадку, коли страхову виплату було здійснено згідно з підпунктами а), б), в), г) цієї статті, а надалі виникли ускладнення, наведені в статті 4 цього додатка, що підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу, страхову виплату за статтею 4 цього додатка здійснюють додатково до виплаченої раніше.	
	2. Якщо у зв'язку із травмою хребта і спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково виплачують 15% страхової суми одноразово.	
<b>7</b>	<b>Травматичні неврити на одній кінцівці</b> (за винятком невритів пальцевих нервів)	<b>5</b>
<b>8</b>	<b>Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:</b>	
	а) травматичний плексит сплетення	<b>10</b>
	б) частковий розрив сплетення	<b>40</b>
	в) повний розрив сплетення	<b>70</b>
	<b>Примітки:</b>	
	1. Статті 7 та 8 цього додатка одночасно не застосовують.	
	2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для страхової виплати.	
<b>9</b>	<b>Розрив нервів:</b>	
	а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті руки	<b>5</b>
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променезап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів	<b>10</b>
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променезап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів	<b>20</b>
	г) одного: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового	<b>5</b>
	д) двох і більше: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового	<b>40</b>
	<b>Примітка:</b> Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи і кисті руки не дають підстав для страхової виплати.	
<b>ТРАВМИ ОРГАНІВ ЗОРУ</b>		
<b>10</b>	<b>Параліч акомодатії одного ока</b>	<b>15</b>
<b>11</b>	<b>Геміанопсія</b> (випадіння половини поля зору одного ока), <b>ушкодження м'язів очного яблука</b> (травматична косоокість, птоз, диплопія)	<b>15</b>
<b>12</b>	<b>Звуження поля зору одного ока:</b>	
	а) неконцентричне	<b>10</b>
	б) концентричне	<b>15</b>
<b>13</b>	<b>Пульсівний екзофтальм одного ока</b>	<b>20</b>
<b>14</b>	<b>Ушкодження ока, що не призвело до зниження гостроти зору:</b>	
	а) непроникне поранення очного яблука, гіфема	<b>3</b>
	б) проникне поранення очного яблука, опіки II - III ступенів, гемофтальм	<b>5</b>
	<b>Примітки:</b>	
	1. Опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для страхової виплати.	
	2. У випадку, коли ушкодження, наведені в цій статті, спричинять зниження гостроти зору, страхову виплату здійснюють відповідно до статті 20 цього додатка. Цю статтю в такому разі не застосовують. Якщо у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснено страхову виплату згідно з цією статтею, а надалі травма спричинила зниження гостроти зору і це дає підставу для страхової виплати більшого розміру, то таку виплату зменшують на раніше виплачену суму.	
	3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для страхової виплати.	
<b>15</b>	<b>Ушкодження слъзовідвідних шляхів одного ока:</b>	
	а) що не призвели до порушення функції слъзовідвідних шляхів	<b>5</b>
	б) що призвели до порушення функції слъзовідвідних шляхів	<b>10</b>
<b>16</b>	<b>Наслідки травми ока:</b>	
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт	<b>5</b>

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми																																																																																																																																																																								
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильне зростання вій), заворот віка, невідалені сторонні тіла в очному яблуці та на тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та вік (крім шкіри) <b>Примітки:</b> 1. Якщо внаслідок однієї травми настане декілька патологічних змін, наведених у цій статті, страхову виплату здійснюють з урахуванням найтяжчого наслідку одноразово. 2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше, ніж через три місяці після травми ока встановить, що сталися патологічні зміни, зазначені у статтях 10, 11, 12, 13, 15б), 16 цього додатка і зниження гостроти зору, то страхову виплату здійснюють з урахуванням усіх наслідків через підсумовування, але не більше 50% за одне око.	<b>10</b>																																																																																																																																																																								
17	<b>Ушкодження ока (очей), що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, що мали зір не нижче 0,01</b>	<b>100</b>																																																																																																																																																																								
18	<b>Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока</b>	<b>10</b>																																																																																																																																																																								
19	<b>Перелом орбіти ока</b>	<b>10</b>																																																																																																																																																																								
20	<b>Зниження гостроти зору</b> <table border="1" data-bbox="608 663 1517 1144"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="11">Гострота зору <u>до</u> нещасного випадку</th> </tr> <tr> <th>1,0</th> <th>0,9</th> <th>0,8</th> <th>0,7</th> <th>0,6</th> <th>0,5</th> <th>0,4</th> <th>0,3</th> <th>0,2</th> <th>0,1</th> <th>нижче 0,1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">Гострота зору <u>після</u> нещасного випадку</td> <td>0,9</td> <td>3</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,8</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,7</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,6</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,5</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,4</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,3</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,2</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0,1</td> <td>30</td> <td>30</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>нижче 0,1</td> <td>40</td> <td>40</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>25</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>			Гострота зору <u>до</u> нещасного випадку											1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	нижче 0,1	Гострота зору <u>після</u> нещасного випадку	0,9	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,7	5	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,6	10	5	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–	0,5	10	10	10	5	5	–	–	–	–	–	–	–	0,4	10	10	10	10	5	5	–	–	–	–	–	–	0,3	15	15	15	10	10	5	5	–	–	–	–	–	0,2	20	20	20	15	10	10	5	5	–	–	–	–	0,1	30	30	30	20	15	10	10	5	5	–	–	–	нижче 0,1	40	40	40	30	20	15	15	10	10	10	–	–	0	50	50	50	40	25	20	20	20	20	20	20	20	
				Гострота зору <u>до</u> нещасного випадку																																																																																																																																																																						
		1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	нижче 0,1																																																																																																																																																														
Гострота зору <u>після</u> нещасного випадку	0,9	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,8	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,7	5	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,6	10	5	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,5	10	10	10	5	5	–	–	–	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,4	10	10	10	10	5	5	–	–	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,3	15	15	15	10	10	5	5	–	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,2	20	20	20	15	10	10	5	5	–	–	–	–																																																																																																																																																													
	0,1	30	30	30	20	15	10	10	5	5	–	–	–																																																																																																																																																													
	нижче 0,1	40	40	40	30	20	15	15	10	10	10	–	–																																																																																																																																																													
0	50	50	50	40	25	20	20	20	20	20	20	20																																																																																																																																																														
	<b>Примітки:</b> 1. Рішення про страхову виплату у зв'язку зі зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймають після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа звертається до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків перенесеної травми. В таких випадках можна заздалегідь здійснювати страхову виплату з урахуванням факту травми за статтями 14, 15а), 19. 2. Якщо даних про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми немає, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижчою за ушкоджене, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока становила 1,0. 3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока і даних про гостроту зору до травми немає, слід умовно вважати, що гострота зору становила 1,0. 4. У випадку, коли у зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору імплантовано штучний кришталик або застосовано коригувальну лінзу, страхову виплату здійснюють з урахуванням гостроти зору до операції. 5. До повної сліпоти (0,0) прирівнюється гострота зору нижча за 0,01. 6. У разі видалення в результаті травми очного яблука з невтраченим до нещасного випадку зором, а також у випадку його зморщування виплачують 10% страхової суми.																																																																																																																																																																									
<b>ТРАВМИ ОРГАНІВ СЛУХУ</b>																																																																																																																																																																										
21	<b>Ушкодження вушної раковини, що призвели до:</b> а) перелому хряща б) позбавлення до 1/3 частини вушної раковини в) позбавлення 1/3 – 1/2 частини вушної раковини г) позбавлення понад 1/2 частини вушної раковини <b>Примітка:</b> Рішення про страхову виплату згідно з підпунктами б), в), г) цієї статті приймають на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхову виплату здійснено згідно з цією статтею, статтю 58 цього додатка не застосовують.	<b>3</b> <b>5</b> <b>10</b> <b>30</b>																																																																																																																																																																								
22	<b>Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:</b> а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м б) шепітна мова – до 1 м	<b>5</b> <b>15</b>																																																																																																																																																																								

