

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Рішення Правління №2609
від 03 березня 2026

**Загальні умови
страхового продукту
«Туристичне страхування для іноземців, які здійснюють подорож Україною «INCOMING», договори по якому укладаються на сайті Страховика та на сайтах партнерів Страховика «B2C продажі» (з застосуванням програм страхування за класом 18)
(діють з 06 березня 2026)**

№ з/п	Вид інформації	Інформація про Страховика
1. Інформація про страховика		
1.	Найменування Страховика, код за ЄДРПОУ	Приватне акціонерне товариство «Європейське туристичне страхування», ЄДРПОУ 34692526
2.	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг з Державного реєстру фінансових установ №27-0024/43839 від 06.06.2024
3.	Місцезнаходження Страховика:	04071, м. Київ, вул. Спаська, 5, оф.15 (вхід зі сторони вулиці Хорива (напроти будинку 21 по вул. Хорива))
4.	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://eurotravelins.com.ua/
2. Умови страхового продукту		
5.	Клас страхування	За цим страховим продуктом можуть укладатися договори страхування за наступними класами: Клас страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (далі по тексту - Клас 18)

Голова Правління
Бойчин Мирослав Михайлович

ЄДРПОУ 34692526

Член ITIA
International Travel Insurance Alliance

Член Правління – Комерційний директор
Вишталюк Олександр Іванович

Витяг з Державного реєстру фінансових установ №27-0024/43839 від 06.06.2024

Член EUROINS Group

Член Правління – Фінансовий директор
Циголко Олександр Віталійович

Член НАСУ
Національна Асоціація Страховиків
України

		Клас страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок травми та професійного захворювання)» (далі по тексту - Клас 1)
6.	Визначення понять термінів, умовних позначень, що вживаються в договорі страхування	<p>Активний туризм — активний відпочинок, пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолерах, мотоциклах, мопедах, квадроциклах і подібних засобах пересування; сплави на човнах або плотах по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до спорту та екстриму відноситься участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубординг, походи у гори на висоту до 3500 метрів, спелеотуризм, дайвінг, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах. Страхування ризиків, пов'язаних із альпінізмом та походами у гори на висоту понад 3500 метрів може здійснюватися лише за окремим рішенням Страховика на підставі письмової заяви Страхувальника.</p> <p>Асистуюча компанія (Асистанс) Страховика – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Страхувальникам (Застрахованим особам) або іншим особам, визначеним в індивідуальній частині договору страхування, на умовах, передбачених цими умовами страхування. Допомога, що надається Асистансом включає координацію дій Застрахованої осіб в разі настання випадку, який має ознаки страхового; координацію дій осіб, які надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку; організацію та контроль за наданням допомоги/ послуг, а також виконання асистуючою компанією інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, уключаючи оплату асистуючою компанією вартості допомоги /послуг наданих Застрахованим особам.</p> <p>Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства.</p> <p>Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування.</p> <p>Застрахована подорож (поїздка) – в розумінні договору страхування ділові, туристичні, приватні та інші види поїздок територією України, які організовані і здійснюються іноземними громадянами самотійно або</p>

за допомогою (через) відповідних суб'єктів туристичної діяльності (туроператорів, турагентів), приймаючих сторін (роботодавців, учбових закладів), незалежно від форми власності і від організаційно - правової форми останніх. Договір страхування може укладатися для здійснення виключно однієї (one) подорожі, інформація про що відображається в індивідуальній частині договору страхування.

Звичайний (пасивний) туризм – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пішохідний, пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі.

Електронний договір комплексного страхування іноземців, які здійснюють подорож Україною - це угода між Страхувальником і Страховиком оформлена в електронній формі шляхом приєднання Страхувальника до відкритої пропозиції Страховика, розміщеної на сайті Страховика та/або його страхового посередника, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку в період дії страхового покриття і на території дії договору страхування здійснити страхову виплату (або організувати надання допомоги або оплатити послугу тощо) Страхувальнику або іншій особі, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові премії у визначені строки та виконувати інші умови договору. По тексту цих умов в розумінні цього поняття можливе застосування словосполучення «договір страхування».

Електронний договір страхування складається з індивідуальної частини договору страхування та оферти

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

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС)- сукупність інформаційних та електронних комунікаційних систем Страховика або його страхового посередника, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим посередником для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

Ідентифікація потенційного Страхувальника в ІТС - підтвердження повноважень потенційного Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового посередника шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я потенційного Страхувальника в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої його автентифікації в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових посередників. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону цієї особи тощо.

Медичні витрати – витрати по лікуванню, що здійснюється за призначенням кваліфікованого лікаря.

Медична евакуація- транспортування та медичний супровід Страхувальника (Застрахованої особи), що знаходиться на стаціонарному лікуванні в Україні до країни постійного проживання

Націнки – додаткові націнки до базового страхового платежу або застосування спеціального тарифу у випадках страхування осіб у віці від 65 до 80 років або у разі подорожі, під час якої буде здійснюватися активний туризм, або у разі подорожі з метою виконання роботи. В разі такого страхування та застосування націнки, в індивідуальній частині договору страхування використовуються наступні умовні позначення категорій Застрахованих осіб: А – активний туризм; J – робота; P1 – для Застрахованих осіб віком від 65 до 70 років, P2 - для Застрахованих осіб віком від 71 до 75 років; P3 - для Застрахованих осіб віком від 76 до 80 років.

Невідкладна медична допомога- це вид медичної допомоги, яка необхідна при гострих станах, що загрожують життю людини, а також під час загострення хронічного захворювання та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта, якщо такі захворювання/стани не віднесені до виключень відповідно до цих умов страхування. Вказана допомога потребує негайного надання та проводиться протягом терміну від кількох годин до однієї доби.

Невідкладні медичні послуги – невідкладні організаційні, діагностичні та лікувальні заходи, спрямовані на врятування і збереження життя людини, що надаються при раптових гострих, загостренні хронічних захворюваннях та інших загрозливих станах, що становлять небезпеку життю та здоров'ю пацієнта, з метою попередження або мінімізації шкідливих наслідків, якщо такі захворювання/стани не віднесені до виключень відповідно до цих умов страхування.

Невідкладне оперативне втручання - операції, які потребують негайного втручання та проводяться протягом терміну від кількох годин до однієї доби з моменту госпіталізації, і яке не можна замінити методами консервативного (медикаментозного, іммобілізуючого і т.п.) лікування, якщо таке оперативне втручання не проводиться в зв'язку з захворюванням/станом, яке віднесене до виключень відповідно до цих умов страхування.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна та непередбачена подія, яка відбулась під час і на території дії договору страхування та внаслідок якої настав розлад здоров'я Страхувальника (застрахованої особи) або його (її) смерть. До таких подій належать: опік; обмороження; втоплення; дія електричного струму; удар блискавки; сонячний удар; напад зловмисників або тварин; падіння якого-небудь предмету або самого Страхувальника (застрахованої особи); випадкове попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла; травми, які отримані під час руху транспортних засобів (автомобіля, потягу, трамвая, і ін.) або під час катастрофи; травми, отримані при використанні машин, механізмів, зброї, і усякого роду інструментів, травматичне пошкодження;

		<p>випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом) або поліомієлітом; розриви (поранення) органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій та інший розлад здоров'я;</p> <p>При цьому:</p> <p>до травматичних пошкоджень відносяться - порушення цілісності тканин, кісток і органів внаслідок переломів, ударів, опіків, вивихів, розривів, поранення органів, електротравми, в результаті впливу механічної сили, хімічних речовин, високої або низької температури, електричної та іншої енергії. Вказаний перелік є вичерпним;</p> <p>до іншого розладу здоров'я відноситься випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, недоброякісними продуктами, ліками, за виключенням кишкової інфекції (сальмонеллезу, дизентерії і т.п.); випадкове гостре отруєння промисловими хімічними речовинами в результаті виробничої аварії; захворювання: кліщовий енцефаліт, стовбняк, скаженість. Вказаний перелік є вичерпним.</p> <p>Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти договір страхування в електронній формі шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію.</p> <p>Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу в ІТС.</p> <p>Потенційний Страхувальник – особа, яка розглядає пропозицію Страховика на укладання договору страхування.</p> <p>Робота (J) – страхове покриття поширюється на випадки, які виникають під час виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах та ін.</p> <p>Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до цих умов страхування та/або законодавства</p> <p>Страховий випадок- подія, передбачена договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства</p> <p>Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування. Страхова премія зазначаються у індивідуальній частині договору страхування.</p> <p>Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. Страхова сума</p>
--	--	---

встановлюється окремо по кожному класу страхування на весь період дії договору і фіксується у відповідній графі індивідуальної частини договору страхування. При цьому розмір страхової суми вказується в індивідуальній частині договору страхування одночасно і в у.о., і в еквіваленті даної суми в гривні. Перерахунок страхової суми в гривневий еквівалент здійснюється за курсом НБУ, визначеного станом на дату укладання договору страхування. При страхуванні декількох осіб (крім страхування фінансових ризиків) вказана страхова сума є страховою сумою окремо для кожної зі Застрахованих осіб.

