

Публічна пропозиція (Оферта) на укладення електронного договору добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби за програмою «Protection at home» (Договір).

Частина 2 Договору

Ця Публічна пропозиція (Оферта) є офіційною пропозицією ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН», місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського 96, телефон +38044 333 37 10, код ЄДРПОУ 35417298 (далі – Страховик/Сторона Договору), в особі Генерального директора Берліна Віктора Михайловича, що діє на підставі Статуту, невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб та/або юридичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов цієї Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти із Страховиком електронний Договір добровільного страхування від нещасних випадків та здоров'я на випадок хвороби за програмою «Protection at home» (далі – Договір або електронний договір страхування) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента).

Договір укладається на підставі Ліцензії на здійснення добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби серія АЕ номер 522651, строк дії з 16.10.2014 р., безстрокова, та Ліцензії на здійснення добровільного страхування від нещасних випадків серія АЕ номер 293885, строк дії з 27.05.2014р., безстрокова, відповідно до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція) №16 від 10.12.2019р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (далі – Правила-1), Правил добровільного страхування від нещасних випадків №6 (нова редакція) від 10.12.2019 р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (далі – Правила-2), Закону України «Про страхування», із дотриманням вимог Законів України «Про туризм», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію» та згідно норм чинного законодавства.

Правила-1 та Правила-2 (разом далі – Правила) та Ліцензії розміщені на сайті Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua/licenzii/>

Загальні положення.

1.1. Договір укладається на умовах цієї Публічної пропозиції (Оферти), яка розміщується на сайті Страховика <https://grdn.com.ua> та/або його партнера (агента), шляхом надання Страховиком пропозиції його укласти (Оферти) та прийняття її Клієнтом (акцепту) в інформаційно-телекомунікаційній системі (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента). Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до електронних документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможливує зміну змісту, на власному сайті Страховика та/або на сайтах партнерів (агентів).

1.2. Укладений за цією Публічною пропозицією (Офертою) Договір включає всі істотні умови та складається з:

- Частини 2, яка містить загальні умови Договору, викладені в цьому документі і розміщені на сайті Страховика та/або його партнера (агента), та
- Частини 1, яка містить індивідуальні умови для кожного Договору, які визначаються в електронному договорі страхування і до укладення Договору (акцепту) надаються Клієнту в електронному вигляді після заповнення ним в ІТС Страховика або його партнера (агента) заявки на страхування.

1.3. Надання Клієнту доступу до індивідуальних умов Договору (а саме: номер і дата укладення договору; програма страхування; перелік страхових випадків; розміри страхової суми, страхового тарифу, страхового платежу, франшизи; строк та територія дії Договору; особливі умови, якщо передбачені) є підтвердженням отримання заявки Клієнта на страхування.

Відповідь Клієнта про прийняття пропозиції укласти договір страхування (акцепт) надається шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття такої пропозиції в електронній формі в ІТС, що підписується одноразовим ідентифікатором, та оплати страхового платежу у розмірі, визначеному умовами Договору страхування. Акцепт вважається наданим у момент вчинення останньої із зазначених дій.

1.4. Заповнення Клієнтом електронної заявки на страхування не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором у формулярі заяви (форми) Договір вважається неукладеним.

1.5. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його партнером (агентом) Страхувальнику СМС-повідомленням на телефонний номер Страхувальника та/або на електронну адресу, вказані ним при заповненні заявки на страхування. При цьому підписання Страхувальником акцепту одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником договору страхування у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». Договір страхування є укладеним з моменту отримання Страховиком акцепту Страхувальника, за умови надходження на рахунок Страховика відповідного страхового платежу.

- 1.6. Після отримання акцепту Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний договір страхування у формі, що унеможливує спотворення його змісту, на електронну пошту Страхувальника, вказану ним при заповненні заявки на страхування.
- 1.7. Сторони узгодили, що направлення Страховиком Договору по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору Страхувальнику.
- 1.8. Страховик зобов'язується на письмову вимогу Страхувальника створити паперову копію Договору страхування, підписати, скріпити печаткою та надати Страхувальнику у вказаний ним спосіб протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.
- 1.9. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника.
- 1.10. Під час виконання зобов'язань за Договором страхування Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика office@grdn.com.ua (далі – електронна адреса Страховика).
- 1.11. Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначені у ч.1 та ч.2 ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», шляхом розміщення їх на власному сайті у відкритому доступі за посиланням: <https://www.grdn.com.ua>, а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту Договору до його укладення.
- 1.12. Страхувальник шляхом надання акцепту підтверджує отримання зазначеної інформації та документів, а також те, що зазначена інформація та документи є повними та достатніми для правильного розуміння суті фінансової послуги.
- 1.13. Підписуючи Договір, уповноважені представники Сторін дають згоду (дозвіл) на обробку їх персональних даних, з метою підтвердження повноважень суб'єкта на укладання, зміну та розірвання Договору, забезпечення реалізації адміністративно-правових і податкових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та статистики, а також для забезпечення реалізації інших передбачених законодавством відносин. Представники Сторін підписанням Договору підтверджують, що вони повідомлені про свої права відповідно до ст.8 Закону України «Про захист персональних даних».
- 1.14. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил застосовуються умови, визначені Договором.
- 1.15. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України.
- 1.16. Сторони Договору не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.
- 1.17. УМОВИ СТРАХУВАННЯ цієї Частини 2 Договору включають:
- Розділ I. Загальні умови страхування;
 - Розділ II. Умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі – страхування на випадок хвороби);
 - Розділ III. Умови добровільного страхування від нещасних випадків (далі – страхування від нещасних випадків);
 - Додаток №1 – Виключення та обмеження страхування;
 - Додаток №2 – Перелік критичних і важких хвороб та станів (Перелік хвороб);
 - Додаток №3 – Таблиця страхових виплат при страхуванні від нещасних випадків.

РОЗДІЛ I. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ.

2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

2.1. **Амбулаторне лікування** – система організації надання медичних послуг Застрахованим особам, клінічний стан яких не потребує безпосередньої участі або контролю медичного персоналу під час лікування та цілодобового перебування Застрахованої особи в медичному закладі протягом усього призначеного курсу лікування.

2.2. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку.

2.3. **Воєнні ризики** – за цим Договором до воєнних ризиків належать ризики, пов'язані із травматичним чи іншими uszkodженнями здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, обумовленого безпосередніми наслідками воєнних дій (вибухи бомб, снарядів, мін, пожежі, обстріли житлових районів, будівель та споруд мирної інфраструктури) на території, яка не включає в себе: території, з яких оголошено евакуацію, проведення військових навчань та/чи випробувань військової техніки/зброї, та території, зазначені як виключення у розділі «Територія дії Договору» Частини I Договору.

2.4. **Гостре захворювання** – захворювання, яке проявляється болю та/або іншою клінічною симптоматикою, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи, та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я Застрахованої особи, що існував до моменту початку

даного захворювання.

2.5. Договір страхування – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.

2.6. Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини (загрозі життю та здоров'ю) та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

2.7. Екстрене стаціонарне лікування (екстрена госпіталізація) – лікування в умовах стаціонару, при якому госпіталізація здійснюється за термінової необхідності (за життєвими показаннями) з приводу гострого захворювання (окрім захворювань та станів, що відносяться до списку виключень), та проводиться установами швидкої та невідкладної медичної допомоги або безпосередньо приймальним відділенням стаціонару в термін не більше декількох годин від моменту виявлення такого захворювання.

2.8. Загроза життю та здоров'ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної медичної допомоги може призвести до смерті Застрахованої особи чи значного та тривалого розладу здоров'я (інвалідності).

2.9. Застрахована особа – фізична особа, стосовно життя та здоров'я якої укладено договір страхування.

2.10. Захворювання (раптова хвороба) – раптове непередбачуване гостре захворювання Застрахованої особи у зв'язку з несподіваною хворобою (включаючи раптове захворювання, викликане вірусом SARS-CoV-2(COVID-19) під час дії Договору), що становить пряму загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи, та вимагає негайного медичного втручання (надання їй екстреної медичної допомоги) в умовах стаціонару.

2.11. ІТС – інформаційно-телекомунікаційна система.

2.12. Ліміт відповідальності Страховика – грошові суми, в межах яких Страховик відповідно до умов страхування медичних витрат зобов'язаний здійснити Страхову виплату при настанні Страхового випадку по окремим послугам чи видам медичної та/чи іншої пов'язаної з нею допомоги. Ліміт відповідальності може визначатися у відсотках від страхової суми, у кількості разів надання певного виду допомоги, у грошових коштах (Національна валюта України).

2.13. Навмисні дії – дії Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюючи які він передбачає та свідомо завдає шкоди собі та/або третій особі.

2.14. Найближчі родичі Застрахованої особи – її чоловік (дружина), діти, батьки.

2.15. Невідкладна стаціонарна допомога – комплекс медичних послуг, що надаються Застрахованій особі при гострих розладах здоров'я внаслідок раптового гострого захворювання чи нещасного випадку, що загрожують його життю чи здоров'ю та потребують екстреної госпіталізації, інтенсивного лікування та цілодобового медичного нагляду протягом більше доби.

2.16. Нещасний випадок – раптова, випадкова короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи. До нещасних випадків відносяться: травматичні ушкодження (травми), отримані Застрахованою особою (забій, переломи, вивихи, розриви і поранення) в побуті та/чи на виробництві, в результаті дорожньо-транспортної пригоди тощо; утоплення; опіки, відмороження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу); укуси тварин, отруйних комах, змій. Протиправні дії третіх осіб в розумінні умов цього Договору до нещасних випадків не належать (крім воєнних ризиків, якщо вони застраховані).

2.17. Партнер (агент) – юридична або фізична особа, яка укладає договори страхування від імені та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору доручення (агентського договору).

2.18. Планове стаціонарне лікування (планова госпіталізація) – надання медичної допомоги Застрахованій особі в умовах стаціонару з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння та інших гострих змінах стану здоров'я (окрім захворювань що відносяться до списку виключень), які не потребують надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками та можуть бути відстрочені у часі, але не більше ніж на 72 години.

2.19. ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція) – метод, що дозволяє виявити в організмі людини наявність вірусу групи SARS (в т.ч. вірус COVID-19).

2.20. Програма страхування – це погоджений між Страховиком та Страхувальником у Договорі страхування перелік конкретних умов страхування (страхові випадки, страхові суми та ліміти відповідальності Страховика, виключення і обмеження страхування, франшизи, умови здійснення страхових виплат).

2.21. Спадкоємець Застрахованої особи – особа, яка отримує Страхову виплату за Договором на підставі документу, що встановлює право цієї особи на спадщину.

2.22. Спорт – змагальна діяльність, підготовка до неї, а також специфічні відносини, норми і досягнення, пов'язані з цією діяльністю.

2.23. Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку

згідно умов Договору. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнала Застрахована особа або витрат третіх осіб на надання допомоги Застрахованій особі, а також страхових сум і лімітів, встановлених умовами цього Договору.

2.24. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик, згідно умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

2.25. **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась під час дії такого договору, документально підтверджена, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у межах та обсязі умов та лімітів, передбачених Договором (Програмою страхування).

2.26. **Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами Договору страхування.

2.27. **Страховий платіж** – плата за страхування, який Страхувальник зобов'язаний оплатити Страховику, згідно умов Договору.