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	в) цілковита глухота (розмовна мова - 0) <b>Примітка:</b> Рішення про страхову виплату у зв'язку зі зниженням слуху внаслідок травми приймають після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня одержання травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа звертається до лікаря-оториноларинголога для визначення наслідків перенесеної травми. В таких випадках можна заздалегідь здійснити страхову виплату з урахуванням факту травми відповідно до умов цієї статті та підпункту а) статті 24 цього додатка (якщо є підстави).	<b>25</b>
<b>23</b>	<b>Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми і не призвів до зниження слуху</b> <b>Примітки:</b> 1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, страхову виплату розраховують відповідно до статті 22 цього додатка. Цю статтю в такому випадку не застосовують. 2. Якщо розрив барабанної перетинки настав унаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), статтю 23 не застосовують.	<b>5</b>
<b>24</b>	<b>Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:</b> а) гострого отиту б) хронічного отиту <b>Примітка:</b> Страхову виплату згідно з підпунктом б) цієї статті здійснюють додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено лікаря-оториноларинголога через три місяці після травми. Раніше цього строку страхову виплату з урахуванням факту травми здійснюють за відповідною статтею цього додатка.	<b>3</b> <b>5</b>
<b>ТРАВМИ ОРГАНІВ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ</b>		
<b>25</b>	<b>Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки</b> <b>Примітка:</b> якщо у зв'язку з травмою хряща носа станеться його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами лікарського огляду, страхову виплату здійснюють згідно із цією статтею та статтею 58 цього додатка (якщо є підстави для застосування цієї статті) через підсумовування.	<b>5</b>
<b>26</b>	<b>Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:</b> а) з одного боку б) з обох боків <b>Примітки:</b> 1. Пневмонія, що розвинулась в період лікування травми або після оперативного втручання з приводу травми (крім ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не дає підстав для страхової виплати. 2. Якщо переломи ребер, груднини призвели до ускладнень, передбачених у цій статті, страхову виплату за цією статтею здійснюють додатково до виплат, передбачених статтями 28, 29 цього додатка.	<b>5</b> <b>10</b>
<b>27</b>	<b>Ушкодження грудної клітки та її органів, що спричинило:</b> а) легеневу недостатність (після трьох місяців від дня травми) б) видалення частки, частини легені в) видалення однієї легені <b>Примітка:</b> У разі страхової виплати згідно з підпунктами б), в) цієї статті підпункт а) цієї статті не застосовують.	<b>10</b> <b>40</b> <b>60</b>
<b>28</b>	<b>Перелом груднини</b>	<b>5</b>
<b>29</b>	<b>Перелом ребер:</b> а) одного ребра б) кожного наступного ребра <b>Примітки:</b> 1. У разі перелому ребер під час реанімаційних заходів страхову виплату здійснюють на загальних умовах. 2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для проведення страхової виплати. 3. Якщо в довідках різних лікувально-профілактичних закладів буде вказано різну кількість пошкоджених ребер, страхову виплату здійснюють з урахуванням більшої кількості поламаних ребер.	<b>5</b> <b>3</b>
<b>30</b>	<b>Проникні поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:</b> а) торакоскопія, торакоцентез, проникні поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії б) без ушкодження органів грудної порожнини в) у разі ушкодження органів грудної порожнини	<b>5</b> <b>10</b> <b>15</b>