При настанні страхових випадків, страхова сума за тим чи іншим класом страхування щоразу зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком за цим класом страхування. У разі, якщо виплачена чи заявлена до виплати грошова сума досягає рівня страхової суми, зазначеної в індивідуальній частині договору страхування в гривневому еквіваленті - договір страхування припиняє свою дію повністю або за окремим класом страхування.

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

Страховий тариф - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття;

Страховик - фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України. Страховиком за цим договором є Приватне акціонерне товариство «Європейське туристичне страхування».

Страхувальник - особа, яка уклала із Страховиком договір страхування. Страхувальник одночасно може бути Застрахованою особою.

Строк страхового покриття (строк дії договору) - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору або законодавства. Строк страхового покриття визначається з врахуванням кількості застрахованих днів в межах визначеного в договорі періоду страхування. Строк страхового покриття визначається індивідуальній частині договору страхування та з врахуванням умов страхування.

Таємниця страхування - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику (страховому посереднику) у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги. Страховик та/або страховий посередник не мають право використовувати на свою користь та на користь третіх осіб інформацію, що становить таємницю страхування;

Франшиза (безумовна франшиза) - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором

«Про страхування».

Страховик, в тому числі, в особі страхового посередника, на підставі отриманої заяви потенційного Страхувальника про намір укласти договір страхування, формує для перегляду проект індивідуальної частини договору страхування. В індивідуальній частині договору міститься посилання на Оферту, частиною якої є загальні умови страхового продукту .

Страховальник, у разі відсутності заперечень до проекту індивідуальної частини договору страхування, підписує його шляхом самостійного введення або через страхового посередника електронного підпису одноразовим ідентифікатором в ІТС Страховика або його страхового посередника, який в свою чергу направляється Страховиком та/або страховим посередником на електронну пошту або мобільний телефон Страхувальника.

У відповідності до статей 207, 633, 634, 641, 642, 981 Цивільного Кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов Оферти Страхувальником (потенційним Страхувальником) та умов страхового продукту вважається:

- підписання індивідуальної частини договору страхування шляхом введення Страхувальником самостійно або через страхового посередника в ІТС Страховика або його страхового посередника електронного підпису одноразовим ідентифікатором;
- сплата страхового платежу в передбачені договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика або його страхового посередника. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика або його страхового посередника;

Після підписання Страхувальником індивідуальної частини договору страхування одноразовим ідентифікатором та оплати страхової премії, індивідуальна частина договору страхування підписується кваліфікованим електронним підписом уповноваженої особи Страховика або його страхового посередника, після чого підписана сторонами індивідуальна частина договору страхування надсилається Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті.

В разі укладання договору страхування з використанням власної ІТС Страховика (в тому числі на сайті Страховика) дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення індивідуальної частини договору страхування, а також повідомлення по електронній пошті, фіксується та зберігається Страховиком у власній електронній базі.

В разі залучення до укладання договору страхування страхового посередника з використанням його власного ІТС, дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення індивідуальної частини договору страхування, а також

		<p>повідомлення по електронній пошті, фіксується страховим посередником в електронній базі страхового посередника, інформація про які передаються Страховику та зберігаються у нього.</p> <p>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 посередником одноразового ідентифікатора на електронну пошту або мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення договору страхування згідно умов Оферти.</p> <p>Страховик приймає на себе зобов'язання за необхідності відтворити договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони договір виготовляється у паперовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню, проставленню печатки Страховика та штампі «Паперова копія електронного документа».</p> <p>Загальні умови страхового продукту, Оферта та індивідуальна частина страхування можуть бути викладені у двомовному форматі українською та англійською мовами, при цьому текст викладений українською мовою має вищу юридичну силу.</p>
8.	Умови страхового покриття:	<i>Страховий продукт надається з наступними умовами покриття:</i>
8.1.	Об'єкт страхування	Об'єктом страхування можуть бути: 1. життя, здоров'я, працездатність;
8.2.	Предмет страхування	Предметом договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.
8.3.	Строк страхування (строк страхового покриття):	Строк дії договору страхування (страхового покриття) визначається в індивідуальній частині договору в межах кількості застрахованих днів у визначений в договорі строк (або період) страхування
8.3.1.	Обчислення строку страхового покриття за ризиками класів I (нещасний випадок) та 18 (медичні витрати та Асистансу) відбувається в залежності від мі-	<p>Початок та закінчення строку дії договору (страхового покриття) <u>для осіб, які на дату оформлення договору страхування знаходяться за межами України:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> договір страхування повинен укладатися до початку подорожі Україною (тобто до перетину кордону України) строк (або період) страхування та кількість застрахованих днів обираються Страхувальником самостійно початок строку (періоду) страхування може співпадати з датою укладання договору страхування або бути пізнішою датою;

	<p><i>ція перебування Страхувальника (Застрахованої особи):</i></p>	<p>4. страховий захист (страхове покриття) та відлік кількості застрахованих днів починається з моменту проходження Страхувальника (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при в'їзді або з 00 годин за Київським часом дати, вказаної як початок строку (періоду) страхування (за датою, що настала пізніше), але не раніше моменту сплати страхового платежу та перетину кордону України.</p> <p>5. страховий захист (страхове покриття) закінчується в момент проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при виїзді за межі України або о 24 годині за Київським часом дати, вказаної як дата закінчення строку (періоду) страхування з обов'язковим врахуванням кількості застрахованих днів (за датою, що настала раніше).</p> <p>Початок та закінчення строку дії договору (страхового покриття) <u>для осіб, які на дату оформлення договору страхування, знаходяться в Україні:</u></p> <p>1. строк (або період) страхування та кількість застрахованих днів обираються Страхувальником самостійно <u>При цьому Страхувальник обов'язково повинен враховувати, що договір страхування має бути укладений за три дні до бажаної дати початку строку (періоду) страхування;</u></p> <p>В разі порушення Страхувальником строку укладання договору та визначення початку строку (періоду) страхування, вимоги до яких викладені в попередньому пункті, підлягатиме застосуванню часова франшиза. В такому разі страхове покриття почне діяти через 48 годин після дати, вказаної як початок строку страхування відлік якої, враховуючи норми обчислення строків відповідно до Цивільного кодексу України, розпочинається з наступної дати, вказаної як початок строку страхування. Період часової франшизи зараховується у загальний строк дії договору. Усі випадки та послуги, що відбулися або надані під час дії часової франшизи, не вважаються страховими та не підлягатимуть покриттю;</p> <p>2. в разі дотримання вимог до укладання договору та визначення початку строку (періоду) страхування викладених в попередньому пункті 1, страхове покриття та відлік кількості застрахованих дій розпочнеться з дати вказаної як початок строку (періоду) страхування</p> <p>3. страховий захист закінчується в момент проходження Страхувальника (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при виїзді за межі України або о 24 годині за Київським часом дня, вказаного як закінчення строку (періоду) страхування з обов'язковим врахуванням кількості застрахованих днів (за датою, що настала раніше).</p>
<p>8.4.</p>	<p>Територія дії страхового покриття</p>	<p>Територія дії зазначається в індивідуальній частині договору страхування і позначається як: Географічна зона Україна. <u>При цьому договір страхування не діє на:</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> ● тимчасово окупованих територіях України;* ● територіях України, де ведуться активні бойові дії;* ● місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, якщо інше не визначене в умовах страхування* <p>*- перелік територій встановлюється відповідно до Наказу №309 Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22.12.2022р. або до інших що регулюватимуть питання формування переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або іншого нормативного акту відповідного органу державної влади станом на дату настання випадку, який має ознаки страхового</p>
8.5.	Страхова сума	<p>Розмір страхової суми вказується в індивідуальній частині договору страхування одночасно і в у.о., і в еквіваленті даної суми в гривні.</p> <p>Перерахунок страхової суми в гривневий еквівалент здійснюється за курсом НБУ, визначеного станом на дату укладання договору страхування.</p> <p>При страхуванні декількох осіб страхова сума за класами 18, 1 є страховою сумою окремо для кожної зі Застрахованих осіб.</p> <p>При настанні страхових випадків, страхова сума щоразу зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком. У разі, якщо виплачена чи заявлена до виплати грошова сума досягає рівня страхової суми, зазначеної в індивідуальній частині договору страхування в гривневому еквіваленті - договір страхування припиняє свою дію повністю або за окремим класом страхування.</p>
8.6.	Страховий тариф	<p>Страховий тариф розраховується шляхом відношення страхової премії до страхової суми з врахуванням курсу НБУ на дату придбання договору страхування.</p> <p>Розмір страхового тарифу може зазначатися в індивідуальній частині договору страхування.</p>
8.7.	Страхова премія, порядок та строки її сплати	<p>Сума страхової премії встановлюється в залежності від страхової суми, обраних класів страхування, строку страхування, кількості застрахованих днів, території (зони) перебування Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору страхування, території дії договору та інших умов договору.</p> <p>Сума страхової премії вказується в індивідуальній частині договору страхування в гривні.</p> <p>Страхові премії вносяться Страхувальником одноразовим платежем за весь строк страхування під час укладання договору страхування. Без сплати страхового платежу договір страхування не набуває чинності взагалі.</p> <p>У разі несплати страхової премії до зазначеної у договорі дати початку строку страхування договір страху-</p>