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

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

2.30. **Страховик** – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН», ЄДРПОУ 35417298, яке за цим Договором зобов'язується здійснювати страхові виплати на визначених Договором умовах та за визначену винагороду (страховий платіж).

2.31. **Страхувальник** – юридична особа чи дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування відносно себе або відносно інших осіб за їх згодою (далі – Застрахованих осіб). Страхувальник може бути одночасно Застрахованою особою.

2.32. **Строк дії Договору** – строк, на який укладається Договір, в межах строку дії якого Страховик забезпечує страховий захист Застрахованої особи протягом обумовленої у Договорі кількості днів перебування за кордоном України (в поїздках, в подорожах).

2.33. **Територія дії (покриття)** – територія дії страхування (страхового покриття) за Договором.

2.34. **Тілесне ушкодження** – травма, поранення, опіки, тощо, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час поїздки за кордон протягом дії Договору, та потребують екстреної госпіталізації або невідкладного амбулаторного лікування.

2.35. **Форс-мажорні обставини** – на умовах цього Договору під форс-мажорними обставинами розуміють незвичайні і непередбачувані обставини поза контролем Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль.

2.36. **Франшиза** – визначена умовами Договору частина збитків, яка в будь-якому разі не відшкодовується Страховиком. На умовах Договору франшиза може бути передбачена як відсоток від страхової суми, як абсолютна грошова величина, яка не включається Страховиком до суми страхової виплати при настанні страхового випадку, або як певна кількість днів від початку дії Договору страхування, коли страховий захист діє частково.

2.37. **Хронічне захворювання (хвороба)** – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або щорічними періодами загострень, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.

3. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ.

3.1. Договір укладається за процедурою, визначеною в п.1.1-п.1.16. цієї Публічної оферти (Договору).

3.2. Страховий платіж сплачується в грошовій одиниці України одразу за весь строк дії Договору.

3.3. Договір страхування не укладається стосовно осіб віком понад 70 років. Страхування таких осіб можливе шляхом встановлення додаткових умов страхування та збільшення суми страхового платежу після проведення медичного андеррайтингу. Для осіб віком до 70 років за рядом вікових категорій Договір укладається лише із застосуванням підвищуючих коефіцієнтів.

3.4. За цим Договором Страхувальниками (Застрахованими особами) не можуть бути особи:

3.4.1. визначені у встановленому порядку недієздатними;

3.4.2. інваліди I групи та непрацюючі інваліди II групи;

3.4.3. які на момент укладення Договору мають наступне(і) захворювання та/чи стан(и):

- СНІД, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія;

- будь-які форми серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/або нападами аритмії та/або гіпертонічними кризами та/або гострими порушеннями коронарного кровотоку (інфаркт) та/або будь-яким кардіохірургічним втручанням, в тому числі в анамнезі;

- інсулін-залежна форма цукрового діабету;

- будь-яке хронічне захворювання в стадії декомпенсації та/або яке вимагає постійного прийому медичних препаратів та/або регулярного стаціонарного лікування (не рідше одного разу на рік);

- будь-які новоутворення головного чи спинного мозку, хребта, життєво-важливих органів;

- будь-які злоякісні новоутворення та їх ускладнення;

- будь-які види енцефалопатій та/або гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), в тому числі в анамнезі;

- будь-які психічні захворювання та/або розлади.

3.5. Якщо виявиться, що на дату укладення Договору Застрахована особа була особою, визначеною у п.3.4. п.3 Розділу I цієї Частини 2 Договору, то Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладення, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страховий платіж підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та за умови надання Страхувальником реквізитів для здійснення такого повернення.

4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

4.1. Цей Договір починає діяти з дати, визначеної в Частині 1 Договору як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дня, наступного за днем внесення (зарахування) на поточний рахунок Страховика страхового платежу, передбаченого умовами цього Договору.

~~4.2.~~ При цьому страховий захист за цим Договором надається в повному обсязі після закінчення строків франшизи, зазначеної в кількості днів для ряду ризиків, передбачених цим Договором, а до закінчення строків франшизи – частково.

4.3. Територією дії Договору є територія України, за виключенням АР Крим, м. Севастополь, населених пунктів у Донецькій та Луганській областях, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, і тих, які розташовані на лінії зіткнення згідно з переліком, затвердженим Розпорядженням КМУ від «07» листопада 2014 року № 1085 із змінами та доповненнями, а також територій, на яких фактично проводяться воєнні (бойові) дії, або тих, які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), незалежно від включення таких територій у відповідні переліки, що затверджуються органами влади України.

5. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

5.1. Будь-які зміни умов цього Договору здійснюються лише за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання Додаткової угоди до даного Договору за умови письмового повідомлення Стороною-ініціатором про зміни за 30 календарних днів. Якщо будь-яка зі Сторін незгодна на внесення змін в даний Договір, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

5.2.1. Закінчення строку дії цього Договору;

5.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань за цим Договором у повному обсязі;

5.2.3. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені цим Договором строки. При несплаті страхового платежу Договір вважається таким, що не був укладений;

5.2.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

5.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

5.2.6. Прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним;

5.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

5.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страховика або Страхувальника.

5.4. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

5.5. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страховик повертає повністю сплачені Страхувальником страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії цього Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

5.6. Нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу за цим Договором, складають 60%.

6. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

6.1. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та з урахуванням інших умов страхування та/чи лімітів відповідальності, встановлених в цьому Договорі, страхову виплату здійснює Вигодонабувачу, зазначеному в Частині 1 Договору.

6.2. Страхові виплати здійснюються у національній валюті України у безготівковій формі або іншим способом, не забороненим чинним законодавством України, за погодженням із Страховиком.

6.3. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти)

робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у цьому Договорі, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку, наданих в порядку, передбаченому умовами цього Договору по кожному виду страхування.

6.4. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання страхового акту.

6.5. Повідомлення про відмову у страховій виплаті Страховик направляє Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

6.6. Страховик має право відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках:

6.6.1. Ненадання Страховику документів, визначених цим Договором. В цьому разі прийняття рішення відкладається на строк, необхідний для повного з'ясування причин, обставин та наслідків страхового випадку та отримання відповідних підтверджуючих належним чином оформлених документів;

6.6.2. Наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) на одержання страхової виплати, в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) відомостей та/чи документів або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити факт, обставини, причини страхового випадку. У цьому випадку відстрочення відбувається до одержання Страховиком необхідних доказів та документів самостійно та/або надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати.

6.6.3. Якщо органами внутрішніх справ чи іншими компетентними органами будь-якої держави відкрито кримінальне чи інше провадження і ведеться розслідування обставин, що призвели до страхового випадку, то в цьому випадку відстрочення відбувається до закінчення розслідування та ухвалення відповідного рішення у цій справі. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення зазначеного розслідування (його зупинення, складання обвинувального висновку, закриття кримінального провадження, тощо) та отримання Страховиком відповідного документу.

6.7. Для отримання страхової виплати Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач повинен надати Страховику наступні документи:

6.7.1. загальні для будь-якого страхового випадку:

- письмову заяву за формою, встановленою Страховиком;
- Договір страхування або його копію;
- документи для ідентифікації Вигодонабувача та/чи Застрахованої особи (паспорт, довідка про ПІН, свідоцтво про народження; свідоцтво про шлюб, інші, передбачені законодавством);
- оригінал або нотаріально засвідчену копію документу, що підтверджує право Вигодонабувача на отримання страхової виплати (в т.ч. в разі неповноліття Застрахованої особи або її смерті);

6.7.2. інші документи, визначені за окремими видами страхових випадків у відповідних розділах цього Договору.

6.8. Всі документи, що подаються Страховику, зазначені у цьому Розділі та в інших Розділах цього Договору:

- мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та містити підписи посадових осіб з відповідними печатками, штампами, дату їх видачі, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала;
- мають бути оригінальними примірниками або копіями, засвідченими закладами, які їх оформлювали;
- за запитом Страховика на пред'явлення оригіналів документів, які подаються у будь-яких копіях, мають надаватись для ознайомлення відповідні оригінали.

6.9. Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.

6.10. Якщо за певним видом ризику/захворюванням умовами цього Договору передбачена франшиза, то випадки з ознаками страхових, які стались в період дії відповідної франшизи, страховими випадками не визнаються і страхові виплати за ними не здійснюються.

6.11. Загальна сума виплат при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати загальної страхової суми, страхових сум по видах страхування (страхуванню здоров'я на випадок хвороби та страхуванню від нещасних випадків) та обмежень, встановлених умовами цього Договору.

6.12. Інші умови здійснення страхових виплат, зокрема, суми страхових виплат та порядок їх розрахунку, зазначені в інших розділах цього Договору.

6.13. **ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.** Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

6.13.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій особи встановлюється відповідно до законодавства України.

6.13.2. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою, Вигодонабувачем злочину, що призвів до

страхового випадку.

6.13.3. Подання Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем неправдивих відомостей про предмет договору страхування та/або про факт та/чи обставини настання страхового випадку.

6.13.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) про настання страхового випадку (чи події з ознаками страхового випадку) без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні характеру, причин та обставин страхового випадку, зокрема, невиконання вказівок Страховика в процесі врегулювання страхового випадку.

6.13.5. Невчасне згідно умов цього Договору подання Страховику документів для отримання страхової виплати.

6.13.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) своїх обов'язків за цим Договором.

6.13.7. Ненадання Страховику, надання не в повному обсязі або неналежним чином оформлених документів та відомостей, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

6.13.8. Надання Страховику недостовірної інформації чи документів з неправильно чи недостовірною інформацією щодо факту, часу, причин та обставин випадку з ознаками страхового, зокрема, стану здоров'я.

6.13.9. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного обстеження, якого вимагає Страховик.

6.13.10. Інші випадки, передбачені цим Договором, Правилами або чинним законодавством України.

6.14. Страхові виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов цього Договору не визнаються страховими та/чи належать до виключень і обмежень страхування, зазначених у додатках та інших розділах цього Договору.

6.15. Дія страхового захисту не поширюється і страховими не визнаються випадки/події:

6.15.1. що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених відповідними нормативними актами країни перебування, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними у встановленому законодавством порядку;

6.15.2. що виникли до дати початку або після дати закінчення строку дії Договору, а також в період дії франшизи, встановленої в цьому Договорі;

6.15.3. що сталися поза межами території дії страхування (покриття) за цим Договором;

6.15.4. зникнення Застрахованої особи безвісті.

6.16. У разі незгоди Страхувальника (Застрахованої особи/Вигодонабувача) з рішенням Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати таке рішення Страховика може бути оскаржено у судовому порядку.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.

7.1. Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) має право:

7.1.1. Ознайомитися з умовами цього Договору та Правилами;

7.1.2. При укладенні цього Договору обирати варіанти страхування та розміри відповідних страхових сум;

7.1.3. Вимагати від Страховика своєчасного здійснення страхової виплати в обсягах та на умовах, визначених цим Договором;

7.1.4. Отримати від Страховика пояснення щодо причин / підстав визнання чи невизнання заявленого випадку страховим у відповідності до умов цього Договору

7.1.5. За згодою Страховика вносити зміни до Договору на передбачених ним умовах;

7.1.6. Достроково припинити дію цього Договору в порядку та на умовах, передбачених цим Договором.