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості) <b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, страхову виплату здійснюють відповідно до статті 27 цього додатка, цю статтю в такому випадку не застосовують. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проведено торакоскопію, тораконцентез, торакотомію, страхову виплату здійснюють з урахуванням найскладнішого втручання одноразово.	<b>10</b>
<b>31</b>	<b>Ушкодження гортані, трахеї, щитоподібного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не призвели до порушення функцій</b> <b>Примітка:</b> Якщо у зв'язку з травмою проведено бронхоскопію, трахеостомію (трахеотомію) додатково виплачують 5% страхової суми.	<b>5</b>
<b>32</b>	<b>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитоподібного хряща, трахеотомія (трахеотомія),</b> проведена у зв'язку з травмою, які спричинили: а) осиплість або втрату голосу, застосування трахеостомічної трубки не менше ніж три місяці після травми б) втрату голосу, застосування трахеостомічної трубки не менше, ніж шість місяців після травми	<b>10</b> <b>20</b>
	<b>Примітка:</b> Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати, яку здійснено у зв'язку з травмою згідно зі статтею 31 цього додатка. У випадку, коли Застрахована особа у своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, необхідно одержати висновок фахівця після закінчення трьох місяців після травми. Раніше цього строку страхову виплату здійснюють згідно зі статтею 31 цього додатка.	
<b>ТРАВМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ</b>		
<b>33</b>	<b>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не призвели до серцево-судинної недостатності</b>	<b>10</b>
<b>34</b>	<b>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності:</b> а) I ступеня б) II-III ступенів	<b>10</b> <b>25</b>
	<b>Примітки:</b> 1. Великі магістральні судини - це аорта, легенева, безіменна, сонна артерії, внутрішні яремні вени, верхня та нижня порожнисті вени, ворітна вена, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. 2. Якщо в довідці лікувального закладу не вказано ступеня серцево-судинної недостатності, страхову виплату здійснюють згідно із підпунктом а) цієї статті.	
<b>35</b>	<b>Ушкодження великих периферичних судин, що не призвели до порушення кровообігу, на рівні:</b> а) плеча, стегна б) передпліччя, гомілки	<b>10</b> <b>5</b>
<b>36</b>	<b>Ушкодження великих периферичних судин, що призвели до судинної недостатності</b> <b>Примітки:</b> 1. Великі периферичні судини – це підключичні, пахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні та задні великогомілкові артерії; плечеголовні, підключичні, підпахвові, стегнові й підколінні вени. 2. Якщо Застрахована особа в своїй заяві вказала, що травма спричинила порушення функції серцево-судинної системи, слід одержати висновок спеціаліста. 3. Страхову виплату згідно зі статтею 34 цього додатка та цією статтею здійснюють додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми встановлено у лікувально-профілактичних закладах після закінчення трьох місяців після травми, та підтверджено довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплату здійснюють згідно зі статтями 33 та 35 цього додатка. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин виконано операції зі встановлення кров'яного руслу, додатково виплачують 10% страхової суми.	<b>20</b>
<b>ТРАВМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ</b>		
<b>37</b>	<b>Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:</b> а) перелом однієї кістки, вивих щелепи б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	<b>5</b> <b>10</b>
	<b>Примітки:</b>	

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	1. У разі перелому щелепи, що стався випадково під час стоматологічних маніпуляцій, страхову виплату здійснюють на загальних умовах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що стався у разі втрати зубів, не дає підстав для страхової виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелепи, виличних кісток виконано оперативне втручання, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово.	
38	<b>Звичний вивих щелепи</b> <b>Примітка:</b> у разі звичного вивиху нижньої щелепи страхову виплату здійснюють додатково до виплати, що проводилась згідно зі статтею 37 цього додатка, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної під час дії договору страхування та протягом трьох років після неї. У разі рецидивів звичайного вивиху щелепи страхової виплати не здійснюють.	10
39	<b>Ушкодження щелепи, що призвело до втрати:</b> а) частини щелепи (крім альвеолярного відростка) б) щелепи <b>Примітки:</b> 1. У разі страхової виплати у зв'язку із втратою щелепи або її частини враховано і втрату зубів незалежно від їх кількості. 2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток страхової виплати визначають з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями через підсумовування. 3. У разі страхової виплати згідно із цією статтею додаткової страхової виплати за оперативні втручання не здійснюють.	40 80
40	<b>Ушкодження язика, ротової порожнини</b> (поранення, опік, обмороження), <b>що спричинили утворення рубців</b> (незалежно від їх розміру)	3
41	<b>Ушкодження язика, що призвели до втрати:</b> а) кінчика язика б) дистальної третини язика в) язика на рівні середньої третини г) язика на рівні кореня або повної втрати язика	10 15 30 60
42	<b>Ушкодження зубів, що спричинили:</b> а) відламування коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки, кореня) б) втрату: - одного зуба -2 -3 зубів -4 -6 зубів -7 -9 зубів -10 і більше зубів <b>Примітки:</b> 1. У разі перелому чи втрати внаслідок травми зубів з незнімними протезами страхову виплату здійснюють з урахуванням втрати лише опорних зубів. У разі ушкодження внаслідок травми знімних протезів страхову виплату не здійснюють. 2. У разі втрати або перелому молочних зубів у дітей віком до п'яти років страхову виплату здійснюють на загальних умовах. 3. У разі втрати зубів та перелому щелепи розмір страхової виплати визначається згідно зі статтею 37 цього додатка та цією статтею через підсумовування. 4. Якщо у зв'язку з травмою зуба проведено виплату згідно із підпунктом а) цієї статті, а потім цей зуб видалено, то із суми, належної до виплати, вираховують раніше виплачену. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб був імплантований, то страхову виплату здійснюють на загальних умовах згідно із цією статтею. У випадку видалення цього зуба додаткової виплати не здійснюють.	3 5 10 15 20 25
43	<b>Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунка, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або для видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунка, що спричинили функціональних порушень</b>	5
44	<b>Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:</b> а) звуження стравоходу б) непрохідність стравоходу (за наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	40 100