		вання може набути чинності з дати наступної за днем сплати страхової премії. При цьому період, за який не була сплачена страхова премія, зараховується в загальний строк дії договору. Усі випадки, що відбулися до сплати страхової премії, не вважаються страховими та не підлягають покриттю (відшкодуванню).
8.8.	Франшиза	<p><u>Безумовна франшиза:</u> Розмір безумовної франшизи визначається в індивідуальній частині договору страхування за тим чи іншим класом страхування та/або окремими страховими ризиками в межах того чи іншого класу страхування.</p> <p><u>Часова франшиза:</u> У разі укладання договору страхування під час перебування в Україні менше, ніж за три дні до початку строку (періоду) страхування – діятиме часова франшиза строком 48 годин, відлік якої розпочинається, враховуючи норми обчислення строків відповідно до Цивільного кодексу України, з наступного дня вказаного як початок строку (періоду) страхування. Період часової франшизи зараховується у загальний строк дії договору. Усі випадки та послуги, що відбулися або надані під час дії часової франшизи не вважаються страховими та не підлягатимуть покриттю</p>
8.9.	Частка витрат страховика, пов'язана з виконанням та укладанням договору	до 40% від страхової премії
8.10.	Страхові ризики та ліміти відповідальності за страховим продуктом:	<p>Страховими ризиками визнаються події, що сталися із Страхувальником (Застрахованою особою) в період (з врахуванням часової франшизи) і на території чинності договору страхування, при настанні яких Страхувальник (Застрахована особа) поніс або може понести витрати при наданні йому невідкладної кваліфікованої медичної або іншої необхідної допомоги, а саме:</p> <ol style="list-style-type: none"> у зв'язку із захворюванням такої особи, розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування, а саме: отримання невідкладної медичної допомоги, невідкладних медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування; звернення спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи), у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку під час дії договору страхування, у зв'язку із необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацією Страхувальника (Застрахованої особи); <p><u>а також:</u> отримання Застрахованою особою травматичного ушкодження (травми) внаслідок нещасного випадку або</p>

		смерть страхувальника (застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку. Ліміти відповідальності за тим чи іншим страховим ризиком в межах класу страхування визначається в індивідуальній частині договору страхування та в цих умовах.	
8.10.1. Перелік страхових випадків (ризиків) та ліміти страхування за класом 18 (медичні витрати та Асистанс)	Перелік страхових випадків (ризиків) по страхуванню витрат пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) іноземцям, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі Україною	Ліміти відповідальності у % від страхової суми або фіксована сума в гривні	
	1. оплата (компенсація) швидкої (невідкладної) допомоги на місці виклику, проведення первинних діагностичних заходів, надання медичної допомоги з використанням медикаментів у необхідному для стану Страхувальника (Застрахованої особи) обсязі.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 10 000 гривень, Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування ¹ Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 10 000 гривень.	
	2. оплата (компенсація) вартості послуг з медичного обслуговування та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах; обстеження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу; консультації лікарів.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 10 000 гривень, Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування ¹ Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе	

	відповідальність виключно в ліміті 10 000 гривень.
3. оплата (компенсація) вартості послуг пов'язаних із стаціонарним лікуванням, тобто: консультації лікарів, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. Страховик сплачує вартість лікування в Україні у межах своєї відповідальності (страхової суми), встановленої цими умовами страхування, лише до того часу, коли стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), за рішенням лікаря, дозволить евакуювати її до країни постійного проживання.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 10 000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування ¹ . Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 10 000 гривень.
4. оплата (компенсація) вартості експрес-тестування та лабораторних досліджень на COVID-19 призначених лікарем в разі наявності ознак захворювання, що підтверджується відповідним медичним звітом, а також амбулаторного та стаціонарного лікування Страхувальника (Застрахованої особи) на COVID-19.	100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 10 000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування ¹ . Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 10 000 гривень.
5. оплата (компенсація) вартості медикаментів, призначених лікарем для невідкладного лікування згідно виписаного рецепту, або компенсація витрат у разі самостійного придбання в аптеці призначених лікарем медикаментів згідно виписаного рецепту.	100%
6. оплата (компенсація) вартості невідкладної стоматологічної допомоги, а саме: стоматологічний огляд;	

<p>рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, які всі разом або окремо обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку, крім лікування карієсу.</p>	<p>1%</p>
<p>7. оплата (компенсація) вартості послуг з транспортування наземним транспортом Страхувальника (Застрахованої особи) до лікувального закладу, якщо стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) не дозволяє пересуватися самостійно, зокрема, але не виключно при травмах, високій температурі.</p>	<p>100%</p>
<p>8. оплата (компенсація) витрат на продовження лікування Страхувальника (Застрахованої особи) у стаціонарі строком до 15 діб після закінчення строку дії договору страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями і якщо таке стаціонарне лікування розпочалося і продовжувалося до закінчення строку страхування, за умови достатності страхової суми. При цьому витрати на медичну евакуацію не покриваються.</p>	<p>100% При цьому, якщо вартість лікування перевищує 10 000 гривень Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування¹. Якщо витрати не були письмово узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 10 000 гривень.</p>
<p>9. організація (за можливості) та оплата (компенсація) вартості медичної евакуації, тобто послуг, пов'язаних із транспортуванням до митного кордону сусідньої з Україною країни, крім Росії та Білорусі, за наявності медичних показань про необхідність подальшого стаціонарного лікування. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Страхувальника (Застрахованої особи) після її повернення в країну постійного проживання. Якщо лікар, уповноважений Страховиком, вважає, що евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) можлива, а</p>	<p>100% Медична евакуація Страхувальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням¹ із Асистуючою компанією та/або Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.</p>

<p>Страховальник (Застрахована особа) відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг з лікування Страховальника (Застрахованої особи).</p>	
<p>10. організація (за можливості) та оплата вартості комплексу послуг з транспортування тіла (репатріація) Страховальника (Застрахованої особи) до митного кордону сусідньої з Україною країни, крім Росії та Білорусі, за виключенням транспортування урни з прахом померлого Страховальника (Застрахованої особи) після кремації. Якщо місцеві правила вимагатимуть щоб тіло перевозилося у труні, Страховик організовує та сплачує придбання такої труни. Необхідною умовою для організації репатріації є надання родичами померлого Страховальника (Застрахованої особи) письмової заяви-підтвердження про готовність забрати тіло після доставки до митного кордону сусідньої з Україною країни.</p>	<p>100%</p> <p>Репатріація тіла Страховальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням¹ із Страховиком незалежно від суми таких витрат. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування</p>
<p>11. оплата (компенсація) вартості послуг з поховання тіла Страховальника (Застрахованої особи) в Україні за місцем смерті.</p>	<p>10%</p> <p>Поховання в Україні тіла Страховальника (Застрахованої особи) здійснюється лише за письмовим погодженням із Страховиком незалежно від суми таких витрат¹. Якщо узгодження витрат не було Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування</p>
<p>12. компенсація вартості послуг телефонного зв'язку Страховальника (Застрахованої особи) або особи, що представляє його (її) інтереси, із Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок.</p>	<p>1 000 грн</p>
<p>¹<i>Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання Асистуючій компанії та/або Страховику повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії та/або</i></p>	

	<p>8.10.2. Перелік страхових випадків (ризиків) та ліміти страхування за класом 1 (нещасний випадок)</p>	<p>Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.</p> <p>Страхування від нещасного випадку дій під час здійснення подорожі Україною включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> • отримання Застрахованою особою травматичного ушкодження (травми) внаслідок нещасного випадку <i>або</i> • смерть Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку. <p>За вищевказаними ризиками встановлюються наступні ліміти відповідальності, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при отриманні Страхувальником (Застрахованою особою) травматичного ушкодження (травми) внаслідок нещасного випадку - ліміт відповідальності визначається у розмірі відсотку від страхової суми у відповідності із Таблицею виплат згідно з Додатком №1, який є невід’ємною частиною цих Загальних умов страхового продукту • у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку– ліміт відповідальності становить 100 % від страхової суми визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування
<p>9.</p>	<p>Права сторін:</p> <p>9.1. Права Страховика:</p>	<p>Сторони мають права, які визначені в цих умовах та чинному законодавстві України</p> <p>Страховик має право:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення договору та яка надана в разі настання випадку, що має ознаки страхового; 2. подавати запити до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров’я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з’ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку; 3. у випадку порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування вимагати дострокового припинення його дії; 4. у порядку, передбаченому чинним законодавством, визнавати договір страхування недійсним; 5. у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Страхувальника (Застрахованої особи), а також іншу експертизу стосовно події, яка має ознаки страхового випадку; 6. здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів стосовно страхових випадків; 7. в разі порушення Страхувальником строку укладання договору та визначення початку строку (періоду) страхування, вимоги до яких викладені в цих умовах, а саме в разі укладання договору під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) в Україні- застосовувати часову франшизу. В такому разі страхове покриття почне діяти через 48 годин після дати, вказаної як початок строку страхування відлік якої