7.2. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний(а):

7.2.1. Своєчасно сплачувати страхові платежі у розмірах та в порядку, передбачених умовами цього Договору;

7.2.2. При укладенні цього Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

7.2.3. При укладенні цього Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору;

7.2.4. Страхувальник зобов'язаний ознайомити Застраховану особу з Правилами та умовами цього Договору;

7.2.5. Надати Страховику (його уповноваженому представнику) право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та на час звернення, а також протягом всього строку дії Договору;

7.2.6. Надати Страховику згоду на отримання ним в зв'язку з виконанням цього Договору в будь-яких закладах охорони здоров'я інформації та документів, що містять персональні дані та інформацію щодо стану свого здоров'я, включаючи ту, що становить медичну таємницю, станом на поточну чи будь-яку іншу дату протягом дії Договору, а також за період до укладення Договору (минулий час);

7.2.7. Пройти за направленням та за рахунок Страховика додаткове обстеження стану її здоров'я у незалежного лікаря-експерта, визначеного Страховиком;

7.2.8. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений цим Договором;

7.2.9. Виконувати інші обов'язки, передбачені цим Договором та нормами чинного законодавства України.

7.2.10. Повернути Страховикові протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання письмової

вимоги Страховика, здійснену останнім страхову виплату (або відповідну її частину), якщо виявиться обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на її одержання;

7.2.11. Виконувати прийняті на себе за умовами цього Договору зобов'язання та виконувати інші дії, передбачені умовами цього Договору.

7.3. Страховик має право:

7.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) інформацію та виконання ним умов Договору;

7.3.2. Перед укладенням Договору та в процесі його виконання для прийняття рішення про здійснення страхової виплати вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої особи;

7.3.3. Вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації;

7.3.4. Здійснювати фіксацію телефонних переговорів стосовно страхових випадків;

7.3.5. Перевіряти всі надані Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) документи та, при необхідності з'ясування спірних питань щодо визнання чи невизнання випадку страховим, направляти Застраховану особу на медичне обстеження, а документи – на медичну/іншу експертизу;

7.3.6. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності, направляти запити до компетентних органів/організацій про надання відповідних документів і інформації, в тому числі такої, що становить медичну таємницю;

7.3.7. Відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, якщо органами внутрішніх справ чи іншими компетентними органами будь-якої держави відкрито кримінальне чи інше провадження і ведеться розслідування обставин, що призвели до страхового випадку, до закінчення розслідування, ухвалення відповідного рішення у цій справі та отримання Страховиком відповідного документу;

7.3.8. Затримати здійснення страхової виплати, але не більше ніж на 6 (шість) місяців з дати надання всіх необхідних передбачених цим Договором належно оформлених документів, для з'ясування обставин події, в разі наявності обґрунтованих сумнівів в достовірності наданої Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) інформації та/чи документів;

7.3.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) зобов'язань, передбачених цим Договором та Правилами страхування та в інших випадках, передбачених умовами Договору, Правил страхування або законодавством України, в т.ч. при порушенні терміну повідомлення про настання події з ознаками страхового випадку;

7.3.10. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) за його дорученням у судових органах або перед заявниками претензій;

7.3.11. Ініціювати внесення змін до Договору на визначених в ньому умовах;

7.3.12. Достроково припинити дію Договору в порядку та на умовах, передбачених цим Договором.

7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

7.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходи з метою оформлення всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати Застрахованій особі або особі, визначеній у цьому Договорі;

7.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений цим Договором строк та з урахуванням інших умов цього Договору;

7.4.4. При прийнятті рішення про відмову у страховій виплаті повідомити про це Застраховану особу/Вигодонабувача протягом 10 (десяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причини відмови;

7.4.5. Тримати в таємниці інформацію про Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача), окрім випадків, передбачених законодавством;

7.4.6. Виконувати всі прийняті на себе за умовами цього Договору зобов'язання.

8. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

8.1. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність згідно норм чинного законодавства України.

8.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачу) пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла на момент прострочення платежу.

8.3. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) умов цього Договору позбавляє її (його) права на отримання страхової виплати за цим Договором.

8.4. Обов'язок доводити факт настання страхового випадку, включаючи надання Страховику належно оформлених підтверджуючих документів, повністю покладається на Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача.

8.5. Спори, які виникають між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) і Страховиком,

вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

9. ІНШІ УМОВИ.

9.1. За наявності розбіжностей між текстом Правил та текстом Договору, пріоритет має текст Договору.

9.2. Конфіденційною інформацією в рамках цього Договору є вся інформація, яку одна Сторона отримує від іншої Сторони, яка стала відома Сторонам, або отримана Сторонами від інших осіб будь-яким іншим чином, у зв'язку з укладанням та виконанням цього Договору. Така конфіденційна інформація включає, без обмеження, всю медичну, ділову (у тому числі стратегічну, маркетингову, технічну), комерційну, фінансову інформацію та матеріали будь-якого характеру, незалежно від того, чи були такі дані та інформація надані усно, письмово та/або на електронному носії, незалежно від характеру носія або засобу передачі даних та інформації. Конфіденційна інформація не підлягає розголошенню третім особам, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

9.3. Всі Частини та додатки до цього Договору (за наявності) є його невід'ємними частинами.

РОЗДІЛ II. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ.

10. Предметом договору страхування при страхуванні здоров'я на випадок хвороби є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у цьому Договорі за її згодою.

11. Перелік страхових випадків при страхуванні здоров'я на випадок хвороби.

11.1. Страховим випадком за цим Договором є подія із наступного переліку, що сталась із Застрахованою особою під час дії Договору і не належить до виключень та обмежень страхування, зазначених у Додатку №1 до цього Договору, а саме:

11.1.1. тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок Захворювання (раптової хвороби), яке настало не раніше ніж на 11-й (одинадцятий) день дії цього Договору і призвело до екстреного стаціонарного лікування (екстреної госпіталізації) Застрахованої особи – франшиза за цим випадком складає 5 (п'ять) днів;

11.1.2. виникнення вперше під час дії цього Договору у Застрахованої особи захворювання чи критичного стану із числа, визначених в Переліку критичних і важких хвороб та станів, що є Додатком №2 до Договору (далі – Перелік хвороб).

11.2. Будь-які випадки виникнення тимчасової непрацездатності Застрахованої особи при проведенні лікування в амбулаторних умовах, в тому числі попереднє лікування до госпіталізації та/чи продовження лікування після перебування в стаціонарі, до страхових випадків не належать.

11.3. В разі виникнення протягом дії Договору повторних (другого, третього та наступних) випадків згідно п.11.1.1. цього Договору такі випадки, незалежно від причини стаціонарного лікування, до страхових випадків за цим Договором не належать.

11.4. В разі виявлення факту, що Застрахована особа на дату укладання цього Договору вже мала (хворіла на) будь-яке із захворювань чи станів, зазначених у Переліку хвороб, таке захворювання чи стан до страхових випадків за цим Договором не належить, незалежно від того чи знала Застрахована особа/Страховальник/Вигодонабувач про його наявність.

12. Порядок і умови здійснення страхових виплат при страхуванні здоров'я на випадок хвороби.

12.1. Суми страхових виплат визначаються:

12.1.1. в разі виникнення страхового випадку згідно п.11.1.1. цього Договору страхова виплата здійснюється в розмірі по 0,3% від розміру страхової суми по страхуванню здоров'я на випадок хвороби, зазначеної в частині 1 Договору, за кожен день лікування, але не більше ніж за 14 днів;

12.1.2. в разі виникнення страхового випадку згідно п.11.1.2. цього Договору страхова виплата здійснюється в розмірі визначеного у Переліку хвороб відсотку від розміру страхової суми по страхуванню здоров'я на випадок хвороби, зазначеної у частині 1 Договору.

12.2. У разі здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком згідно п.11.1.2. цього Договору виплата здійснюється з вирахуванням виплачених чи нарахованих раніше за тим самим захворюванням сум по страховому випадку згідно п.11.1.1. Договору (якщо таке мало місце).

12.3. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками згідно п.п.11.1.1.-11.1.2. разом не може перевищувати страхову суму по страхуванню здоров'я на випадок хвороби, зазначену в частині 1 Договору.

12.4. Для отримання страхової виплати при страхуванні здоров'я на випадок хвороби Застрахована особа/Вигодонабувач має надати Страховику повний пакет належним чином оформлених документів, а саме:

- а) документи згідно переліку п.п.6.7.1. цього Договору;
- б) листок непрацездатності (засвідчену медичним закладом та роботодавцем копію) чи довідку (оригінал) про термін тимчасової непрацездатності (для непрацюючих осіб);
- в) виписку із медичної карти стаціонарного хворого (Форма 027-о) – оригінал чи засвідчену медичним закладом копію;
- г) оригінали медичних документів або копії медичних документів, засвідчені закладами охорони здоров'я, які їх оформлювали, за запитом Страховика в залежності від характеру заявленого випадку (результати тесту

ПЛР, МРТ, рентгену, патогістологічного дослідження, біопсії, токсикологічного дослідження, ЕКГ, ЕхоКГ, ФГДС, протоколи оперативного лікування тощо);

е) документи згідно запиту/переліку Страховика, які відображають історію усіх наявних у Застрахованої особи захворювань, в тому числі за період до моменту укладення цього Договору (включаючи, але не обмежуючись: перелік медичних закладів, куди зверталась Застрахована особа, всі перенесені оперативні втручання, перелік наявних хронічних захворювань, перелік гострих захворювань в анамнезі, наявність/відсутність будь-яких вроджених аномалій/вад, перебування на диспансерному/іншому обліку).

ф) інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин, обставин події, яка має ознаки страхового випадку.

12.5. Всі інші умови здійснення страхових виплат зазначені в п.6. Розділу I цієї Частини 2 Договору.

13. Всі інші умови страхування здоров'я на випадок хвороби викладені в Загальних умовах страхування Розділу I цієї Частини 2 Договору.

РОЗДІЛ III. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ.

14. Предметом договору страхування при страхуванні від нещасних випадків є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

15. Перелік страхових випадків при страхуванні від нещасних випадків.

15.1. Страховим випадком за цим Договором є подія із наступного переліку, що сталась із Застрахованою особою під час дії Договору і не належить до виключень та обмежень страхування, зазначених у Додатку №1 до цього Договору, а саме:

15.1.1. тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що настав під час дії цього Договору не раніше, ніж на б'й (шостий) день дії Договору – франшиза за цим випадком складає 5 (п'ять) днів;

15.1.2. виникнення стійкої непрацездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що настав під час дії цього Договору, з встановленням первинної інвалідності I чи II групи;

15.1.3. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що настав під час дії цього Договору.

15.2. Встановлення Застраховані особі інвалідності III групи до страхових випадків за цим Договором не належить.

15.3. Не вважаються нещасним випадком за цим Розділом Договору будь-які хвороби/захворювання, а також загострення чи ускладнення захворювань, навіть якщо такі виникли як наслідок нещасного випадку.

15.4. Випадок смерті Застрахованої особи чи встановлення її групи інвалідності внаслідок нещасного випадку визнається страховим випадком, якщо стався протягом не більш ніж 6 (шість) місяців від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення строку дії цього Договору.

16. Порядок і умови здійснення страхових виплат при страхуванні від нещасних випадків.

16.1. Суми страхових виплат визначаються:

16.1.1. в разі виникнення страхового випадку згідно п.15.1.1. цього Договору страхова виплата здійснюється в розмірі визначеного у Таблиці страхових виплат (Додаток №3 до цього Договору) відсотку від розміру страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, зазначеної в Частині I Договору;

16.1.2. в разі виникнення страхового випадку згідно п.15.1.2. цього Договору із встановленням II групи страхова виплата здійснюється в розмірі 70% від розміру страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, зазначеної в Частині I Договору;

16.1.3. в разі виникнення страхового випадку згідно п.15.1.2. цього Договору із встановленням I групи страхова виплата здійснюється в розмірі 90% від розміру страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, зазначеної в Частині I Договору;

16.1.4. в разі виникнення страхового випадку згідно п.15.1.3. цього Договору – 100% від розміру страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, зазначеної в Частині I Договору.