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	<p><b>Примітка:</b> Відсоток страхової виплати згідно із цією статтею визначають не раніше, ніж через шість місяців від дня травми. Раніше цього строку страхову виплату здійснюють заздалегідь відповідно до статті 43 цього додатка, та цей відсоток вираховують підчас прийняття остаточного рішення.</p>	
45	<p><b>Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:</b></p> <p>а) холециститу, дуоденіту, гастриту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту</p> <p>б) рубцьового звуження (деформації) шлунка, кишечника, відхідникового отвору</p> <p>в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності</p> <p>г) кишкової нориці, кишково-піхвової нориці, нориці підшлункової залози</p> <p>д) протиприродного заднього проходу (колостоми)</p>	<p><b>5</b></p> <p><b>10</b></p> <p><b>25</b></p> <p><b>50</b></p> <p><b>100</b></p>
	<p><b>Примітки:</b></p> <p>1. У разі ускладнення травми, передбачених у підпунктах а), б), в) цієї статті, страхову виплату здійснюють за умови, що ці ускладнення сталися після закінчення трьох місяців після травми, а передбачені в підпунктах г), д) цієї статті – після закінчення 6-ти місяців після травми.</p> <p>Зазначені ускладнення травми визнаються лише в тому випадку, коли їх підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхову виплату здійснюють згідно зі статтею 43 цього додатка і цей відсоток не вираховують підчас прийняття остаточного рішення.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, наведені в одному підпункті, то страхову виплату здійснюють одноразово.</p> <p>Проте, якщо виникли патологічні зміни, наведені в різних підпунктах цієї статті, страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	
46	<p><b>Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція виконувалась у зв'язку з травмою або стан після операції з приводу такої грижі.</b></p>	<b>10</b>
	<p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхову виплату згідно із цією статтею виплачують додатково до страхової виплати, призначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.</p> <p>2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахвинно-мошкові), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для страхової виплати.</p>	
47	<p><b>Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що спричинило:</b></p>	
	<p>а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатоз</p>	<b>5</b>
	<p>б) печінкову недостатність</p>	<b>10</b>
48	<p><b>Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:</b></p>	
	<p>а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура</p>	<b>15</b>
	<p>б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура</p>	<b>20</b>
	<p>в) видалення частини печінки</p>	<b>25</b>
	<p>г) видалення частини печінки та жовчного міхура</p>	<b>35</b>
49	<p><b>Ушкодження селезінки, що спричинило:</b></p>	
	<p>а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання</p>	<b>5</b>
	<p>б) видалення селезінки</p>	<b>30</b>
50	<p><b>Ушкодження шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі, що призвели до:</b></p>	
	<p>а) утворення псевдокісти підшлункової залози</p>	<b>20</b>
	<p>б) резекції шлунка, кишечника, підшлункової залози</p>	<b>30</b>
	<p>в) видалення шлунка</p>	<b>60</b>
	<p><b>Примітка:</b> За наслідків травми, наведених в одному підпункті, страхову виплату здійснюють одноразово. Проте, якщо травма різних органів спричинить ускладнення, зазначені в різних підпунктах, страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	
51	<p><b>Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведено:</b></p>	
	<p>а) лапароскопію (лапароцентез)</p>	<b>5</b>
	<p>б) лапаротомію при підозрі на ушкодження органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)</p>	<b>10</b>
	<p>в) лапаротомію при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)</p>	<b>15</b>
	<p>г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)</p>	<b>10</b>
	<p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати згідно зі статтями 7 - 50 цього додатка, то цю статтю (крім підпункту г) не застосовують.</p>	

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	<p>2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, то страхову виплату здійснюють згідно із відповідними статтями та підпунктом в) цієї статті одноразово.</p> <p>3. У випадку, коли внаслідок однієї травми будуть пошкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюють страхову виплату згідно зі статтею 55 цього додатка (5%).</p>	
<b>ТРАВМИ СЕЧОВИВІДНОЇ ТА СТАТЕВОЇ СИСТЕМ</b>		
52	<b>Ушкодження нирки, що спричинило:</b>	
	а) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребувало оперативного втручання	5
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
53	<b>Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до:</b>	
	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 розтрощення), хронічної ниркової недостатності	30
	е) непрохідності сечовода, сечовипускального каналу, сечостатевих нориць	40
	<b>Примітки:</b>	
	1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, то розмір страхової виплати визначають згідно з одним із підпунктів цієї статті, що враховує найважчі наслідки ушкодження.	
	2. Страхову виплату у зв'язку з наслідками травми, наведеними в підпунктах а), в), г), д), е) цієї статті здійснюють в тому випадку, якщо ці ускладнення сталися після закінчення трьох місяців після травми. Раніше цього строку страхову виплату здійснюють згідно зі статтею 52 або статтею 55 а) цього додатка і цей відсоток не враховується, коли приймається остаточне рішення щодо страхової виплати.	
54	<b>Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:</b>	
	а) цистостомія	5
	б) у разі підозри на ушкодження органів	10
	в) у разі пошкодження органів	15
	г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості)	10
	<b>Примітка:</b> Якщо у зв'язку з травмою було видалено нирку або її частину, страхову виплату здійснюють згідно зі статтею 52 (б, в) цього додатка. Цю статтю при цьому не застосовують.	
55	<b>Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:</b>	
	а) поранення, розрив, опік, відмороження	5
	б) згвалтування особи у віці:	
	до 15 років	50
	від 15 до 18 років	30
	18 років і більше	15
56	<b>Ушкодження статевої системи, що призвело до:</b>	
	а) видалення одного (єдиного) яєчника, однієї (єдиної) маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена	30
	в) втрати матки у жінок віком:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	50 років і більше	15
	г) втрати статевого члена, в тому числі разом з яєчками	50
<b>ТРАВМИ М'ЯКИХ ТКАНИН</b>		
57	<b>Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобочкової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:</b>	
	а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см	3
	б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше	5
	в) значного порушення косметики	10
	г) різкого порушення косметики	30
	д) спотворення	70