		<p>розпочинається з наступного дня вказаного як початок строку страхування. Період часової франшизи зараховується у загальний строк дії договору. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених цими умовами та чинним законодавством України;</p> <p>8. не відшкодувати будь-які непрямі збитки Страхувальника (Застрахованої особи), а також моральну шкоду, яка завдана подією, яка має ознаки страхової;</p> <p>9. відмовити в укладанні договору страхування без пояснення причини такої відмови;</p> <p>10. інші права передбачені чинним законодавством</p>
	9.2. Права Страхувальника (Застрахованої особи):	<p>Страхувальник (Застрахована особа) має право:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на своєчасне отримання необхідної, повної, доступної та достовірної інформації про страхову послугу та про Страховика у визначеному законодавством обсязі, достатньої для прийняття свідомого рішення про отримання такої послуги або про відмову від її отримання; 2. на належну якість отримуваної страхової послуги; 3. на конфіденційність отримання страхової послуги та інформації про надання страхової послуги, крім випадків, встановлених законом; 4. на захист інформації, яка відноситься до таємниці страхування, крім випадків, встановлених законом; 5. у разі настання страхового випадку – на отримання страхової виплати в розмірі та порядку, встановленому цими умовами; 6. на захист своїх прав, у тому числі шляхом відшкодування шкоди, завданої внаслідок порушення його прав та законних інтересів (в тому числі порушення таємниці страхування), досудового вирішення спорів щодо надання страхових послуг, звернення до суду та інших уповноважених органів. При цьому, за несвоєчасне здійснення страхової виплати, Страховик сплачує Страхувальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати; 7. на прийняття добровільного рішення про отримання страхової послуги або про відмову від отримання такої послуги перед її отриманням; 8. на звернення до Страховика за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги; 9. у випадку порушення Страховиком умов договору страхування – на дострокове припинення дії такого договору; 10. інші права передбачені чинним законодавством.
10.	Обов'язки сторін	Сторони мають обов'язки, які визначені в цих умовах та чинному законодавстві України
	10.1. Обов'язки	Страховик зобов'язаний:

<p>Страховика:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений цими умовами строк; 2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»; не використовувати на свою користь та на користь третіх осіб інформації, що становлять таємницю страхування; 3. ознайомити Страхувальника із загальними умовами страхового продукту, які є публічною частиною договору страхування; 4. повернути страхову премію Страхувальнику у випадках, передбачених цими умовами та законодавством України; 11. відшкодувати шкоду, завдану внаслідок порушення прав та законних інтересів Страхувальника (Застрахованої особи) пов'язаних з розкриттям таємниці страхування, крім випадків, встановлених законом; 5. за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплатити Страхувальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати 6. виконувати інші обов'язки передбачені чинним законодавством та цими умовами
<p>10.2. Обов'язки Страхувальника (Застрахованих осіб):</p>	<p>Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ознайомитися до початку подорожі із загальними умовами страхового продукту, які є публічною частиною договору страхування, та індивідуальною частиною договору страхування, в тому числі, але не виключно, з порядком дій при настанні страхового випадку; умовами здійснення страхових виплат; переліком документів, необхідних для отримання страхового відшкодування тощо; 2. у разі укладання Страхувальником договору страхування у відношенні третьої особи (Застрахованої особи) - повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку особу про укладений на її користь договір страхування; 3. при укладанні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику; 4. при укладанні договору страхування під час перебування Страхувальника (Застрахованої особи) в Україні, під час обрання початку строку страхування враховувати, що договір страхування має бути укладений за три дні до бажаної дати початку строку (періоду) страхування. В разі порушення цього строку підлягатиме застосуванню часова франшиза у відповідності до умов цього страхового продукту; 5. надати Страховику інформацію про місце знаходження (країну перебування) Страхувальника або

		<p>Застрахованої особи на дату укладання договору страхування;</p> <p>6. при настанні події, яка має ознаки страхової - повідомити Страховика у строки, визначені цими умовами;</p> <p>7. виконувати вказівки Страховика, чи Асистуючої компанії, щодо порядку отримання медичних чи інших послуг;</p> <p>8. письмово узгодити зі Страховиком (Асистуючою компанією) витрати за класом 18 у випадках, викладених в цих умовах;</p> <p>9. вживати всіх можливих заходів щодо запобігання страхових випадків та зменшення витрат внаслідок страхової події;</p> <p>10. вживати всіх можливих заходів у сприянні Страховику з'ясування причин настання, випадку, що має ознаки страхового та його наслідків;</p> <p>11. подати до Страховика заяву на отримання страхової виплати за формою встановленою Страховиком, а також підтверджуючі факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком, документи, передбачені цими умовами та вимогою Страховика;</p> <p>12. надати Страховику за додатковим його запитом всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати;</p> <p>13. враховуючи норми ст.103 Закону України «Про страхування», уповноважити та доручити всім, хто займається страховим випадком - установам, лікарням, лікарям та іншим – надавати відомості, які вимагатиме Страховик, у тому числі й такі відомості, які складають лікарську таємницю;</p> <p>14. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;</p> <p>15. доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку зі Страховиком або асистуючою компанією Страховика. При цьому, якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має фізичної змоги повідомити Страховика або асистуючу компанію Страховика про страховий випадок або про здійснення самостійних витрат або про прийняте рішення щодо продовження лікування або про відмову від евакуації, і таке повідомлення здійснюють члени сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи) або особа, яка з ним подорожує, то такі дії Страховик вважає узгодженими зі Страхувальником (Застрахованою особою) і здійсненими від його імені;</p> <p>16. виконувати інші обов'язки передбачені чинним законодавством та цими умовами.</p>
11.	Порядок внесення змін у договір страхування.	<p>Оскільки договір страхування укладається відповідно до відкритої пропозиції в електронній формі, які підписуються кваліфікованим електронним підписом уповноваженої особи Страховика, внесення змін (коригувань) ні в публічну частину договору, ні в індивідуальну частину договору страхування не можливе.</p>

		<p>Зміни в індивідуальну частину договору страхування (наприклад: зміна строку страхування, коригування, виправлення даних Страхувальника (Застрахованої)) відбуваються шляхом розірвання (дострокового припинення) договору та укладання нового договору страхування. В разі розірвання договору в зв'язку з його коригуванням страхова премія повертається Страхувальнику з врахуванням наступного:</p> <ul style="list-style-type: none"> - якщо договір страхування розривається до початку дії страхового покриття – страхова премія повертається в повному обсязі; - якщо договір страхування розривається після початку дії страхового покриття – Страхувальнику повертається страхова премія за період, що залишився до закінчення дії договору БЕЗ вирахування витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування, якщо випадків, які мають ознаки страхових не було, і З вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування, якщо такі випадки були. <p>Для розірвання договору в зв'язку з коригуваннями, Страхувальник подає до Страховика письмову заяву в довільній паперовій формі, при цьому паперова форма підписується власноручним підписом Страхувальника і направляється Страховику одночасно у формі сканованої копії та в оригіналі на поштову адресу місця знаходження Страховика або подається нарочно.</p> <p>Повернення страхового платежу здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страхувальником на банківські реквізити визначені Страхувальником в заяві на розірвання договору страхування.</p> <p>Повернення страхового платежу може бути здійснені як на території України так і за кордон.</p> <p>Якщо страховий платіж повертається Страхувальнику за кордон України, то повернення страхового платежу здійснюється у валюті страхової суми, при цьому перерахунок належного до повернення страхового платежу з гривні в іноземну валюту здійснюється згідно курсу НБУ на дату розірвання договору страхування.</p> <p>Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше, ніж 10 (десятого) робочого дня від дати розірвання договору страхування в зв'язку з коригуваннями.</p>
12.	Продовження дії договору	Продовження дії договору не допускається. Якщо Страхувальник має намір продовжити страхове покриття – необхідно укласти новий договір страхування.
13.	Підстави та порядок припинення дії (розірвання) договору стра-	Дія договору страхування, укладеного на умовах цього продукту, припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: <ul style="list-style-type: none"> - закінчення строку дії договору страхування (з врахуванням періоду страхування, кількості застрахованих