16.2. У разі здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком згідно п.15.1.2. цього Договору виплата здійснюється з вирахуванням виплачених чи нарахованих до виплати раніше за тим самим нещасним випадком сум по страховому випадку згідно п.15.1.1. цього Договору (якщо таке мало місце).

16.3. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками згідно п.п.15.1.1.-15.1.3. разом не може перевищувати страхову суму по страхуванню від нещасних випадків, зазначену в Частині I Договору.

16.4. Для отримання страхової виплати при страхуванні від нещасних випадків Застрахована особа/Вигодонабувач має надати Страховику повний пакет належним чином оформлених документів, а саме:

а) документи згідно переліку п.п.6.7.1. цього Договору;

б) листок непрацездатності (завірена мед закладом та роботодавцем копія) чи довідку (оригінал) про термін тимчасової непрацездатності (для непрацюючих осіб);

в) виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (Форма 027-о) – оригінал чи засвідчену медичним закладом копію;

г) акт про нещасний випадок, оформлений відповідно до вимог чинного законодавства, документ від компетентних органів, що підтверджує факт та обставини настання нещасного випадку (оригінали);

- е) довідку медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення інвалідності та Акт огляду МСЕК (оригінали або копії, засвідчена органом, який їх видавав) – при встановленні Застрахованій особі групи інвалідності;
- ф) свідоцтво про смерть (оригінал або нотаріально засвідчену копію) – в разі смерті Застрахованої особи;
- г) лікарське свідоцтво про смерть (Форма 106/0 – оригінал чи копія, засвідчена закладом, який його видавав) – в разі смерті Застрахованої особи;
- h) документ, що посвідчує право на спадщину (оригінал) – в разі смерті Застрахованої особи;
- і) інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин, обставин події, яка має ознаки страхового випадку.

16.5. Всі інші умови здійснення страхових виплат зазначені в п.6. Розділу I цієї Частини 2 Договору.

17. Всі інші умови страхування здоров'я від нещасного випадку викладені в Загальних умовах страхування Розділу I цієї Частини 2 Договору.

Виключення та обмеження страхування**11.5. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:**

11.5.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій особи встановлюється відповідно до законодавства України.

11.5.2. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою, Вигодонабувачем злочину, що призвів до страхового випадку.

11.5.3. Подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, неправдивих відомостей про предмет договору страхування та/або про факт та/чи обставини настання страхового випадку.

11.5.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку (чи події з ознаками страхового випадку) без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні факту, причин обставин, характеру страхового випадку.

11.5.5. Невчасне згідно умов Договору подання документів Страховику для отримання страхової виплати без поважних на те причин.

11.5.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором.

11.5.7. Невиконання вказівок Страховика в процесі врегулювання страхового випадку.

11.5.8. Ненадання Страховику, надання не в повному обсязі або неналежним чином оформлених документів та відомостей, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

11.5.9. Надання Страховику документів з неправильною чи неправдивою інформацією стосовно факту, причин та обставин випадку з ознаками страхового, зокрема, стану здоров'я та отриманих медичних послуг.

11.5.10. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного обстеження, якого вимагає Страховик.

11.6. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:

11.6.1. Громадських заворушень, страйків, надзвичайного стану, бойових, військових (оголошена війна чи неоголошена) дій будь-якого роду і їх наслідків, масових безпорядків, повстань та будь-яких інших акцій громадської непокори, терористичних актів, форс-мажорних подій, дії ядерного інциденту та/чи іонізуючого випромінювання та/чи радіоактивного забруднення, а також порушення норм екологічної безпеки, незалежно від характеру участі Застрахованої особи у таких подіях, окрім випадку страхування воєнних ризиків у тлумаченні цього Договору, якщо таке передбачено в Частині 1 Договору;

11.6.2. Постійної, регулярної, тривалої дії чи раптового викиду, розливу, переміщення газів та газоподібних речовин, парів, променів, рідин, вологи, кислот, хімічних сполук або будь-яких, в тому числі неатмосферних, опадів (сажа, кіптява, дим, пил та ін.) та інших забруднюючих речовин;

11.6.3. Дії стихійних лих та/чи явищ (повені, смерчу, урагану, штормової бурі, землетрусу, виверження вулканів, зливи, градів тощо);

11.6.4. Навмисних дій/бездіяльності або необережності Застрахованої особи та/або зацікавлених третіх осіб, що призвело до настання страхового випадку, а також здійснення або спроби здійснення Застрахованою особою злочинних дій або порушення нею законів, встановлених норм, медичних призначень, санітарних і проти-епідеміологічних рекомендацій тощо. Під необережністю розуміється, що особа:

11.6.4.1. передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), і ставилася до цього байдуже або легковажно розраховувала на те, що вони не настануть;

11.6.4.2. не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість;

11.6.5. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником) офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: <http://mfa.gov.ua/>, та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до цього Договору та випадків, пов'язаних із раптовим захворюванням на SARS-CoV-2(COVID-19);

11.6.6. Поїздки Страхувальника/Застрахованої особи до країни чи місцевості, визначеної як зона бойових дій (war zone), окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до цього Договору;

11.6.7. Вчинення самогубства або спроби самогубства Застрахованою особою, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що має бути

доведено документально відповідними компетентними органами;

11.6.8. Скоєння будь-якого правопорушення та/чи спроби здійснення протиправних дій Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком;

11.6.9. Нараження Застрахованої особи (Страхувальника) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя) – свідомого перебування в місцях, заздалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини, та/чи участь у проведенні будь-яких небезпечних робіт та/чи небезпечних видах відпочинку/розваг тощо;

11.6.10. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху тощо;

11.6.11. Вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря або якщо під час настання події з ознаками страхової Застрахована особа знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря; Самолікування та/чи лікування особою, яка не має відповідної ліцензії на здійснення лікувальної діяльності;

11.6.12. Дії сонячного проміння, що призвело до сонячного опіку або теплового удару, окрім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування цієї особи у стаціонарних умовах;

11.6.13. Пандемії, епідемії, карантину, окрім виникнення під час дії Договору раптового захворювання, пов'язаного з SARS-CoV-2(COVID-19);

11.6.14. Виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи;

11.6.15. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку чи дозвілля. При цьому до активного відпочинку/дозвілля належить, зокрема: використання будь-яких механічних, електричних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Застрахована особа сплатила проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, а також заняття різноманітними видами боротьби, боксу, гірського, лижного, велосипедного(самокатного, лонгбордного, моноколесного тощо), водного, пішохідного туризму, спелеотуризму та іншими аналогічними видами відпочинку/дозвілля;

11.6.16. Польоту Застрахованої особи на будь-якому літальному апараті, керування таким апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажера на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом;

11.6.17. Аварії, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія відповідної категорії чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних ре лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, а також, якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не мала посвідчення водія відповідної категорії чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції;

11.6.18. Спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях;

11.6.19. Участі Застрахованої особи у автоперегонах або інших змаганнях (чи підготовці до них) на землі, воді або у повітрі в якості водія, капітана, пілота чи їх помічника, а також наїзника на тваринах;

11.6.20. Виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника або дресирувальника тварин (за винятком сплати Страхувальником додаткового страхового платежу);

11.6.21. Участі Застрахованої особи у таких небезпечних для життя видах діяльності як стрибки з парашутом (як із літаків, так і з веж або інших об'єктів (вольтижування), стрибки з використанням еластичного троса, походи в екстремальних умовах, участь у пошукових або інших експедиціях у зони з екстремальними природно-кліматичними умовами (гірська місцевість) або в географічно віддалені регіони;

11.6.22. Полювання;

11.6.23. Керування мотоциклом, моторолером, квадрациклами, картами, сігвеєм, електросамокатом та іншими екстремальними/небезпечними (на розсуд Страховика) засобами пересування (на суші, на воді чи в повітрі).

11.7. Дія страхового захисту не поширюється і страховими не визнаються випадки/події:

11.7.1. що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених відповідними нормативними актами країни перебування, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними у встановленому законодавством порядку;

11.7.2. що виникли до дати початку або після дати закінчення строку дії Договору або протягом періоду дії франшизи, передбачених умовами цього Договору;

11.7.3. що сталися поза межами території дії страхування (покриття) за Договором;

11.7.4. зникнення Застрахованої особи безвісті;

11.7.5. будь-які хронічні захворювання та їх наслідки чи ускладнення незалежно від часу виникнення чи

дати виявлення;

11.7.6. будь-які захворювання чи стани, що вимагають планового стаціонарного лікування (терапевтичного чи хірургічного) та/чи будь-якого амбулаторного лікування захворювання;

11.7.7. особливо небезпечні, небезпечні інфекційні та паразитарні хвороби людини і носійство збудників цих хвороб – згідно переліку, затвердженого Наказом МОЗ України від 19.07.95 N 133 (крім COVID-19).

11.8. Не визнаються страховими випадками захворювання та стани за переліком згідно груп і класів захворювань за класифікацією МКБ-10 (окрім захворювань та станів, визначених у Переліку критичних і важких хвороб та станів згідно Додатку №2 до Договору):

| Класи захворювань | Виключення |
|--|--|
| КЛАС 1 ДЕЯКІ ІНФЕКЦІЙНІ ТА ПАРАЗИТАРНІ ХВОРОБИ (A00-B99) | A02, A04, A08-09, A28, A30-31, A43-44, A49, A55-58, A60-64, A65-A79, A92-B09 |
| КЛАС 2 НОВОУТВОРЕННЯ (C00-D48) | C00-D48 |
| КЛАС 3 ХВОРОБИ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ, ТА ОКРЕМІ ПОРУШЕННЯ З ЗАЛУЧЕННЯМ ІМУННОГО МЕХАНІЗМУ (D50-D89) | D50-D89 |
| КЛАС 4 ЕНДОКРИННІ ХВОРОБИ, РОЗЛАДИ ХАРЧУВАННЯ ТА ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ РЕЧОВИН (E00-E89) | E00-E89 |
| КЛАС 5 РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ (F00-F99) | F00-F99 |
| КЛАС 6 ХВОРОБИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (G00-G99) | G00-G99 |
| КЛАС 7 ХВОРОБИ ОКА ТА ПРИДАТКОВОГО АПАРАТА (H00-H59) | H00-H59, крім H00-H01 |
| КЛАС 8 ХВОРОБИ ВУХА ТА СОСКОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА (H60-H95) | H60-H95, крім H60.0, H60.3, H60.5, H65.0-H65.1, H66.0-H66.8, H70.0, H73.0 |
| КЛАС 9 ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ (I00-I99) | I00-I99, крім I01, |
| КЛАС 10 ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ (J00-J99) | J30-J99 |
| КЛАС 11 ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ (K00-K93) | K00-K93, крім K35, та четвертих кодів 0; 1; 2 |
| КЛАС 12 ХВОРОБИ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ (L00-L99) | L00-L99 крім L01-L04 |
| КЛАС 13 ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ (M00-M99) | M00-M99 |
| КЛАС 14 ХВОРОБИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ (N00-N99) | N00-N99, крім N30.00, N34.00, N41.00, N70.00, N75.10, N76.00, N76.40 |
| КЛАС 15 ВАГІТНІСТЬ, ПОЛОГИ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД (O00-O99) | O00-O99 |
| КЛАС 16 ОКРЕМІ СТАНИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ У ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ (P00-P96) | P00-P96 |
| КЛАС 17 ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ, ДЕФОРМАЦІЇ ТА ХРОМОСОМНІ АНОМАЛІЇ (Q00-Q99) | Q00-Q99 |
| КЛАС 18 СИМПТОМИ, ОЗНАКИ ТА ВІДХИЛЕННЯ ВІД НОРМИ, ВИЯВЛЕНІ ПРИ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ, НЕ КЛАСИФІКОВАНІ В ІНШИХ РУБРИКАХ (R00-R99) | R00-R99 |
| КЛАС 19 ТРАВМИ, ОТРУЄННЯ ТА ДЕЯКІ ІНШІ НАСЛІДКИ ДІЇ ЗОВНІШНІХ ПРИЧИН (S00-T98) | S00-T98 |
| КЛАС 20 ЗОВНІШНІ ПРИЧИНИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ (U50 –U73, U90, V00-Y98) | U50 –U73, U90, V00-Y98 |

11.9. За цим Договором не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати/збитки: моральний збиток/шкода, шкода навколишньому природному середовищу, упущена вигода, неустойка (штраф, пеня), шкода, заподіяна третім особам, будь-які інші непрямі збитки.