№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми																		
	<p><b>Примітки:</b></p> <p>1. До косметично помітних рубців належать рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над поверхнею шкіри, стягують тканини.</p> <p><b>Спотворення</b> - це різка зміна природного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням відламків було проведено операцію (відкриту репозицію), унаслідок чого на обличчі утворився рубець, то страхову виплату здійснюють з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тій чи іншій мірі.</p> <p>3. Якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобочкової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим було здійснено відповідну страхову виплату, а потім Застрахована особа одержала травму, яка призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), то страхову виплату здійснюють знову з урахуванням наслідків повторної травми.</p>																			
58	<p><b>Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок</b>, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:</p> <table border="1" data-bbox="151 689 1273 1003"> <tr> <td>а) 2,0 - 5,0 см<sup>2</sup> або довжиною 5 см і більше</td> <td><b>3</b></td> </tr> <tr> <td>б) 5,0 см<sup>2</sup> - 0,5% поверхні тіла</td> <td><b>5</b></td> </tr> <tr> <td>в) 0,5 - 2,0% поверхні тіла</td> <td><b>10</b></td> </tr> <tr> <td>г) 2,0 - 4,0% поверхні тіла</td> <td><b>15</b></td> </tr> <tr> <td>д) 4,0 - 6,0% поверхні тіла</td> <td><b>20</b></td> </tr> <tr> <td>е) 6,0 - 8,0% поверхні тіла</td> <td><b>25</b></td> </tr> <tr> <td>ж) 8,0 - 10% поверхні тіла</td> <td><b>30</b></td> </tr> <tr> <td>з) 10 - 15% поверхні тіла</td> <td><b>35</b></td> </tr> <tr> <td>і) 15% і більше поверхні тіла</td> <td><b>40</b></td> </tr> </table> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Один відсоток (1%) поверхні тіла Застрахованої особи дорівнює площі поверхні долоні його кисті та пальців. Цю площу визначають у квадратних сантиметрах, перемноживши довжину кисті, яку вимірюють від променевоzap'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги третього пальця на її ширину, виміряну на рівні гілок другого, третього, четвертого і п'ятого п'ясткових кісток (без урахування першого пальця).</p> <p>2. У разі визначення площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p> <p>3. Якщо страхову виплату здійснюють за оперативне втручання (у разі відкритих ушкоджень, пластики сухожилля, зшивання судин, нервів тощо), цю статтю не застосовують.</p>	а) 2,0 - 5,0 см <sup>2</sup> або довжиною 5 см і більше	<b>3</b>	б) 5,0 см <sup>2</sup> - 0,5% поверхні тіла	<b>5</b>	в) 0,5 - 2,0% поверхні тіла	<b>10</b>	г) 2,0 - 4,0% поверхні тіла	<b>15</b>	д) 4,0 - 6,0% поверхні тіла	<b>20</b>	е) 6,0 - 8,0% поверхні тіла	<b>25</b>	ж) 8,0 - 10% поверхні тіла	<b>30</b>	з) 10 - 15% поверхні тіла	<b>35</b>	і) 15% і більше поверхні тіла	<b>40</b>	
а) 2,0 - 5,0 см <sup>2</sup> або довжиною 5 см і більше	<b>3</b>																			
б) 5,0 см <sup>2</sup> - 0,5% поверхні тіла	<b>5</b>																			
в) 0,5 - 2,0% поверхні тіла	<b>10</b>																			
г) 2,0 - 4,0% поверхні тіла	<b>15</b>																			
д) 4,0 - 6,0% поверхні тіла	<b>20</b>																			
е) 6,0 - 8,0% поверхні тіла	<b>25</b>																			
ж) 8,0 - 10% поверхні тіла	<b>30</b>																			
з) 10 - 15% поверхні тіла	<b>35</b>																			
і) 15% і більше поверхні тіла	<b>40</b>																			
59	<p><b>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок</b>, що призвели до утворення пігментних плям площею:</p> <table border="1" data-bbox="151 1339 1273 1485"> <tr> <td>а) 1 - 2% поверхні тіла</td> <td><b>3</b></td> </tr> <tr> <td>б) 2 - 10% поверхні тіла</td> <td><b>5</b></td> </tr> <tr> <td>в) 10 - 15% поверхні тіла</td> <td><b>10</b></td> </tr> <tr> <td>г) 15% і більше</td> <td><b>15</b></td> </tr> </table> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Рішення про здійснення страхової виплати згідно зі статтями 58, 59 цього додатка та цією статтею приймають з урахуванням даних лікарського огляду після загоєння поверхонь ран, але не раніше, ніж через один місяць після травми.</p> <p>2. Загальна сума страхових виплат згідно зі статтею 59 цього додатка та цією статтею не повинна перевищувати 40% страхової суми, встановленої в договорі страхування.</p>	а) 1 - 2% поверхні тіла	<b>3</b>	б) 2 - 10% поверхні тіла	<b>5</b>	в) 10 - 15% поверхні тіла	<b>10</b>	г) 15% і більше	<b>15</b>											
а) 1 - 2% поверхні тіла	<b>3</b>																			
б) 2 - 10% поверхні тіла	<b>5</b>																			
в) 10 - 15% поверхні тіла	<b>10</b>																			
г) 15% і більше	<b>15</b>																			
60	<b>Опікова хвороба, опіковий шок</b>	<b>10</b>																		
	<p><b>Примітка:</b> Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати, виконаної у зв'язку з опіком.</p>																			
61	<p><b>Ушкодження м'яких тканин:</b></p> <table border="1" data-bbox="151 1821 1273 1966"> <tr> <td>а) невидалені сторонні тіла</td> <td><b>3</b></td> </tr> <tr> <td>б) м'язова грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 см<sup>2</sup></td> <td><b>3</b></td> </tr> <tr> <td>в) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття аутогенного трансплантата, розрив м'язів</td> <td><b>5</b></td> </tr> </table> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхову виплату у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язовою грижею або післятравматичним періоститом здійснюють у тому випадку, якщо ці ускладнення травми трапилися по закінченні одного місяця від дня травми.</p>	а) невидалені сторонні тіла	<b>3</b>	б) м'язова грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 см <sup>2</sup>	<b>3</b>	в) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття аутогенного трансплантата, розрив м'язів	<b>5</b>													
а) невидалені сторонні тіла	<b>3</b>																			
б) м'язова грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 см <sup>2</sup>	<b>3</b>																			
в) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття аутогенного трансплантата, розрив м'язів	<b>5</b>																			

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	2. Рішення про здійснення страхової виплати згідно із підпунктом б) цієї статті приймають з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через один місяць після травми.	
<b>ТРАВМИ ХРЕБТА</b>		
62	<b>Перелом, переломовивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців</b> (крім крижів та копчика):	
	а) одного –двох	<b>20</b>
	б) трьох – п'яти	<b>30</b>
	в) шести і більше	<b>40</b>
63	<b>Розрив міжхребцевих зв'язок (при терміні лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців</b> (крім копчика) <b>Примітка:</b> У разі рецидивів підвивиха хребця страхову виплату не здійснюють.	<b>5</b>
64	<b>Перелом окремого остистого або поперекового відростка</b>	<b>3</b>
65	<b>Перелом крижів</b>	<b>10</b>
66	<b>Ушкодження копчика:</b>	
	а) підвивих копчикових хребців	<b>3</b>
	б) вивих копчикових хребців	<b>5</b>
	в) перелом копчикових хребців	<b>10</b>
	<b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижів та копчика) провадили оперативні втручання, то додатково виплачується 10% страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхову виплату здійснюють з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми стався перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхову виплату здійснюють одноразово згідно із статтею, що передбачає найважче ушкодження.	
<b>ТРАВМИ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК</b>		
67	<b>Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, груднино-ключичного зчленувань:</b>	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	<b>5</b>
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, переломовивих ключиці	<b>10</b>
	в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування	<b>15</b>
	г) незрощений перелом (псевдосуглоб)	<b>15</b>
	<b>Примітки:</b> 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, наведеними у цій статті цього додатка, провадили оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не провадили оперативного втручання, рішення про здійснення страхової виплати згідно зі статтею 59 цього додатка приймають виходячи з результатів лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. 3. Страхову виплату у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) здійснюють у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення шестити місяців після травми і підтверджено довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.	
<b>ТРАВМИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА</b>		
68	<b>Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків суглобової сумки):</b>	
	а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча	<b>5</b>
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча	<b>10</b>
	в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), переломовивих плеча	<b>15</b>
69	<b>Ушкодження плечового поясу, що призвело до:</b>	
	а) звичного вивиху плеча	<b>15</b>
	б) нерухомості суглоба (анкілозу)	<b>20</b>
	в) "бортного" плечового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають	<b>40</b>
	<b>Примітки:</b>	