хування	<p>днів та часової франшизи);</p> <ul style="list-style-type: none"> - виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) в повному обсязі; - несплати страхової премії; - ліквідації Страхувальника або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування»); - ліквідація Страховика у порядку, в встановленому законодавством України; - у інших випадках, передбачених чинним законодавством України. <p>У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю. У разі передачі страхового портфеля Страховику- правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі Страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування.</p> <p>Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 1 добу до дати припинення дії договору страхування.</p> <p>У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.</p> <p>У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору страхування та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.</p> <p>Сплачена страхова премія не повертається у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.</p> <p>Для дострокового припинення договору страхування, Страхувальник подає до Страховика письмову заяву в довільній паперовій формі, при цьому паперова форма підписується власноручним підписом</p>
---------	--

		<p>Страховальника і направляється Страховику одночасно у формі сканованої копії та в оригіналі на поштову адресу місця знаходження Страховика або подається нарочно.</p> <p>Повернення страхового платежу здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страховальником на банківські реквізити визначені Страховальником в заяві на розірвання договору страхування.</p> <p>Повернення страхового платежу може бути здійснені як на території України так і за кордон.</p> <p>Якщо страховий платіж повертається Страховальнику за кордон України, то повернення страхового платежу здійснюється у валюті страхової суми, при цьому перерахунок належного до повернення страхового платежу з гривні в іноземну валюту здійснюється згідно курсу НБУ на дату розірвання договору страхування.</p> <p>Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше, ніж 10 (десятого) робочого дня від дати розірвання договору страхування в зв'язку з коригуваннями.</p> <p>Остаточний розрахунок між Страховальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.</p>
14.	Недійсність договору страхування	<p>Договір страхування, укладений за цими умовами страхового продукту вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, а також у разі, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку; - відсутній об'єкт страхування; - Страховиком доведено, що договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій; - у Страховальника (Застрахованої особи) відсутній страховий інтерес. <p>Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.</p> <p>Повернення страхового платежу здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страховальником на банківські реквізити визначені у рішенні суду.</p> <p>Повернення страхового платежу може бути здійснені як на території України так і за кордон.</p> <p>Якщо страховий платіж повертається Страховальнику за кордон України, то повернення страхового платежу здійснюється у валюті страхової суми, при цьому перерахунок належного до повернення страхового платежу з гривні в іноземну валюту здійснюється згідно курсу НБУ на дату укладання договору страхування.</p>

		Страховик зобов'язаний повернути страхову премію у строк визначений в рішенні суду
15.	Відмова від договору	<p>Страховальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів; 2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування; <p>Якщо Страховальник прийняв рішення відмовитися від договору страхування він направляє Страховику письмову заяву в довільній паперовій формі, при цьому паперова форма підписується власноручним підписом Страховальника і направляється Страховику одночасно у формі сканованої копії та в оригіналі на поштову адресу місця знаходження Страховика або подається нарочно</p> <p>Страховик зобов'язаний повернути Страховальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p> <p>Повернення страхового платежу може бути здійснені як на території України так і за кордон на банківські реквізити Страховальника вказаних в заяві про відмову від договору.</p> <p>Якщо страховий платіж повертається Страховальнику за кордон України, то повернення страхового платежу здійснюється у валюті страхової суми, при цьому перерахунок належного до повернення страхового платежу з гривні в іноземну валюту здійснюється згідно курсу НБУ на дату укладання договору страхування.</p> <p>Страхова премія повертається протягом 10 (десяти) робочих днів від дати відмови від договору страхування, при цьому повернення коштів здійснюється в тій формі, в якій вони були сплачені Страховальником.</p>
16.	Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору:	<p>За невиконання або неналежне виконання умов договору страхування сторони несуть відповідальність відповідно до договору страхування або чинного законодавства України.</p> <p>Страховик за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплачує Страховальнику (Застрахованій особі) неустойку у розмірі 0,05% від суми страхової виплати, яка нараховується за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати.</p> <p>Страховик, його працівники та страхові посередники несуть відповідальність за розголошення таємниці страхування без дозволу Страховальника (Застрахованої особи), крім випадків, які передбачені чинним законодавством.</p> <p>Страховик має право відмовити Страховальнику (Застрахованій особі) у виплаті страхового відшкодування</p>

		за невиконання або неналежне виконання умов договору. Якщо під час врегулювання події, яка має ознаки страхової, Страховиком буде виявлено ознаки шахрайства зі сторони Страхувальника (Застрахованої особи) і якщо такі дії будуть класифіковані компетентними органами як шахрайство, Страхувальник (Застрахована особа) додатково буде нести відповідальність згідно чинного законодавства.
17.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	В залежності від ризиків в межах класів страхування передбачені наступний порядок дій:
17.1.	Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні події, що має ознаки страхової за ризиками класу 18 (медичні витрати та Асистанс) та класу 1 (нещасний випадок):	<p>Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні події, що має ознаки страхової за ризиками класу 18 та класу 1:</p> <p>Дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхової події, що потребує медичної та іншої допомоги</p> <p>При настанні страхової події, що потребує медичної та іншої допомоги необхідно зв'язатися з Асистуючою компанією Ensuria за номером телефону: +38 044 590 30 32 (багатоканальна лінія 24/7) або по e-mail: care@ensuria.com та повідомити:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Прізвище та ім'я Страхувальника (Застрахованої особи); - Номер контактного телефону; - Місце знаходження (місто, готель і т.п.); - Номер електронного договору страхування; - Повідомити що відбулося і яка потрібна допомога. <p>При цьому вартість наданої допомоги буде сплачена Страховиком, у відповідності до цих умов страхування</p> <p>Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості зв'язатися з Асистуючою компанією або у місці його перебуванні не має медичних закладів які співпрацюють з Асистансом або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової невідкладної медичної або іншої допомоги, необхідно самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та обов'язково:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - пред'явити індивідуальну частину договору страхування; - якщо вартість амбулаторного або стаціонарного лікування перевищує 10 000 гривень – необхідно письмово узгодити (погодити) витрати з Асистуючою компанією та/або Страховиком до початку лікування. Під письмовим узгодженням (погодженням) слід розуміти надсилання до Асистуючої компанії та/або Страховика повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистуючої компанії або Страховика письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом. Якщо витрати не були письмово узгоджені із Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик несе відповідальність виключно в ліміті 10 000 гривень; - погодити надання інших, ніж медичні, послуги, якщо таке погодження передбачене цими умовами страхування незалежно від суми витрат; - оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні послуги; - одержати у лікаря довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості; рецепти, виписані Страхувальнику (Застрахованій особі) лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату; деталізовані рахунки за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю; документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції тощо); рахунки за телефонні розмови, на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість кожної розмови. - подати Страховику заяву про здійснення страхової виплати і документи, передбачені цими умовами страхування. <p>В інших випадках НЕ пов'язаних з відшкодуванням медичних витрат під час подорожі, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити Страховика про настання страхової події не пізніше 30 календарних днів від дати її настання.</p>
18.	Умови здійснення страхових виплат	<p>Страхувальник (Застрахована особа) протягом 30 календарних днів від події, яка сталася раніше, а саме закінчення подорожі під час якої стався страховий випадок або закінчення дії строку страхування, повинен подати Страховику заяву на здійснення страхової виплати за формою встановленою Страховиком, яку можна завантажити на сайті Страховика.</p> <p>До заяви на виплату страхового відшкодування долучаються:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - паперова копія електронного договору страхування; - належним чином засвідчена копія закордонного паспорту Страхувальника (Застрахованої особи) з відмітками про перетин кордону України (всі сторінки з відмітками) та індивідуальний податковий номер в країні громадянства; - інший документ який підтверджує перетин кордону за весь час дії договору; - у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку - належним чином засвідчені копії паспорта Вигодонабувача; копія свідоцтва про смерть; оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про право на спадщину; - у разі здійснення страхової виплати законному представнику (опікуну) - належним чином засвідчені копії паспорта законного представника (опікуна), свідоцтва про народження Застрахованої особи; документ, який підтверджує встановлення опіки над застрахованою особою; - рахунки за телефонні розмови із Страховиком, на яких зазначений номер телефону та вартість кожної розмови; - медичний документ (на фірмовому бланку або з відповідним штампом медичного закладу) про отримання медичної допомоги під час подорожі із зазначеними: прізвища пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості, а також інформації про стан Страхувальника (Застрахованої особи) у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; - рахунки, чеки про оплату медичних послуг та\або щодо придбання медичних препаратів; - у випадку отримання травми чи дорожньо-транспортної пригоди – оригінал складеного офіційного протоколу або довідки про подію, де обов'язково має бути вказана така інформація: посадкові особи, що засвідчують факт події, та їх повноваження на виконання таких дій; адреси та\або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події; детальний опис обставин події та ролі Страхувальника (Застрахованої особи) в ній; стан Страхувальника (Застрахованої особи) у відношенні алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; <p><i>додатково за класом 1 (страхування від нещасного випадку)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - у разі отримання Застрахованою особою травматичного ушкодження (травми) внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час подорожі оригінал довідки (акту) про нещасний випадок, складений компетентним органом на місці події; - у разі смерті страхувальника (застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку – довідка про причини смерті та копія свідоцтва про смерть. А також оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про право на спадщину.
--	--	--

З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання страхового випадку, а також визначення розміру страхової виплати.