Перелік критичних і важких хвороб та станів (Перелік хвороб)

| п/п | Назва критичного захворювання чи стану | % страхової суми | Франшиза, кількість днів |
|-----|--|------------------|--------------------------|
| 1 | <p>Кома – стан із втратою свідомості без реакції на зовнішні подразники або внутрішні потреби, що зберігається безперервно протягом не менше ніж 96 годин і вимагає використання систем життєзабезпечення. Для визнання критичним станом кома повинна призвести до неврологічних порушень, а саме, призвести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16 або викликати стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:</p> <p>а) пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або</p> <p>б) самостійно приймати приготувану і подану їй їжу, або</p> <p>в) спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення.</p> <p>Страхова виплата також буде здійснена, якщо кома тривала безперервно протягом 2 і більше місяців. Виключаються всі випадки коми, спричинені будь-якими медикаментозними препаратами.</p> | 60% | 30 |
| | Якщо віддалені наслідки коми за ступенем важкості не відповідають визначенню критеріїв згідно п.а)-с), то випадок відноситься не до критичних захворювань, а до важких і виплата здійснюється частково. | 25% | |
| 2 | <p>Параліч – постійна та повна втрата функції двох і більше кінцівок в результаті травми або захворювання спинного мозку (інші причини виключаються). Під кінцівкою розуміють цілком всю руку або всю ногу. Тривалість цього стану повинна спостерігатись не менше трьох місяців безперервно і має підтверджуватися медичною документацією. Наступна патологія виключається з визначення: параліч при синдромі Гійєна-Барре.</p> | 50% | 60 |
| 3 | <p>Інфаркт міокарда – однозначний діагноз загибелі ділянки серцевого м'яза, що сталася через недостатнє кровопостачання відповідної області. Для визнання інфаркту міокарду критичним захворюванням повинні бути дотримані всі чотири наступні критерії:</p> <p>1. Типовий біль в центральній частині грудної клітки, що є симптомом інфаркту міокарда;</p> <p>2. Діагностично значиме збільшення специфічних серцевих маркерів, типових для інфаркту міокарду та/чи підтвердження діагнозу при проведенні Коронарографії;</p> <p>3. Зміни на ЕКГ, що типові для гострого інфаркту міокарда, в тому числі стійкі зміни, що залишилися після гострого періоду;</p> <p>4. Зниження функції лівого шлуночка, а саме, зниження фракції викиду лівого шлуночка нижче 50%, обумовлена значною гіпокінезією, акінезією або аномалією руху стінки, що спричинені інфарктом міокарда та які діагностуються на ЕхоКГ.</p> | 50% | 50 |
| | В разі, якщо не дотримані всі 4 критерії, зокрема, за результатами проведення лікування при повторному обстеженні через 3 місяці від дати встановлення діагнозу інфаркту відсутні стійкі зміни на ЕКГ та/або зниження функції шлуночку згідно п.д) п.1, то випадок відноситься не до критичних захворювань, а до важких і виплата здійснюється частково. Інфаркт міокарда, за наслідками якого було проведено стентування (будь-яка кількість стентів), до страхового випадку в розумінні цього Переліку хвороб не належить. | 20% | |
| 4 | <p>Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження частини головного мозку. Для визнання інсульту критичним захворюванням наслідком мають бути:</p> <p>а) стійкі неврологічні порушення, а саме – стійке та незворотне зниження функції, як мінімум, цілком однієї кінцівки, де кінцівка визначається як рука, включаючи кисть, або нога, включаючи стопу. Цей</p> | 50% | 50 |

| | | | |
|---|---|-----|----|
| | <p>факт має бути підтверджений шляхом спеціального неврологічного обстеження; або</p> <p>б) стійкі неврологічні порушення, що викликають стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або • самостійно приймати приготовлену і подану їй їжу, або • спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення без допоміжних засобів. <p>Оцінка зазначених вище станів проводиться не раніше ніж через 3 місяці після інсульту, та має бути підтверджена результатами КТ, МРТ та інших методів клінічних обстежень.</p> | | |
| | <p>Якщо інсульт стався з тимчасовим виникненням неврологічних порушень значного ступеня (параліч, парез частини обличчя, однієї і більше кінцівок), а в наступному ступінь таких порушень зменшився так, що не виконуються всі критерії, визначені в п.а)-б), то випадок відноситься не до критичних захворювань, а до важких і виплата здійснюється частково.</p> <p>Якщо за наслідками лікування інсульту стійких неврологічних змін значного ступеню не залишилось, то до страхового випадку в розумінні цього Переліку хвороб такий інсульт не належить.</p> | 20% | |
| 5 | <p>Злоякісне новоутворення – вперше виявлене новоутворення, яке характеризується прогресуючим неконтрольованим зростанням, розповсюдженням злоякісних клітин по всьому організму, інвазією і деструкцією нормальних і оточуючих новоутворення тканин. Для визнання злоякісного новоутворення критичним захворюванням поставлений діагноз повинен бути підтверджений гістологічно (за результатами проведення патогістологічного дослідження матеріалу біопсії), а також не належати до наступних груп (виключаються наступні пухлини):</p> <p>а) Пухлини, які проявляють злоякісні зміни карциноми <i>in situ</i> (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 і CIN-3) або гістологічно описані як передракові захворювання;</p> <p>б) Злоякісні новоутворення, які гістологічно описані як T1 (а) або T1 (b) або T1N1M0 чи T2N1M0 чи T2N2M0 за класифікацією TNM або мають еквівалентну чи меншу стадію за іншою класифікацією;</p> <p>в) Хвороба Ходжкіна та неходжкінська лімфома стадії I (по класифікації Енн-Арбор);</p> <p>г) Лейкемія, крім хронічної лімфоцитарної лейкемії, за відсутності генералізованої дисемінації лейкемічних клітин в кровотворному кістковому мозку;</p> <p>д) Хронічна лімфоцитарна лейкемія на стадії, що менша стадії I по класифікації RAІ або стадії AI по Бінету.</p> <p>е) Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози;</p> <p>ж) Всі новоутворення шкіри, за винятком тих випадків, коли є докази метастазів, або коли пухлина є злоякісною меланою з максимальною товщиною більше 1,5 мм, підтвердженою за допомогою гістологічного дослідження з використанням методу Бреслоу.</p> | 50% | 90 |
| | <p>Злоякісні новоутворення, які належать до груп згідно п.б)-г), відносяться не до критичних захворювань, а до важких і виплата здійснюється частково.</p> <p>Злоякісні новоутворення, які належать до груп згідно п.а) до страхового випадку в розумінні цього Переліку хвороб не належить.</p> | 20% | |
| 6 | <p>Термінальна стадія захворювання печінки – вперше виявлене ураження печінки важкого ступеню, що приводить до цирозу. Діагноз має бути підтверджений спеціалістом, ураження печінки має відповідати ступеню В або С за класифікацією Чайлд-Пью відповідно до всіх наступних критеріїв:</p> <ul style="list-style-type: none"> • постійна жовтяниця (показник білірубіна >2 мг/дл або >35 мкмоль/л); • асцит середнього ступеню тяжкості; • значення альбуміна <3,5 г/дл; • печінкова енцефалопатія. | 45% | 90 |

| | | | |
|----|--|-----|----|
| | <p>Наступні патології виключаються з визначення:</p> <ul style="list-style-type: none"> • стадія А за класифікацією Чайлд-Пью; • захворювання печінки, які є наслідком зловживання алкоголем, наркотичними або лікарськими препаратами, жирового гепатозу. | | |
| 7 | <p>Гострий бактеріальний менінгіт – гостре запалення оболонок, що покривають головний або спинний мозок, викликане бактеріями. Хвороба повинна приводити до неврологічних порушень, а саме - призвести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16 або викликати стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або - самостійно приймати приготовану та подану їй їжу, або - спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення. | 40% | 20 |
| 8 | <p>Гострий енцефаліт – гостре запалення мозку (півкуль головного мозку, стовбура мозку або мозочку). Захворювання має призвести до значних ускладнень, що тривали не менше 6 місяців, які включають в себе стійкі неврологічні порушення. Стійкі неврологічні порушення можуть включати в себе слабоумство, емоційну лабільність, сліпоту, глухоту, порушення мови, геміплегію або параліч. Неврологічне порушення повинно призвести до оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16 або викликати стійку та незворотну нездатність Застрахованої особи:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів; b) самостійно приймати приготовану та подану їй їжу; c) спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення. | 40% | 20 |
| 9 | <p>М'язова дистрофія – вперше виявлена. Остаточний діагноз м'язової дистрофії Дюшена, Беккера, або кінцівко-поясної м'язової дистрофії (всі інші види м'язових дистрофій з покриття виключаються). Точний діагноз повинен бути підтверджений фахівцем, а також результатами біопсії м'язів та значенням креатинфосфокінази. Захворювання повинно проявлятися в постійній неможливості самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дій:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) митися (здатність митися в душі або у ванні); b) одягатися (знімати або надягати на себе одяг); c) застігатися або розстігатися; d) дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни); e) рухливість (здатність пересуватися вдома або в межах поверху); f) самостійно регулювати екскреторні функції; g) їсти/пити (але не готувати їжу). <p>Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно і без сторонньої допомоги.</p> <p>Описані вище стану повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 місяців.</p> | 30% | 30 |
| 10 | <p>Вперше виявлений набутий порок серця чи магістральних судин, який вимагає проведення відкритого хірургічного втручання на серці та/чи магістральних судинах.</p> <p>До відкритих операцій на серці у значенні цього Переліку хвороб належать: аорто-коронарне шунтування, операції на клапанах серця, операції на аорті та інші, окрім оперативного втручання при ТЕЛА.</p> | 30% | 90 |
| 11 | <p>Вперше виявлена доброякісна пухлина головного чи спинного мозку – стійкий неврологічний розлад, що розвинувся внаслідок наявності неоперабельної доброякісної пухлини головного чи спинного мозку, або видалення цієї пухлини під загальним знеболюванням. Діагноз має бути підтверджений фахівцем, а також результатами комп'ютерної чи магнітно-резонансної томографії, що характерні для даного стану. Стійкий неврологічний розлад має тривати не менше 3 (трьох) місяців та бути підтверджений відповідними медичними документами.</p> <p>Наступні патології виключаються з визначення: кісти, гранульоми, мальформації вен та артерій головного чи спинного мозку, гематоми,</p> | 20% | 90 |