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	<p>1. Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати, проведеної у зв'язку з ушкодженням ділянки плечового суглоба у випадку, коли зазначені у цій статті ускладнення встановлено лікувально-профілактичним закладом після закінчення шести місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього лікувального закладу.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба проведено оперативні втручання, додатково виплачують 10% страхової суми.</p> <p>3. Страхову виплату в разі звичного вивиху плеча здійснюють у випадку, коли він настав протягом трьох років після первинного вивиху, що стався під час дії договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча має бути підтверджений лікувальним закладом, в якому було вправлено плече. У разі рецидивів звичного вивиху плеча страхову виплату не здійснюють.</p>	
<b>ТРАВМИ ПЛЕЧА</b>		
70	<b>Перелом плечової кістки:</b>	
	а) на будь-якому рівні (верхньої, середньої, нижньої третини)	<b>15</b>
	б) подвійний перелом	<b>20</b>
71	<b>Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)</b>	<b>45</b>
	<b>Примітки:</b>	
	<p>1. Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмою плеча, якщо ускладнення встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення дев'яти місяців після травми.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми.</p>	
72	<b>Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:</b>	
	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	<b>80</b>
	б) плеча на будь-якому рівні	<b>75</b>
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	<b>100</b>
	<b>Примітка:</b> Якщо страхову виплату здійснювали згідно із цією статтею, додаткову страхову виплату за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюють.	
<b>ТРАВМИ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА</b>		
73	<b>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:</b>	
	а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	<b>3</b>
	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	<b>5</b>
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	<b>10</b>
	г) перелом плечової кістки	<b>15</b>
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками	<b>20</b>
	<b>Примітка:</b> У випадку, якщо внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перераховані у цій статті, то страхову виплату здійснюють відповідно до підпункту, який враховує найтяжче ушкодження.	
74	<b>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:</b>	
	а) нерухомості суглоба (анкілозу)	<b>20</b>
	б) "бортного" ліктьового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	<b>30</b>
	<b>Примітки:</b>	
	<p>1. Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом після закінчення шести місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p> <p>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.</p>	
<b>ТРАВМИ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ</b>		
75	<b>Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхньої, середньої, нижньої третина):</b>	
	а) перелом, вивих однієї кістки	<b>5</b>
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	<b>10</b>
76	<b>Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:</b>	
	а) однієї кістки	<b>15</b>

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	б) двох кісток <b>Примітка:</b> Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі після закінчення дев'яти місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу.	<b>30</b>
<b>77</b>	<b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження,</b> що призвело до: а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні; б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі; в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя. <b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення та видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово. 2. Якщо страхову виплату здійснюють згідно із цією статтею, то додаткової виплати за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадять.	<b>65</b> <b>70</b> <b>100</b>
<b>ТРАВМИ ПРОМЕНЕВОЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА</b>		
<b>78</b>	<b>Ушкодження ділянки променевоzap'ясткового суглоба:</b> а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки б) перелом двох кісток передпліччя в) перилунарний вивих кисті	<b>5</b> <b>10</b> <b>15</b>
<b>79</b>	<b>Ушкодження ділянки променевоzap'ясткового суглоба, що призвело до нерухомості (анкілозу) цього суглоба</b> <b>Примітки:</b> 1. Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до виплати у зв'язку з ушкодженням ділянки променевоzap'ясткового суглоба у тому випадку, коли нерухомість суглоба буде встановлено лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через шість місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевоzap'ясткового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачують 5% страхової суми.	<b>15</b>
<b>ТРАВМИ КИСТІ</b>		
<b>80</b>	<b>Перелом або вивих кісток зап'ястя, зап'ястних кісток однієї кисті:</b> а) однієї кістки (крім човноподібної) б) двох і більше кісток (крім човноподібної) в) човноподібної кістки г) вивих, переломовивих кисті <b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проведено оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 5% страхової суми одноразово. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (zap'ястних кісток) та човноподібної кістки страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	<b>5</b> <b>10</b> <b>10</b> <b>15</b>
<b>81</b>	<b>Ушкодження кисті,</b> що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (крім відриву кісткових фрагментів) б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні зап'ястних кісток зап'ястя або променевоzap'ясткового суглоба в) ампутації єдиної кисті <b>Примітка:</b> Страхову виплату у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або p'ястних кісток здійснюють додатково згідно з підпунктом а) цієї статті у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через шість місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	<b>10</b> <b>65</b> <b>100</b>
<b>ТРАВМИ ПАЛЬЦІВ КИСТІ</b>		
<b>82</b>	<b>Ушкодження першого пальця,</b> що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильного, суглобового, кісткового панарицію <b>Примітки:</b>	<b>3</b> <b>5</b>