Всі документи, крім заяви, можуть бути надані Страховику протягом трьох років від дати настання події.

Документи надаються Страховику українською, англійською мовами. Якщо документи складені іншою мовою, надається офіційний нотаріально завірений переклад цих документів українською мовою. Всі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі.

Документи для отримання страхової виплати подаються (направляються поштою) безпосередньо в офіс Страховика в паперовій формі в оригіналі (крім тих, щодо яких визначене подання в копіях (в тому числі нотаріально засвідчені).

Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.

Страхові виплати здійснюються безготівковим шляхом на банківські реквізити визначені заявником (Страхувальником, Застрахованою особою, законним представником, Вигодонабувачем) в заяві на виплату страхового відшкодування та відповідно вказаних у страховому акті.

Страхові виплати нерезидентам України здійснюються за кордон України у іноземній валюті страхової суми вказаній в індивідуальній частині договору страхування. При нарахуванні страхового відшкодування за ризиками класу 18, перерахунок самостійно здійснених Страхувальником (Застрахованої особи) витрат в гривні у іноземну валюту страхової суми здійснюється відповідно до курсу НБУ на день настання випадку. При нарахуванні страхового відшкодування за ризиками класу 1, ліміт відповідальності Страховика визначається від страхової суми в гривневому еквіваленті, а перерахунок належної страхової виплати у іноземну валюту страхової суми здійснюється відповідно до курсу НБУ на день настання випадку

Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами договору.

Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

При наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не

		<p>більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.</p> <p>Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу або законного представника або Вигодонабувача (останнього в разі смерті Застрахованої особи)) на електронну адресу, вказану у заяві на отримання страхової виплати, протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту прийняття рішення з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови, після чого направляє рішення поштою.</p>
<p>19.</p>	<p>Порядок розрахунків</p>	<p><i>19.1. За класом 18 розрахунок страхової виплати здійснюється виходячи з наступного:</i></p> <p>За ризиками класу 18 страхова виплата щодо оплати медичних, або інших передбачених умовами страхування послуг, організованих Страховиком для Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків.</p> <p>Якщо медична допомога Страхувальнику (Застрахованій особі) була надана без участі Асистуючої компанії Страховика та/або медичний заклад відмовляється від отримання повної або часткової гарантії від Асистуючої компанії, Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно здійснити такі витрати самостійно та звернутися до Страховика за їх відшкодуванням.</p> <p>Із суми страхового відшкодування вираховується франшиза (в разі застосування)</p> <p>Страхові виплати нерезидентам України здійснюються за кордон України у іноземній валюті страхової суми вказаній в індивідуальній частині договору страхування. При нарахуванні страхового відшкодування за ризиками класу 18, перерахунок самостійно здійснених Страхувальником (Застрахованої особи) витрат в гривні у іноземну валюту страхової суми здійснюється відповідно до курсу НБУ на день настання випадку.</p> <p><i>19.2. За класом 1 розрахунок страхової виплати здійснюється виходячи з наступного:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • при отриманні Страхувальником (Застрахованою особою) травматичного ушкодження (травми) внаслідок нещасного випадку - розмір виплати визначатиметься як розмір відсотку від страхової суми в гривні у відповідності із Таблицею виплат згідно з Додатком №1, який є невід'ємною частиною цих Загальних умов страхового продукту • в разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку розмір виплати ставитиме 100 % від страхової суми в гривні визначеної в індивідуальній частині договору страхування за цим класом страхування <p>Страхові виплати нерезидентам України здійснюються за кордон України у іноземній валюті страхової суми вказаній в індивідуальній частині договору страхування. При нарахуванні страхового відшкодування за</p>

		ризиками класу 1, ліміт відповідальності Страховика визначається від страхової суми в гривневому еквіваленті, а перерахунок належної страхової виплати у іноземну валюту страхової суми здійснюється відповідно до курсу НБУ на день настання випадку
20.	Винятки зі страхових випадків	В залежності від класів страхування передбачені наступні винятки зі страхових випадків:
20.1.	<i>Винятки зі страхових випадків за ризиками за класом 18 (медичні витрати та Асистанс):</i>	<p>Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість лікування та послуг, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги чи проведення невідкладного оперативного втручання, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. лікування хронічних захворювань (якщо інше не передбачене обраною Страхувальником програмою страхування), вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень, аутоімунні захворювання, жовчнокам'яна, сечокам'яна хвороби, та пов'язані з ними ускладнення (емпієма жовчного міхура, гідронефроз нирки тощо), навіть якщо вони проявлялися періодично або були виявлені вперше. При цьому покривається купіювання гострого болю до стабілізації стану, за виключенням оперативного втручання; 2. новоутворення (в т.ч. онкологічні захворювання), хвороби ендокринної системи, цукровий діабет, навіть якщо вони були виявлені вперше; 3. нервові захворювання (крім невритів), неврози (панічні атаки, істеричні стани, депресії тощо), психічні захворювання та розлади, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження; 4. венеричні захворювання, імунодефіцитний стан, СНІД; 5. хвороби крові та кровотворних органів; 6. епідемічні та пандемічні хвороби; 7. тестування на COVID-19 за бажанням Страхувальника (Застрахованої особи) без направлення лікуючого лікаря, якщо отриманий результат є негативним; 8. гостра та хронічна променева хвороба; 9. медична допомога при вагітності (за винятком позаматкової) та при пологах 10. будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічних дій ліків, що не були призначені лікарем, а також побічних дій харчових добавок 11. захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз; 12. захворювання та розлади органів слуху, крім гострих запальних захворювань органів. Також не

		<p>покриваються витрати пов'язані з промиванням вушної раковини (сірчані пробки, потрапляння води тощо)</p> <p>13. захворювання та розлади органів зору, крім гострих запальних захворювань ока, а також захворювання ока, пов'язані з порушенням догляду за контактними лінзами;</p> <p>14. грибкові та дерматологічні хвороби, а також алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню, якщо інше не передбачене обраною Страхувальником програмою страхування;</p> <p>15. укуси комах, жалення медуз, морських водоростей;</p> <p>16. травми або захворювання, що виникли до початку періоду страхування, в день або напередодні укладання договору страхування та/або на території постійного місця проживання, навіть якщо вони були виявлені вперше, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) з подорожі;</p> <p>17. травми або захворювання, медичні витрати, що виникли (здійснені) під час дії часової франшизи;</p> <p>18. подальше лікування Страхувальника (Застрахованої особи), якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання. Сторони погодили, що телефонний запис розмови Страхувальника (Застрахованої особи) або його родичів до Асистуючої компанії або Страховика з приводу відмови від медичної евакуації прирівнюється до письмової відмови і може бути використаний Страховиком як доказ в разі виникнення суперечок;</p> <p>19. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження; надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору (в тому числі контрольні огляди лікаря); огляд (консультація) лікаря за наслідком якого не призначене лікування чи не входять у призначене лікарем лікування; надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;</p> <p>20. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування і т.п.;</p> <p>21. проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій, зокрема але не виключно на серці та судинах, у т.ч. ангіографія, коронарографія, ангіопластика, шунтування, стентування, встановлення штучного водія ритму, а також пластичні операції на суглобах та зв'язках, у т.ч. атроскопічні діагностичні та хірургічні втручання тощо;</p> <p>22. діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та/або Асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу з метою подальшого призначення лікування;</p> <p>23. проведення профілактичних вакцинацій;</p>
--	--	---

24. проведення лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
25. всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів;
26. стоматологічне лікування, за винятком зазначеного в програмі страхування;
27. фізіотерапевтичне, реабілітаційне лікування та лікування нетрадиційними методами;
28. лікувальний відпочинок, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури;
29. придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади, бандажі, тютюни тощо), засоби для металоостеосинтезу (шпиці, гвинти, пластини, штифти та подібні матеріали), придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, якщо інше не передбачене умовами обраної Страхувальником програми страхування;
30. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;
31. лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому;
32. медична евакуація; репатріація; поховання в Україні, організовані без письмового узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та\або Страховиком незалежно від суми витрат;
33. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
34. самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми;
35. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі, охороні,
36. витрати на проживання (за виключенням якщо такі підстави передбачені умовами страхування), харчування тощо в тому числі під час перебування на самоізоляції, карантині, обсервації і т.п., а також під час амбулаторного лікування;
37. на продовження лікування Страхувальника (Застрахованої особи) після його повернення з подорожі до місця постійного або тимчасового перебування (проживання), а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;
38. не відшкодовуються витрати на суму понад 10 000 гривень за якими необхідне попереднє письмове узгодження (погодження) із Асистуючою компанією та\або Страховиком, а таке узгодження (погодження) зроблене не було;
39. придбання їжі, напоїв, декоративної косметики, прикрас тощо;
40. моральна шкода;
41. перевезення урни з прахом померлого Страхувальника (Застрахованої особи);
42. травми та інші тілесні ушкодження, отримані Страхувальником (Застрахованою особою) або смерть Страхувальника (Застрахованої особи), внаслідок будь яких воєнних дій, зокрема але не виключно при застосуванні стрілецької зброї, мін (будь-яких типів), гранат в тому числі після виконання робіт