| | | | |
|----|--|-----|----|
| | пухлини гіпофіза або хребта. | | |
| 12 | <p>Хвороба Паркінсона – вперше виявлене повільно прогресуюче дегенеративне захворювання центральної нервової системи з дегенерацією нейронів в області мозку, що викликає зниження рівнів допаміну в різних частинах мозку. Діагноз має бути підтверджений кваліфікованим спеціалістом, та повинні бути виконані наступні умови:</p> <p>а) хворобу неможливо контролювати за допомогою лікарських препаратів;</p> <p>б) хвороба має ознаки прогресуючих порушень;</p> <p>с) хвороба повинна викликати неврологічні порушення, що призводять до:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. стійкогота незворотного порушення ходьби, яке характерне для хвороби Паркінсона, і яке може бути неврологічно підтверджено, ii. - оцінки за шкалою MMSE (коротка шкала для оцінки психічного стану) менше 16. | 20% | 90 |
| 13 | <p>Вперше виявлена хвороба Альцгеймера у віці до 60 років/Важка форма недоумства (слабоумства) – остаточний діагноз хвороба Альцгеймера (пресенільна деменція) віком до 60 років, підтверджений фахівцем, а також результатами когнітивних і інструментальних досліджень (комп'ютерна, магнітно-резонансна або позитронна емісійна томографія головного мозку), типовими для даного захворювання. Наслідком захворювання повинна бути постійна нездатність самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дій:</p> <p>а) митися (здатність митися в душі або у ванні);</p> <p>б) одягатися (знімати або надягати на себе одяг, застібати або розстібати);</p> <p>с) дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни);</p> <p>д) рухливість (здатність пересуватися вдома або в межах поверху);</p> <p>е) самостійно регулювати екскреторні функції;</p> <p>ф) їсти/пити (але не готувати їжу)</p> <p>г) вимагати спостереження та постійної присутності спеціального персоналу з догляду.</p> <p>Описані вище умови повинні бути підтверджені медичними документами, щонайменше, протягом 3 місяців.</p> | 20% | 90 |
| 14 | <p>Мальформації і аневризми судин головного мозку – вперше діагностовані фахівцем в спеціалізованому медичному закладі мальформації та/або аневризми судин головного мозку, що вимагають оперативного лікування за життєвими показаннями в терміновому порядку.</p> | 15% | 90 |
| 15 | <p>Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – гостра часткова або повна закупорка стовбура, крупних, середніх і дрібних гілок легеневої артерії, частіше всього тромботичними масами, що призводить до гіпертензії малого кола кровообігу та компенсованого чи декомпенсованого легеневого серця.</p> <p>При діагностиці за клінічними ознаками має бути підтверджений рівень:</p> <p>за Шкалою Уеллса – 7 і більше балів;</p> <p>за Женевською шкалою – 11 і більше балів.</p> <p>Діагноз має бути підтверджений результатами МСКТ, Ехо-КГ, Компресійної ехографії вен нижніх кінцівок, Ангіографії легень, D-димер тесту та іншими.</p> | 15% | 90 |

Таблиця страхових виплат при страхуванні від нещасних випадків
(у відсотках від страхової суми)