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	1. Гнійне запалення навколони́гтьового валика (пароні́хія) не дає підстав для страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилів, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово.	
83	<b>Ушкодження першого пальця</b> , що призвели до: а) нерухомості одного суглоба б) нерухомості двох суглобів <b>Примітка:</b> Страхову виплату у зв'язку з порушенням функції першого пальця здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з його травмою в тому випадку, коли нерухомість суглоба (суглобів) пальця буде встановлено лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через шість місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	10 15
84	<b>Ушкодження першого пальця</b> , що призвело до: а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги б) ампутації на рівні нігтьової фаланги в) ампутації на рівні міжфалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги) г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ястково-фалангового суглоба (втрата пальця) д) ампутації пальця з п'ястковою кісткою або її частиною <b>Примітка:</b> Якщо страхову виплату здійснено згідно із цією статтею, то додаткової страхової виплати за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадять.	5 10 15 20 25
85	<b>Ушкодження одного пальця (крім першого)</b> , що спричинило: а) відрив нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожилів) розгиначів пальця б) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилів) <b>Примітки:</b> 1. Гнійне запалення навколони́гтьового валика (пароні́хія) не дає підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилів, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово.	3 5
86	<b>Ушкодження пальця (крім першого)</b> , що призвело до: а) нерухомість одного суглоба б) нерухомість двох або трьох суглобів пальця <b>Примітка:</b> Страхову виплату у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюють додатково до виплати, проведеної у зв'язку з його травмою у тому випадку, нерухомість суглоба (суглобів) пальця буде встановлено лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через шість місяців від дня травми та підтверджено довідкою цього закладу.	5 10
87	<b>Ушкодження пальця (крім першого)</b> , що призвело до: а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця д) втрати пальця з п'ястковою кісткою або її частиною <b>Примітки:</b> 1. Якщо страхову виплату здійснено згідно з цією статтею, то додаткової виплати за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадять. 2. У разі пошкодження декількох пальців у період чинності одного договору страхування страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте розмір такої виплати не повинен перевищувати 65% страхової суми для однієї кисті та 100% страхової суми для обох.	3 5 10 15 20
<b>ТРАВМИ ТАЗУ</b>		
88	<b>Ушкодження таза:</b> а) перелом однієї кістки б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань <b>Примітка:</b> Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.	5 10 15
89	<b>Ушкодження таза, що спричинило нерухомість тазостегнових суглобів:</b> а) одного суглоба б) двох суглобів	20 40

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
<p><b>Примітка:</b> Страхову виплату у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) здійснюють за цією статтею додатково до страхової виплати у зв'язку з травмами таза у тому випадку, коли нерухомість суглоба буде встановлено лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через шість місяців від дня травми і підтверджено довідкою цього закладу.</p>		
<b>ТРАВМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК</b>		
<b>90</b>	<b>Ушкодження тазостегнового суглоба:</b>	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	<b>5</b>
	б) ізольований відрив рожну (рожнів)	<b>10</b>
	в) вивих стегна	<b>15</b>
	г) перелом голівки, шийки, проксимального метафіза стегна	<b>25</b>
<p><b>Примітки:</b> 1. Якщо внаслідок однієї травми сталися різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхову виплату здійснюють згідно з одним із підпунктів, що передбачає найважчі ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, то додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.</p>		
<b>91</b>	<b>Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:</b>	
	а) нерухомості (анкілозу)	<b>20</b>
	б) незрощеного перелому шийки стегна	<b>30</b>
	в) ендопротезування	<b>40</b>
	г) "бортного" суглоба внаслідок резекції голівки стегна	<b>45</b>
<p><b>Примітки:</b> 1. Страхову виплату у зв'язку з ускладненнями, наведеними у цій статті, здійснюють додатково до страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмами суглоба. 2. Страхову виплату згідно з підпунктом б) цієї статті здійснюють у тому випадку, якщо це ускладнення встановлено у лікувальному закладі, але не раніше ніж через дев'ять місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p>		
<b>92</b>	<b>Перелом стегна:</b>	
	а) на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхньої, середньої, нижньої третина)	<b>25</b>
	б) подвійний перелом стегна	<b>30</b>
<b>93</b>	<b>Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому</b>	<b>30</b>
<p><b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово. 2. Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення встановлюється у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше ніж через дев'ять місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p>		
<b>94</b>	<b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:</b>	
	а) однієї кінцівки	<b>70</b>
	б) єдиної кінцівки	<b>100</b>
<p><b>Примітка:</b> Якщо страхову виплату здійснено згідно із цією статтею, то додаткової виплати за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадять.</p>		
<b>95</b>	<b>Ушкодження ділянки колінного суглоба:</b>	
	а) гемартроз, вивих надколінника	<b>3</b>
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, ушкодження меніска;	<b>5</b>
	в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки	<b>10</b>
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової кістки	<b>15</b>
	д) перелом відростків стегна, вивих гомілки	<b>20</b>
	е) перелом дистального метафіза стегна	<b>25</b>
	ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	<b>30</b>
<p><b>Примітки:</b> 1. У разі поєднання різних пошкоджень колінного суглоба страхову виплату здійснюють одноразово відповідно до одного з підпунктів цієї статті, що передбачає найтяжче ушкодження.</p>		

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.	
<b>96</b>	<b>Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:</b>	
	а) нерухомості суглоба	<b>20</b>
	б) "бовтного" колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають	<b>30</b>
	в) ендопротезування	<b>40</b>
	<b>Примітка:</b> Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою колінного суглоба.	
<b>97</b>	<b>Перелом кісток гомілки (крім ділянки суглобів):</b>	
	а) малогомілкової кістки, відриви кісткових фрагментів	<b>5</b>
	б) великогомілкової кістки, подвійний перелом малогомілкової кістки	<b>10</b>
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової кістки	<b>15</b>
	<b>Примітки:</b>	
	1. Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють у разі перелому:	
	- малогомілкової кістки у верхній і середній третині;	
	- діяфіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні;	
	- великогомілкової кістки в ділянці діяфіза (верхній, середній, нижній третині) та малогомілкової кістки у верхній або середній третині.	
	2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступеневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діяфіза, страхову виплату здійснюють згідно із цією статтею та статтею 96 цього додатка або статтями 101 та 98 цього додатка через підсумовування.	
<b>98</b>	<b>Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (крім кісткових фрагментів):</b>	
	а) малогомілкової кістки	<b>5</b>
	б) великогомілкової кістки	<b>15</b>
	в) обох кісток	<b>20</b>
	<b>Примітки:</b>	
	1. Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до виплати у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше ніж через дев'ять місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	
	2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки здійснювались оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення і видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.	
<b>99</b>	<b>Травматична ампутація або ушкодження, що спричинило:</b>	
	а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні	<b>60</b>
	б) екзартикуляцію в колінному суглобі	<b>70</b>
	в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	<b>100</b>
	<b>Примітка:</b> Якщо страхову виплату було здійснено у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткової виплати за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадять.	
<b>ТРАВМИ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА</b>		
<b>100</b>	<b>Ушкодження ділянки гомілковостопного суглоба:</b>	
	а) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	<b>5</b>
	б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	<b>10</b>
	в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки	<b>15</b>
	<b>Примітки:</b>	
	1. У разі переломів кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачують 5 % страхової суми одноразово.	
	2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковостопного суглоба здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної допомоги та видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.	
<b>101</b>	<b>Ушкодження ділянки гомілковостопного суглоба, що спричинило:</b>	
	а) нерухомість гомілковостопного суглоба	<b>20</b>
	б) хитання гомілковостопного суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають)	<b>40</b>
	в) екзартикуляцію гомілковостопного суглоба	<b>50</b>