		<p>Страховальником (Застрахованою) особою, пов'язаних з розмінуванням та/або подібними високонебезпечними роботами; 43. інші події та випадки, визначені в цих умовах або чинному законодавстві; 44. інші події, надані послуги та/або витрати, які не входять в обрану Страховальником програму страхування або мали місце до початку або після закінчення строку страхування або не на території дії договору.</p>
<p>20.2.</p>	<p><i>Винятки зі страхових випадків за ризиками за класом 1 (нещасний випадок):</i></p>	<p><u>Страховик не визнає наступні випадки страховими:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. захворювання, які не є наслідком нещасного випадку Страховальника (Застрахованої особи) (за винятком правцю, сказу, енцефаліту, що передається укусами кліщів); 2. лікувальний відпочинок, реабілітаційне, санаторно-курортне та оздоровче лікування, а також спа-процедури; 3. нещасний випадок, що стався внаслідок захворювання, яке є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу або побоювань, пов'язаних із такими подіями; 4. нещасний випадок, що стався внаслідок хронічних або психічних захворювань, навіть якщо вони проявляються періодично; 5. страхування осіб понад встановленого вікового ліміту; 6. травми або захворювання внаслідок нещасного випадку, що стався в результаті дорожньо-транспортної пригоди, в тому числі при використанні автомобіля, велосипеда, мотоцикла, мопеда, гідро- і квадроцикла, гідроскутера, снігохода, катера, моторного човна і т.п., якщо: <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Страховальник (Застрахована особа) керував транспортним засобом не маючи відповідного водійського посвідчення 6.2. Страховальник (Застрахована особа) керував в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під дією психотропних і токсичних речовин; Страховальник (Застрахована особа) передав керування транспортним засобом іншій особі, що не мала відповідного водійського посвідчення; 6.3. Страховальник (Застрахована особа) знаходився в транспортному засобі в якості пасажера, крім громадського транспорту, керування яким здійснювала особа, що знаходилася в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під дією психотропних і токсичних речовин; 6.4. Страховальник (Застрахована особа) знехтував і не скористалася засобами безпеки (захисту) як разом, так і окремо, таким як: пасок безпеки, шлем, каска, рятувальний жилет, а також інші засоби безпеки,

		<p>передбачені правилами експлуатації транспортного засобу;</p> <p>7. випадки які сталися до укладання договору страхування або до початку строку страхування, а також ті, які відбулись після закінчення строку страхування або не на території дії договору;</p> <p>8. смерть Страхувальника (Застрахованої особи), яка не є наслідком нещасного випадку на території, що визначено в п.8.4. цієї Оферти;</p> <p>9. якщо Страхувальник (Застрахована особа) брав безпосередню участь у бойових діях і є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та/або службовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших воєнізованих утворень як державних так і недержавних;</p> <p>10. страхування осіб у віці понад встановленого вікового ліміту або страхування осіб без застосування націнок;</p> <p>11. нещасний випадок стався внаслідок виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого виду фізичної роботи, заняття активним туризмом, спортом та екстримом, якщо такі ризики не були застраховані та не застосовані відповідні націнки;</p> <p>12. травми та інші тілесні ушкодження, отримані Страхувальником (Застрахованою особою) або смерть Страхувальника (Застрахованої особи), внаслідок будь яких воєнних дій, зокрема але не виключно при застосуванні стрілецької зброї, мін (будь-яких типів), гранат в тому числі після виконання робіт Страхувальником (Застрахованою) особою, пов'язаних з розмінуванням та/або подібними високонебезпечними роботами;</p> <p>13. інші події та випадки, визначені в цих умовах або чинному законодавством</p> <p>Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди</p>
21.	Підстави для відмови у страховій виплаті	<p><u>Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • громадських заворушень, страйків або надзвичайного (в т.ч. воєнного стану) стану, якщо інше не передбачене умовами страхування; дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання; застосування ядерної, хімічної чи біологічної зброї; • терористичних актів, стихійних лих, за винятком якщо такі події передбачені умовами страхування; • вчинення самогубства або замаху на самогубство Страхувальником (Застрахованою особою) (за винятком випадків, коли Страхувальника (Застраховану особу) було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб);

		<ul style="list-style-type: none"> • здійснення або при спробі здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами; • активна участь у війні (оголошена чи неоголошена), громадянській війні, бойових або військових діях; • нараження Страхувальником (Застрахованою особи) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя) • перебування Страхувальника (Застрахованої особи) у стані алкогольного, за винятком якщо такі події передбачені умовами страхового продукту, наркотичного або токсичного сп'яніння; • безпосередньої участі Страхувальника (Застрахованої особи) у бойових \військових діях та\або якщо Страхувальник (Застрахована особа) є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та\або службовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших воєнізованих утворень як державних так і недержавних. <p><u>Також самостійними підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної самооборони (без перевищення її меж) або випадків, визначених законом або міжнародними звичаями; • вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; • подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, завідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування, місце знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору страхування, або про факт та причини настання страхового випадку. • виявлення Страховиком факту неправдивого зазначення місця перебування Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору страхування, якщо буде виявлено, що договір страхування був укладений під страховий випадок. Укладання договору страхування під страховий випадок є звернення Страхувальника до медичного закладу протягом 48 годин від дати укладання договору страхування. Доказом місця знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на дату укладання договору є відповідні відмітки про перетин кордону України в паспорті або в іншому документі; • створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних причин та/або невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків визначених договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків); • невчасне подання Страховику письмової заяви для отримання страхової виплати та інших документів визначених в договорі страхування; • невиконання вказівок Страховика в процесі урегулювання страхової події; • захворювання, які є наслідком психічної реакції на військові події, внутрішні заворушення, терористичний акт, авіакатастрофу, стихійні явища або побоювань, пов'язаних із такими подіями; • психічні захворювання, навіть якщо вони виявлені вперше або проявляються періодично; • інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
22.	Обмеження страхування:	<p>Договір страхування укладається із особами у віці до 80 років При страхуванні осіб у віці від 65 до 80 років підлягають застосуванню націнки.</p> <p>Не укладаються договори страхування щодо наступних осіб:</p> <ul style="list-style-type: none"> • з громадянами України; • з іноземними громадянами, що є резидентами України (тобто ті іноземними громадянами, які мають посвідку на постійне проживання в Україні) • з фізичними особами у віці понад 80 років; • громадянами Російської Федерації, Білорусі, Сирії, Ірану, Північної Кореї та М'янми; • визнаними у законодавчому порядку недієздатними.
23.	Порядок вирішення спорів	<p>Загальні умови страхового продукту, Оферта та індивідуальна частина страхування можуть бути викладені у двомовному форматі українською та англійською мовами, при цьому текст викладений українською мовою має вищу юридичну силу.</p> <p>При виникненні спорів за цим договором підлягає застосуванню законодавством України</p> <p>Спори, пов'язані з договором страхування, вирішуються шляхом переговорів.</p> <p>Якщо сторони під час переговорів не дійшли згоди, вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України, при цьому сторони, керуючись ст.27 Цивільного процесуального Кодексу України визначили, що місцем територіальної підсудності є відповідний суд у м. Києві за місцезнаходженням Страховика.</p>

		<p>В разі незгоди з рішенням Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа) може звернутися з письмовою скаргою (апеляцією) на рішення до уповноваженого Страховика щодо розгляду скарг (апеляцій) – Вишталюка О.І. за адресою: 04071, м. Київ, вул. Спаська, 5, оф.15.</p> <p>Також рішення Страховика може бути оскаржене до Національного Банку України, адреса: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ-8, 01601, тел. 0 800 505 240 або до суду.</p>
24.	Контактні дані для звернення з інших питань:	<p>Ви можете зв'язатися із Страховиком для здійснення заяв або отримання інформації з таких питань:</p> <ul style="list-style-type: none"> - з питань страхових подій, що не вимагають надання медичної допомоги; з питань отримання страхових виплат; а також з інших питань, пов'язаних із укладеним Вами договором страхування, за номером телефону +38 044 299 78 87 або електронною поштою office@eurotravelins.ua (у робочі дні з 09.00 до 18.00 за Київським часом, у п'ятницю – до 17.00) для отримання консультацій по страхуванню за номером телефону +38 044 299 78 87 або електронною поштою info@eurotravelins.ua (у робочі дні з 09.00 до 18.00 за Київським часом, у п'ятницю – до 17.00).