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|--|--|-----|
| 1. | Перелом кісток черепа | |
| 1.1 | перелом зовнішньої пластинки кісток склепіння, розбіжність шва | 5 |
| 1.2 | перелом склепіння | 15 |
| 1.3 | перелом основи | 20 |
| 1.4 | перелом склепіння і основи | 25 |
| <i>Примітка до п.1: у випадку відкритого перелому додатково виплачується 5% страхової суми</i> | | |
| 2. | Внутрішньочерепні травматичні гематоми: | |
| 2.1 | Субарахноїдальна | 5 |
| 2.2 | епідуральна | 10 |
| 2.3 | субдуральна | 15 |
| <i>Примітка до п.2: у випадку хірургічного лікування гематоми додатково виплачується 5% (ендоскопічне видалення ч/з фрезевий отвір) чи 10% (широка краніотомія)</i> | | |
| 3. | Ушкодження головного мозку: | |
| 3.1 | струс головного мозку, при якому потрібне лікування протягом від 10 до 15 днів | 4 |
| 3.2 | струс головного мозку, діагностований невропатологом, при якому потрібне лікування протягом 16 днів і більше | 7 |
| 3.3 | забій головного мозку | 10 |
| 3.4 | не видалені сторонні тіла в порожнині черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу) | 20 |
| 3.5 | розчавлення речовини головного мозку | 50 |
| <i>Примітки до п.3: 1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одному пункті, страхова виплата проводиться за одним з підпунктів, яким враховане найтяжче ушкодження.</i> | | |
| 4. | Травматичне ушкодження нервової системи, що спричинило за собою: | |
| 4.1 | парез однієї кінцівки (верхній або нижній монопарез) | 30 |
| 4.2 | гемі- або парапарез (парез будь-якої пари кінцівок) | 40 |
| 4.3 | моноплегію (параліч однієї кінцівки) | 60 |
| 4.4 | тетраплегію (парез верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації руху, слабоумство (деменція) | 70 |
| 4.5 | гемі-, пара-, тетраплегію, втрату мови, декортикацію, порушення функцій тазових органів | 100 |
| <i>Примітки до п.4: 1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними в п. 4, проводиться за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у випадку, коли вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, проведеної у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплати не може перевищувати 100%. 2. У випадку, коли Застрахованою особою подані довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, страхова виплата проводиться за пунктами 1,2, 3,4, 5, 6 шляхом їх сумування. 3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми Страхова виплата проводиться з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями шляхом підсумовування. 4. Страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми.</i> | | |
| 5. | Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, в тому числі кінського хвосту: | |
| 5.1 | Струс | 3 |
| 5.2 | Забій | 10 |
| 5.3 | частковий розрив | 20 |
| 5.4 | повний розрив | 60 |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|---|---|-----|
| <i>Примітки до п.5: 1. У тому випадку, коли страхова виплата була проведена за п. 6, а надалі виникли ускладнення, перелічені у п. 4 і підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, страхова виплата за п. 4 проводиться додатково до виплаченої раніше. 2. Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводились відкриті оперативні втручання (крім ендоскопічних), додатково виплачується 15% страхової суми одноразово.</i> | | |
| 6. | Периферичне ушкодження черепно-мозкових нервів. (Не застосовується, якщо виплата зроблена по розділу 1.) | 10 |
| 7. | Ушкодження шийного, плечового, поперекового, крижового нервових сплетень і їхніх нервів: | |
| 7.1. | ушкодження шийного, грудного, поперекового відділу хребта, що призвели до радикулярного синдрому | 2 |
| 7.2 | частковий розрив сплетення | 30 |
| 7.3 | розрив сплетення | 60 |
| 7.4 | Розрив нервів: | |
| 7.4.1 | гілки променевого, ліктьового, серединного, пальцевих нервів | 5 |
| 7.4.2 | на рівні променезап'ясткового суглобу, гомілковостопного суглобу | 10 |
| 7.4.3 | на рівні передпліччя, гомілки | 20 |
| 7.4.4 | на рівні плеча, ліктьового суглобу, стегна, колінного суглобу | 40 |
| 8. | Ушкодження періорбітальної області, що спричинили за собою | |
| 8.1 | проникаюче поранення очного яблука, іридоцикліт, хоріоретиніт, дефект райдужної оболонки | 10 |
| 8.2 | перелом орбіти | 10 |
| 8.3 | геміанопсію, параліч акомодатії, пульсуючий екзофтальм, звуження поля зору, необоротне порушення функції сльозопровідних шляхів, травматичну косоокість, птоз (одного ока). | 15 |
| 8.4 | опік II - III ступеня, зміщення кришталика, немагнітні сторонні тіла очного яблука або очної ямки, рубці оболонок очного яблука, що не призводять до зниження зору (поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для виплати) | 15 |
| 8.5 | повну втрату зору одного ока | 50 |
| 8.6 | повну втрату зору єдиного ока, що володіло будь-яким зором, або обох очей, що володіли будь-яким зором (сума виплат не повинна перевищувати 50% на одне око) | 100 |
| <i>Примітка до п.п.8.1-8.4: страхова виплата здійснюється не раніше 3 місяців з дня травми</i> | | |
| 9. | Ушкодження вушної раковини, що спричинило за собою: | |
| 9.1 | рубцеву деформацію або відсутність вушної раковини до 1/3 | 5 |
| 9.2 | відсутність вушної раковини до 2/3 | 15 |
| 9.3 | повну відсутність вушної раковини | 20 |
| 10. | Ушкодження вуха, яке призвело до втрати слуху: | |
| 10.1 | травматичне зниження слуху, підтверджене аудіометрією | 10 |
| 10.2 | повна глухота (розмовна мова - 0) | 25 |
| <i>Примітка до п.п.9,10: страхова виплата здійснюється не раніше 3 місяців з дня травми</i> | | |
| 11 | Розрив барабанної перетинки без зниження слуху, крім випадків, що призвели до розриву барабанної перетинки в результаті перелому основи черепа (страхова виплата згідно п.п.1.2, 1.3, 1.4), а також ушкоджень вуха (страхова виплата згідно п.10) | 5 |
| 12 | Перелом кісток носа, передньої стінки гайморової пазухи, решітчастої кістки | |
| 12.1 | без зміщення | 3 |
| 12.2 | зі зміщенням | 7 |
| 13. | Ушкодження легенів, гемоторакс, пневмоторакс, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини: | |
| 13.1 | з однієї сторони | 5 |
| 13.2 | з двох сторін | 10 |
| 14. | Ушкодження легенів, що спричинило за собою: | |
| 14.1 | легеневу недостатність, крім випадків, що вказані у п.п.14.2 і 14.3 (по закінченню 3-х місяців з дня травми) | 10 |
| 14.2 | видалення частини, частки легенів | 40 |
| 14.3 | видалення однієї легені | 60 |
| 15. | Перелом грудини | 10 |
| 16. | Переломи ребер: | |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|---|---|----|
| 16.1 | одного – трьох (без зміщення) | 3 |
| 16.2 | одного – трьох (зі зміщенням) | 5 |
| 16.3 | кожного наступного ребра | 2 |
| 17. | Проникаюче поранення грудної клітини, викликане травмою: | |
| 17.1 | при відсутності ушкодження органів грудної порожнини | 10 |
| 17.2 | при ушкодженні органів грудної порожнини (крім легенів) | 20 |
| 18. | Ушкодження гортані, трахеї, перелом під'язикової кістки | 5 |
| 19. | Ушкодження серця, ендо-, міо- і епікарду і великих магістральних судин, крім випадків, за якими страхова виплата здійснюється згідно п.20 | 25 |
| 20. | Ушкодження серця, ендо-, міо- і епікарду і великих магістральних судин, що спричинило за собою серцево-судинну недостатність середнього та вище ступеню | 35 |
| 21. | Ушкодження великих периферичних судин, що не спричинило за собою порушення кровообігу, на рівні: | |
| 21.1 | плеча, стегна | 3 |
| 21.2 | передпліччя, гомілки | 6 |
| 22. | Ушкодження великих периферичних судин, що спричинило за собою серцево-судинну недостатність середнього та вище ступеню | 20 |
| 23. | Ушкодження щелеп: | |
| 23.1 | перелом верхньої щелепи, нижньої щелепи, виличної кістки, вивих нижньої щелепи, що вимагає хірургічного (оперативного) лікування | 5 |
| 23.2 | перелом двох або більше кісток або подвійний перелом однієї кістки | 10 |
| 24. | Ушкодження щелепи, що спричинило за собою: | |
| 24.1 | відсутність частини щелепи (за винятком альвеолярного відростку) | 40 |
| 24.2 | відсутність щелепи | 60 |
| 25. | Ушкодження язика, порожнини рота (опік, поранення, відмороження), що спричинило за собою утворення грубих рубців | 3 |
| 26. | Ушкодження язика, що спричинило за собою: | |
| 26.1 | відсутність язика на рівні дистальної третини | 15 |
| 26.2 | на рівні середньої третини | 30 |
| 26.3 | на рівні кореня, повна відсутність | 60 |
| 27. | Ушкодження (розрив, опік, поранення) ротової порожнини, глотки, стравоходу, шлунку. | 5 |
| <i>Примітка до п.27: якщо страхові випадки, що зазначені у п.27, привели до ускладнення, і надалі проводяться виплати за п.п.28-29, то розмір цих виплат зменшується на суму раніше здійснених виплат згідно цього пункту</i> | | |
| 28. | Ушкодження (розрив, опік, поранення) стравоходу, що призвело до: | |
| 28.1 | звуження стравоходу | 40 |
| 28.2 | непрохідності стравоходу (при наявності гастростоми). | 90 |
| <i>Примітка до п.28: страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми (раніше цього строку виплати здійснюються згідно п.27)</i> | | |
| 29. | Ушкодження (розрив, опік, поранення) органів травлення черевної порожнини, що спричинило за собою: | |
| 29.1 | спайкову хворобу (стан після операції з приводу спайкової кишкової непрохідності), рубцеве звуження шлунка, кишечника, відхідникового отвору | 20 |
| 29.2 | кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози | 40 |
| <i>Примітка до п.29: страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми (раніше цього строку виплати здійснюються згідно п.27)</i> | | |
| 30. | Грижа, що утворилася на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми, крім грижі, що виникла в результаті підйому ваги | 5 |
| <i>Примітка до п.30: страхова виплата здійснюється додатково до виплат, пов'язаних із травмою органів живота, якщо грижа явилася прямим наслідком цієї травми</i> | | |
| 31. | Ушкодження печінки в результаті травми, що спричинила за собою | |
| 31.1 | підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання | 5 |
| 31.2 | печінкову недостатність | 10 |
| 32. | Ушкодження печінки, жовчного міхура в результаті травми, що спричинила за собою | |
| 32.1 | ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура | 15 |
| 32.2 | ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура | 20 |
| 32.3 | видалення частини печінки | 20 |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|--|---|----|
| 32.4 | видалення частини печінки і жовчного міхура | 30 |
| 33. | Ушкодження селезінки, що спричинило за собою | |
| 33.1 | підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання | 5 |
| 33.2 | видалення селезінки | 30 |
| 34. | Ушкодження шлунку, кишечника, підшлункової залози, брижі, що спричинило за собою | |
| 34.1 | резекцію 1/3 шлунку, 1/3 кишечника | 25 |
| 34.2 | резекцію 1/2 шлунку, 1/2 кишечника, 1/2 хвоста підшлункової залози | 35 |
| 34.3 | резекцію 2/3 шлунку, 2/3 кишечника, 2/3 тіла підшлункової залози | 45 |
| 34.4 | резекцію шлунку, кишечника, підшлункової залози | 60 |
| <i>Примітка до п.34: у разі комбінованої резекції декількох органів, страхова виплата здійснюється згідно одного з підпунктів п.34, яким передбачене максимальне відшкодування</i> | | |
| 35 | Ушкодження органів черевної порожнини (крім випадків, що передбачають виплати за п.п. 32-34), у зв'язку з яким була зроблена | |
| 35.1 | лапаротомія при підозрі на ушкодження органів черевної порожнини (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) | 5 |
| 35.2 | лапаротомія, при ушкодженні органів черевної порожнини (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом). | 10 |
| <i>Примітка до п.п.32-35: страхові виплати здійснюються в разі операцій, що сталися безпосередньо після й у зв'язку з нещасним випадком</i> | | |
| 36 | Ушкодження нирки, що спричинило за собою: | |
| 36.1 | забій нирки, підтверджений клініко-лабораторними проявами, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання | 5 |
| 36.2 | видалення частини нирки | 20 |
| 36.3 | видалення нирки | 40 |
| 37. | Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинило за собою: | |
| 37.1 | гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит | 10 |
| 37.2 | зменшення об'єму сечового міхура | 10 |
| 37.3 | звуження сечоводу, сечовипускального каналу більш ніж на 40% | 20 |
| 37.4 | непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевої свищі | 30 |
| <i>Примітка до п.37: у разі порушення функції декількох органів сечовидільної системи страхова виплата здійснюється згідно одного з підпунктів п.37, яким передбачене максимальне відшкодування; страхові виплати за п.п.37.2-37.4 здійснюються не раніше 6 місяців з дня травми</i> | | |
| 38. | Ушкодження органів жіночої статевий системи, що призвело до: | |
| 38.1 | втрати однієї маткової труби | 15 |
| 38.2 | Утрати двох яєчників, двох маткових труб | 20 |
| 38.3 | утрати матки з трубами або без | 25 |
| 39. | Ушкодження органів чоловічої статевий системи, що призвело до: | |
| 39.1 | утрати яєчка | 15 |
| 39.2 | утрати 2-х яєчок, частини статевий члена | 30 |
| 39.3 | утрати статевий члена | 40 |
| 40. | Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин (крім випадків, за якими страхова виплата здійснюється згідно п.9), що призвело до | |
| 40.1 | утворення рубців із площею від 5 до 9 кв. см | 3 |
| 40.2 | утворення рубців із площею від 10 до 19 кв. см | 10 |
| 40.3 | утворення рубців із площею від 20 до 30 кв. см | 30 |
| 40.4 | значних змін натурального виду обличчя (спотворюванню) або утворення рубців із площею більш 30 кв. см. (до косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, утягнені або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини) | 55 |
| <i>Примітка до п.40: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 1 місяця з дня травми</i> | | |
| 41. | Ушкодження м'яких тканин волосної частини голови, тулуба, кінцівок, що призвело до утворення рубців, а також опіків III - IV ступеня і поранень площею: | |
| 41.1 | від 1% до 3% поверхні тіла | 5 |
| 41.2 | від 4% до 6% поверхні тіла | 20 |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|---|--|----|
| 41.3 | від 7 % до 9% поверхні тіла | 25 |
| 41.4 | від 10% до 12% поверхні тіла | 30 |
| 41.5 | 13% і більше | 35 |
| 41.6 | поранення м'яких тканин голови, тулуба, кінцівок (при строку лікування 10 днів та більше), що призвело до накладання швів, утворення рубців, глибокої гематоми м'язів | 5 |