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	<b>Примітка:</b> Якщо в результаті травми гомілковостопного суглоба сталися ускладнення, наведені в цій статті, то страхову виплату здійснюють згідно з одним з підпунктів цієї статті, що враховує найбільш тяжкий наслідок.	
102	<b>Ушкодження ахіллового сухожилля:</b> а) у разі консервативного лікування б) у разі оперативного лікування	<b>5</b> <b>15</b>
<b>ТРАВМИ СТОПИ</b>		
103	<b>Ушкодження стопи:</b> а) перелом, вивих однієї кістки (крім п'яткової і таранної) б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яткової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	<b>5</b> <b>10</b> <b>15</b>
	<b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток чи розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово. 2. У разі переломів або вивихів кісток стопи внаслідок різних травм страхову виплату здійснюють з урахуванням факту кожної травми.	
104	<b>Ушкодження стопи, що призвело до:</b> а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї – двох кісток (крім п'яткової і таранної кісток) б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яткової кістки в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лісфранка) ампутації на рівні: г) плесново – фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи); д) плесневих кісток або передплесно е) таранної, п'яткової кісток (втрати стопи)	<b>5</b> <b>15</b> <b>20</b> <b>30</b> <b>40</b> <b>50</b>
	<b>Примітка:</b> Страхову виплату у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими підпунктами а), б), в) цієї статті здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою стопи у тому випадку, якщо ці ускладнення встановлено лікувально-профілактичним закладом, але не раніше, ніж через шість місяців від дня травми і підтверджено довідкою цієї установи, а у випадках, передбачених підпунктами г), д), е) цієї статті - незалежно від строку, що минув після травми.	
<b>ТРАВМИ ПАЛЬЦІВ СТОПИ</b>		
105	<b>Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль):</b> а) одного пальця, крім першого б) двох – трьох пальців або першого в) чотирьох пальців (другого – п'ятого)	<b>3</b> <b>5</b> <b>10</b>
	<b>Примітка:</b> Якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачують 3% страхової суми одноразово.	
106	<b>Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що спричинило ампутацію:</b> <b>- першого пальця:</b> а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба б) на рівні основної фаланги або плеснево-фалангового суглоба <b>- другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:</b> в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плеснево-фалангових суглобів д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плеснево-фалангових суглобів	<b>5</b> <b>10</b> <b>5</b> <b>10</b> <b>15</b> <b>20</b>
	<b>Примітки:</b> 1. У тому випадку, коли страхову виплату здійснюють відповідно до цієї статті, додаткової виплати за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадять. 2. Якщо у зв'язку з травмою ампутувано палець з плесневою кісткою або її частиною, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово.	
107	<b>Ушкодження, що призвело до:</b> а) утворення лігатурних нориць	<b>3</b>



№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки	<b>5</b>
	в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту	<b>10</b>
	<b>Примітки:</b> 1. Цю статтю застосовують у тому випадку, коли ці ускладнення встановлено не раніше як через шість місяців від дня травми (крім ушкодження великих периферичних судин і нервів). 2. Нагноювальні запалення пальців не дають підстав для здійснення страхової виплати.	
<b>ІНШІ НЕЩАСНІ ВИПАДКИ</b>		
<b>108</b>	<i>Травматичний шок, геморагічний шок, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою</i>	<b>5</b>
	<b>Примітка:</b> Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють додатково до виплат у зв'язку з травмою.	
<b>109</b>	<i>Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий або післяприщеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електричним струмом (атмосферною електрикою), укуси отруйних змій, комах, правець, сказ (за браком даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів):</i>	
	а) у разі стаціонарного лікування від 2 до 6 днів	<b>3</b>
	б) від 7 до 13 днів	<b>5</b>
	в) 14 днів і більше	<b>10</b>
	<b>Примітка:</b> Якщо внаслідок випадків, наведених у цій статті виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, страхову виплату здійснюють додатково згідно з відповідними статтями цього додатка.	
<b>110</b>	Будь-яка травма, що сталася із Застрахованою особою в період дії договору страхування і не передбачена у цьому додатку, але потребує стаціонарного та/або амбулаторного безперервного лікування в цілому не менше, ніж 10 (десять) днів	<b>3</b>
<i>Ушкодження, не наведені в цій таблиці, можуть бути оцінені лікарем-експертом Страховика через застосування аналогічних уражень, або їх наслідків з наведеними відсотками виплат.</i>		
<b>Примітки:</b> 1. Якщо отримані в результаті одного випадку ушкодження різного характеру й локалізації передбачено у різних пунктах Таблиці, розмір страхової виплати визначають підсумовуванням розмірів, зазначених у відповідних пунктах. 2. Водночас розмір страхової виплати у зв'язку з ушкодженням однакового характеру й однієї локалізації, що передбачені різними (зазвичай суміжними) пунктами Таблиці, визначають згідно з одним з таких пунктів. 3. Якщо ушкодження одних тканин, одного органа, одного анатомічного утворення (кістки, сухожилля, нерва тощо), одного відділу або сегмента опорно-рухового апарата, отримане Застрахованою особою в результаті настання одного випадку, зазначено в різних підпунктах одного і того ж пункту, розмір страхової виплати визначають тільки відповідно до одного підпункту, що передбачає виплату в найбільшому розмірі.		