| <i>Примітка до п.41: рішення про розмір виплати приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 1 місяця з дня травми. Якщо проводяться виплати за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, переломах кісток, пластиці сухожилля, зшиванні судин, нервів і ін.), п.41 не застосовується</i> | | |
| 42. | Опіки м'яких тканин тулуба і кінцівок I - II ступеня площею: | |
| 42.1 | від 4% до 10% поверхні тіла | 5 |
| 42.2 | від 10% і більше поверхні тіла | 10 |
| <i>Примітка до п.42: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 1 місяця з дня травми Загальна сума виплат за розділами 40, 41, 42 не може перевищувати 40%</i> | | |
| 43. | Опікова хвороба, опіковий шок | 20 |
| 44. | Перелом або перелоמו-вивих тіл, дужок, суглобних відростків хребців (за винятком крижі і куприка): | |
| 44.1 | одного-двох | 10 |
| 44.2 | трьох і більше | 15 |
| <i>Примітка до п.44: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 1 місяця з дня травми</i> | | |
| 45. | Повний розрив міжхребцевих зв'язок (при строку лікування не менше 14 днів) за винятком куприка | 5 |
| <i>Примітка до п.45: у випадку рецидиву підвивиху хребця страхова виплата не здійснюється</i> | | |
| 46. | Перелом поперечних або остистих відростків хребців: | |
| 46.1 | одного-двох | 3 |
| 46.2 | трьох або більше | 7 |
| 47. | Перелом крижової кістки. | 7 |
| 48. | Ушкодження куприка: | |
| 48.1 | вивих, перелом куприкових хребців | 3 |
| 48.2 | видалення куприкових хребців внаслідок травми | 10 |
| 49. | Перелом лопатки, ключиці, розрив акроміально-ключичного або груднино-ключичного зчленувань | |
| 49.1 | перелом однієї кістки або розрив одного зчленування | 5 |
| 49.2 | перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом однієї кістки і розрив одного зчленування | 10 |
| 50. | Ушкодження плечового суглоба (суглобової западини, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, зв'язок, суглобної сумки): | |
| 50.1 | перелом суглобної западини лопатки, підвивих і повний або частковий розрив сухожилля, капсули плечової сумки, відриви кісткових фрагментів, включаючи горбик, перелоמו-вивих плеча | 7 |
| 50.2 | перелом двох кісток чи подвійний перелом однієї кістки із зміщенням | 10 |
| 50.3 | перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелом, який не зрісся (при лікуванні не менше 9 місяців) | 15 |
| 51. | Ушкодження плечового суглобу, що призвело до: | |
| 51.1 | Анкілозу | 30 |
| 51.2 | формування розбобтаного суглобу, як результат резекції суглобних поверхонь складових його кісток. | 40 |
| <i>Примітка до п.51: рішення про розмір виплати приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.50.</i> | | |
| 52. | Перелом тіла плечової кістки на будь-якому рівні (крім суглобів): | |
| 52.1 | без зміщення | 5 |
| 52.2 | зі зміщенням, що потребує оперативного втручання | 10 |
| 53. | Травматична ампутація верхньої кінцівки, включаючи лопатку, ключицю або їхні частини | 70 |
| 54. | Травматична ампутація плечової кістки на будь-якому рівні або важке ушкодження, | 65 |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|---|---|----|
| | яке призвело до її ампутації | |
| 55. | Ушкодження області ліктьового суглоба: | |
| 55.1 | перелом однієї кістки без зміщення відломків, розрив зв'язок | 3 |
| 55.2 | перелом двох кісток без зміщення відломків | 6 |
| 55.3 | перелом 2х і більше кісток зі зміщенням відломків, що потребує відкритого оперативного втручання | 15 |
| 56. | Ушкодження області ліктьового суглоба, що призвело до: | |
| 56.1 | Анкілозу | 30 |
| 56.2 | формування розбовтаного суглобу, як результат резекції суглобних поверхонь складових його кісток. | 40 |
| <i>Примітка до п.56: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.55.</i> | | |
| 57. | Перелом кісток передпліччя (за винятком ділянки променезап'ястного суглобу): | |
| 57.1 | піднадкістний, епіфізооліз | 2 |
| 57.2 | однієї або двох кісток без зміщення | 3 |
| 57.3 | однієї або двох кісток зі зміщенням, що потребує відкритого оперативного втручання | 15 |
| 58. | Травматична ампутація або серйозне ушкодження, яке призвело до ампутації передпліччя на будь-якому рівні | 60 |
| <i>Примітка до п.58: якщо були встановлені патологічні зміни, обговорені в розділах 49-59, розмір виплати не повинен перевищувати на одну руку на рівні ключиці – 70%, вище ліктя – 65%, нижче ліктя – 60% страхової суми</i> | | |
| 59. | Ушкодження ділянки променезап'ясткового суглобу: | |
| 59.1 | перелом однієї кістки передпліччя без зміщення, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив фрагменту(ів) кістки, частковий розрив зв'язок | 2 |
| 59.2 | перелом однієї кістки передпліччя зі зміщенням | 5 |
| 59.3 | перелом двох кісток передпліччя без зміщення | 7 |
| 59.4 | перелом двох кісток передпліччя зі зміщенням, повний розрив зв'язок, що потребує відкритого оперативного втручання | 15 |
| 60 | Внутрішньосуглобові переломи кісток променезап'ясткового суглобу, що призвели до анкілозу | 15 |
| <i>Примітка до п.60: виплата здійснюється за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми</i> | | |
| 61. | Перелом кісток зап'ястка, п'ясткових кісток однієї кисті: | |
| 61.1 | перелом однієї кістки без зміщення (за винятком човноподібної) | 1 |
| 61.2 | перелом однієї кістки зі зміщенням | 2 |
| 61.3 | двох і більше кісток без зміщення, човноподібної кістки | 3 |
| 61.4 | двох і більше кісток зі зміщенням | 5 |
| 61.5 | переломи, які не зрослися, однієї або двох кісток | 10 |
| <i>Примітка до п.61.5: страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми</i> | | |
| 62. | Травматична ампутація або важке ушкодження кисті, що призвели до її ампутації на рівні п'ясткових кісток зап'ястка або променезап'ясткового суглобу | 50 |
| <i>Примітка до п.62: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.60-62, загальна сума страхових виплат на одну кисть не перевищує 55% страхової суми</i> | | |
| 63. | Перелом фаланг, ушкодження сухожилля пальців кисті: | |
| 63.1. | Перелом фаланги (фаланг) без зміщення, ушкодження сухожилля пальця | 1 |
| 63.2. | Перелом фаланги (фаланг) зі зміщенням, розрив сухожилля пальця, розрив суглобової капсули | 3 |
| 64. | Ушкодження пальця кисті, що спричинило за собою відсутність рухливості | 7 |
| <i>Примітка до п.64: страхові виплати здійснюються не раніше 6 місяців з дня травми</i> | | |
| 65. | Травматична ампутація пальця кисті або ушкодження, що призвело до його ампутації на рівні: | |
| 65.1 | нігтьової фаланги і міжфалангового суглобу | 3 |
| 65.2 | пальця на рівні середньої фаланги (втрата двох фаланг) | 5 |
| 65.3 | основної фаланги, п'ястковофалангового суглобу (втрата пальця), п'ясткової кістки | 7 |
| 65.4 | усіх пальців однієї кисті | 40 |
| 66. | Перелом кісток тазу: | |
| 66.1 | перелом крила клубової кістки | 5 |
| 66.2 | перелом лобкової, сідничної кістки, тіла клубової кістки, вертлужної западини | 10 |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|--|---|----|
| 66.3 | перелом двох і більше кісток | 15 |
| 67. | Розрив лобкового, крижово-клубового зчленувань: | |
| 67.1 | одного-двох | 7 |
| 67.2 | більше двох | 10 |
| 68. | Ушкодження кульшового суглобу: | |
| 68.1 | вивих тазостегнового суглобу з відривом кісткового фрагменту (фрагментів) | 5 |
| 68.2 | повний або частковий розрив зв'язок, ізольований відрив вертлюга, що призвів до відкритого оперативного втручання | 10 |
| 68.3 | перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегнової кістки зі зміщенням, що призвів до оперативного втручання із застосуванням металоостеосинтезу | 15 |
| 69. | Ушкодження кульшового суглобу, що спричинило за собою: | |
| 69.1 | Анкілоз | 20 |
| 69.2 | формування розбовтаного суглобу, як результат резекції голівки стегна, вертлужної западини | 40 |
| <i>Примітка до п.69: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.68.</i> | | |
| 70. | Перелом стегна на будь-якому рівні (за винятком області суглобів): | |
| 70.1 | без зміщення відломків | 10 |
| 70.2 | зі зміщенням відломків | 15 |
| 71. | Перелом стегна, що ускладнився утворенням несправжнього суглоба (перелом, що не зрісся) | 35 |
| 72. | Травматична ампутація або важке ушкодження, яке призвело до ампутації кінцівок на будь-якому рівні стегна: | |
| 72.1 | однієї кінцівки | 60 |
| 72.2 | єдиної кінцівки | 70 |
| <i>Примітка до п.72: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.66-72, розмір виплати на одну ногу не повинен перевищувати 70% страхової суми при ампутації вище середньої частини стегна, 60% – нижче середньої частини стегна</i> | | |
| 73. | Ушкодження колінного суглоба, що спричинило за собою: | |
| 73.1 | повний розрив зв'язок, відриви кісткового(их) фрагмента(ів), перелом надвиростка (надвиростків) зі зміщенням, перелом голівки малої гомілкової кістки | 5 |
| 73.2 | перелом міжвиросткових підвищень, проксимального метафізу великогомілкової кістки зі зміщенням | 7 |
| 73.3 | перелом проксимального метафізу великогомілкової кістки з голівкою малоюмілкової кістки зі зміщенням | 10 |
| 73.4 | перелом кісток, що утворюють колінний суглоб (дистальний епіфіз стегна і проксимальний епіфіз великогомілкової кістки) зі зміщенням | 15 |
| 74. | Ушкодження колінного суглоба, що спричинило за собою: | |
| 74.1 | Анкілоз | 30 |
| 74.2 | формування розбовтаного суглобу (у результаті резекції суглобних поверхонь складових його кісток) | 40 |
| <i>Примітка до п.74: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.73.</i> | | |
| 75. | Перелом кісток гомілки (за винятком області суглобів): | |
| 75.1 | малоюмілкової кістки без зміщення, відрив кісткових фрагментів | 4 |
| 75.2 | малоюмілкової кістки зі зміщенням, великоюмілкової кістки, подвійний перелом малоюмілкової кістки | 7 |
| 75.3 | обох кісток, подвійний перелом великоюмілкової кістки | 10 |
| 76. | Травматична ампутація або важке ушкодження, яке призвело до: | |
| 76.1 | екзартикуляції в колінному суглобі | 40 |
| 76.2 | ампутації гомілки на будь-якому рівні | 45 |
| <i>Примітка до п.76: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.73-76, розмір виплати на одну ногу не повинен перевищувати у разі: ампутації нижче коліна – 50% страхової суми, до середньої третини гомілки – 45% страхової суми</i> | | |
| 77. | Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглобу: | |
| 77.1 | Частковий розрив зв'язок, перелом кісточок з краєм великоюмілкової кістки | 3 |
| 77.2 | перелом обох кісточок з краєм великоюмілкової кістки, розрив дистального міжгомілкового синдесмозу, поний розрив зв'язок | 5 |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|---|---|----|
| 77.3 | перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки, розрив дистального міжгомількового синдесмозу з вивихом (підвивихом) ступні | 10 |
| 78. | Ушкодження гомілковоступневого суглобу, що спричинило за собою: | |
| 78.1 | Анкілоз | 25 |
| 78.2 | Формування розбвтаного суглобу (як результат резекції суглобних поверхонь складових його кісток) | 30 |
| 78.3 | екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі | 35 |
| <i>Примітка до п.78: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.77.</i> | | |
| 79 | Розрив (повний) ахіллового сухожилля | 5 |
| 80. | Ушкодження стопи: | |
| 80.1 | перелом (крім епіфізеолізу) однієї кістки (крім п'яtkової кістки) | 2 |
| 80.2 | перелом (крім епіфізеолізу) двох кісток (крім п'яtkової кістки) | 3 |
| 80.3. | перелом трьох і більше кісток, п'яtkової кістки | 5 |
| 81. | Травматична ампутація або важке ушкодження стопи, що спричинило за собою її ампутацію на рівні: | |
| 81.1 | плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи) | 20 |
| 81.2 | усіх плеснових кісток | 20 |
| 81.3 | Заплесни | 25 |
| 81.4 | таранної, п'яtkової кісток, гомілковостопного суглоба (утрата ступні) | 40 |
| <i>Примітка до п.81: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.77-81, загальний розмір виплат не повинен перевищувати 40% страхової суми на одну ступню</i> | | |
| 82. | Переломи фаланг (фаланги), ушкодження сухожилля (сухожилок) пальця (пальців) однієї ступні: | |
| 82.1 | перелом однієї фаланги без зміщення, ушкодження сухожилля пальця, що призвело до відкритого оперативного втручання | 1 |
| 82.2 | перелом однієї фаланги зі зміщенням, ушкодження сухожилля декількох пальців, що призвело до відкритого оперативного втручання | 2 |
| 82.3 | перелом декількох фаланг, трьох-п'яти пальців | 3 |
| 83. | Травматична ампутація або ушкодження стопи, що спричинило за собою ампутацію: | |
| 83.1 | великого пальця на рівні нігтьової фаланги | 5 |
| 83.2 | великого пальця на рівні основної фаланги (втрата пальця) | 7 |
| 83.3 | одного пальця на рівні нігтьової або основної фаланги (втрата пальця), окрім великого | 3 |
| 83.4 | двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг | 8 |
| 83.5 | усіх пальців стопи на рівні нігтьових або середніх фаланг | 20 |
| 84. | Ушкодження, що спричинило за собою розвиток посттравматичного тромбофлебиту, лімфостазу, остеомієліту, порушення трофіки (за винятком ушкодження крупних периферичних судин, нервів, а також гнійних запалень пальців ступні) | 5 |
| <i>Примітка до п.84: пункт 84 застосовується при станах, що наступили внаслідок травми опорно-рухового апарату, через 6 місяців з дня травми</i> | | |
| 85. | Травматичний шок або шок, що розвився внаслідок гострої крововтрати, пов'язаної з травмою (геморагічний шок) | 7 |
| 86. | Переохолодження організму, що призвело до порушення функцій організму та лікування в умовах стаціонару | |
| 86.1 | Переохолодження організму, ускладнене функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем | 3 |
| 86.2 | Переохолодження організму, що призвело до стійкого порушення функцій організму та лікування в умовах стаціонару | 5 |
| 87. | Укуси тварин: | |
| 87.1 | неускладнені гнійно-септичним станом | 3 |
| 87.2 | ускладнені гнійно-септичним станом | 7 |
| 88. | Токсичні ураження хімічними речовинами, отруйними рослинами | |
| 88.1. | Неускладнені | 3 |
| 88.2 | ускладнені функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем | 15 |
| 89. | Ураження електричним струменем або блискавкою | |
| 89.1 | Неускладнені | 3 |

| № | Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку | % |
|---|---|------------|
| 89.2 | ускладнені функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем | 15 |
| 90. | Інші травми та/чи ушкодження (на розгляд Страховика) | від 1 до 2 |
| <p><i>Примітка до п.89: у випадку декількох ушкоджень, в тому числі і передбачених п.89, страхова сума виплачується по одному з пунктів, що враховує найбільш важке ушкодження.</i></p> | | |