Додаток № 1

до Оферти комплексного страхування іноземців, які здійснюють подорож Україною

Таблиця виплат (клас 1)

№ статті	Найменування травматичного ушкодження (травми) та/або функціональних розладів здоров'я	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
1. КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1.1. ПЕРЕЛОМ КІСТОК ЧЕРЕПА:		
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
1.2. ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ ТРАВМАТИЧНІ ГЕМАТОМИ:		
	а) епідуральна	10

б) субдуральна, внутрішньомозкова		15
в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)		20
1.3.	УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:	
а) струс головного мозку при терміні лікування від 3 до 13 днів включно		3
б) струс головного мозку при терміні лікування 14 і більше днів		5
в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив		10
г) не вилучені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)		15
д) розтрощення речовини головного мозку (без опису симптоматики)		50
Примітки: 1. Якщо в зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилися оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово. 2. У тому випадку, коли в результаті однієї травми наступлять ушкодження, перераховані в одній статті, страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
1.4.	УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (ТРАВМАТИЧНЕ, ТОКСИЧНЕ, ГІПОКСИЧНЕ), ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВИНИКНЕННЯ:	
а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей у віці до 16 років		5
б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту		10
в) епілепсії		15
г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)		30
г) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)		40
д) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)		60
е) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, деменції		70
є) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів		70

<p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми нервової системи, зазначеними в ст. 1.4., здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичною установою не раніше 3 місяців із дня травми і підтверджені довідкою цієї установи. При цьому страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку зі страховими подіями, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100%.</p> <p>2. У тому випадку, якщо страхувальником представлені довідки про лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється по статтях 1.1., 1.2., 1.3., 1.5., 1.6. і ст.1.4. шляхом підсумовування.</p> <p>3. При зниженні гостроти зору або зниженні слуху в результаті черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і зазначених ускладнень по відповідних статтях шляхом підсумовування.</p>		
1.5.	ПЕРИФЕРИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ	10
<p>Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється по ст.1.1.; ст.1.5. при цьому не застосовується.</p>		
1.6.	УШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, КІНСЬКОГО ХВОСТА, ПОЛІОМІЄЛІТ, БЕЗ ВКАЗІВКИ СИМПТОМІВ:	
а) струс		5
б) забій		10
в) здавлення, гематомієлія, поліомієліт		30
г) частковий розрив		50
г) повний розрив спинного мозку		100
<p>Примітки:</p> <p>1. У тому випадку, якщо страхова виплата була здійснена по ст.1.6 (а), б), в), г)), але надалі виникли ускладнення, перераховані в ст.1.4. і підтверджені довідкою лікувально-профілактичної установи, страхова виплата по ст.1.4. здійснюється додатково до виплаченої раніше.</p> <p>2. Якщо в зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 15% страхової суми одноразово.</p>		

1.7.	ТРАВМАТИЧНІ НЕВРИТИ НА ОДНІЙ КІНЦІВЦІ (ЗА ВИНЯТКОМ НЕВРИТИВ ПАЛЬЦЕВИХ НЕРВІВ)	5
1.8.	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ПОРАНЕННЯ) ШИЙНОГО, ПЛЕЧОВОГО, ПОПЕРЕКОВОГО, КРИЖОВОГО СПЛЕТІНЬ:	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетіння	40
	в) розрив сплетіння	70
Примітки: 1. Ст.1.7. і 1.8. одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, що виникли в зв'язку з травмою, не дають підстав для страхової виплати.		
1.9.	РОЗРИВ НЕРВІВ:	
	а) гілок променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового або великогомілкового	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів	20
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного або стегнового	25
	г) двох і більше: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового	40
	д) ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи	5
2. ОРГАНИ ЗОРУ		
2.1.	ПАРАЛІЧ АКОМОДАЦІЇ ОДНОГО ОКА	15
2.2.	ГЕМІАНОПСІЯ (ВИПАДІННЯ ПОЛОВИНИ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА), УШКОДЖЕННЯ М'ЯЗІВ ОЧНОГО ЯБЛУКА (ТРАВМАТИЧНА КОСООКІСТЬ, ПТОЗ, ДИПЛОПІЯ)	15
2.3.	ЗВУЖЕННЯ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА:	
	а) неконцентричне	10

б) концентричне		15
2.4.	ПУЛЬСУЮЧИЙ ЕКЗОФТАЛЬМ ОДНОГО ОКА	20
2.5.	УШКОДЖЕННЯ ОКА, ЩО НЕ ПРИЗВЕЛО ДО ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ:	
а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема		3
б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II, III ступеня, гемофтальм		5
Примітки:		
1. Опіки ока без вказівки ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для страхової виплати.		
2. У тому випадку, якщо ушкодження, перераховані в ст. 2.4., спричинять зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється у відповідності зі ст. 2.11. Стаття 2.4. при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з пошкодженням очного яблука проводилось виплати згідно із ст. 2.4., але травма в подальшому ускладнилась зниженням гостроти зору, то це дає підставу для здійснення страхової виплати у більшому розмірі, проведена раніше страхова виплата утримується.		
3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстави для страхової виплати.		
2.6.	УШКОДЖЕННЯ СЛЬОЗОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ОДНОГО ОКА:	
а) що не спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів		5
б) що спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів		10
2.7.	НАСЛІДКИ ТРАВМИ ОКА:	
а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт		5
б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот повіки, не вилучені сторонні тіла в очному яблуці і тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука і повік (за винятком шкіри)		10
Примітки:		
1. Якщо в результаті однієї травми наступлять кілька патологічних змін, перерахованих у ст. 2.7., страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш важкої травми одноразово.		
2. У тому випадку, якщо лікар-окуліст не раніше, ніж через 3 місяці після травми ока установить, що існують патологічні зміни, перераховані в ст. 2.1., 2.2., 2.3., 2.4., 2.5. б), 2.7., і зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням усіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше 50% за одне око.		

2.8.	УШКОДЖЕННЯ ОКА (ОДНОГО ЧИ ДВОХ), ЩО СПРИЧИНИЛО ПОВНУ ВТРАТУ ЗОРУ ОДНОГО ОКА АБО ОБОХ ОЧЕЙ, ЩО МАЛИ ЗІР НЕ НИЖЧЕ 0,01	100
2.9.	ВИДАЛЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ ОЧНОГО ЯБЛУКА СЛІПОГО ОКА	10
2.10.	ПЕРЕЛОМ ОРБИТИ	10
2.11.	ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ	Табл. № 1.1.
<p>Примітки:</p> <p>1. Рішення про страхову виплату в зв'язку зі зниженням у результаті травми гостроти зору й інших наслідків приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців із дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) і інших наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по ст. 2.5., 2.6.а), 2.10.</p> <p>2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то умовно варто вважати, що вона була такою, як у неушкодженого. Однак якщо гострота зору непошкодженого ока виявиться нижчою, ніж пошкодженого, умовно варто вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.</p> <p>3. Якщо в результаті травми були ушкоджені обидва ока і дані про гостроту зору до травми відсутні, варто умовно вважати, що гострота зору їх складала 1,0.</p> <p>4. У тому випадку, якщо в зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована лінза, що коригує, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.</p>		
3. ОРГАНИ СЛУХУ		
3.1.	УШКОДЖЕННЯ ВУШНОЇ РАКОВИНИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
а)	перелом хряща	3
б)	відсутність до 1/3 частини вушної раковини	5
в)	відсутність 1/3-1/2 частини вушної раковини	10
г)	відсутність більше ніж 1/2 частини вушної раковини	30
г)	повна відсутність вушної раковини	50
Примітка: рішення про здійснення страхової виплати по ст. 3.1. б), в), г)) приймається на підставі даних огляду, проведеного після		

загоєння ран. Якщо страхова виплата здійснена по ст. 3.1., то ст. 8.1 не застосовується.		
3.2.	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ:	
а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м		5
б) шепітна мова - до 1 м		15
в) повна глухота (розмовна мова – 0)		25
Примітка: рішення про здійснення страхової виплати в зв'язку зі зниженням слуху у результаті травми приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців із дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до Лор-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по ст. 3.3, 3.4. а) (якщо на це є підстави).		
3.3.	РОЗРИВ ОДНІЄЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ, ЩО НАСТУПИВ У РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ, І ЯКИЙ НЕ СПРИЧИНИВ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ	5
Примітки: 1. Якщо в результаті травми відбувся розрив барабанної перетинки і настало зниження слуху, страхова виплата визначається по ст. 3.2. Стаття 3.3. при цьому не застосовується. 2. Якщо розрив барабанної перетинки відбувся в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка), ст. 3.3. не застосовується.		
3.4.	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОТИТ:	
а) гострий гнійний		3
б) хронічний		5
Примітка: страхова виплата по ст. 3.4. б) здійснюється додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено Лор-фахівцем після закінчення трьох місяців після травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми по відповідній статті.		
4. ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
4.1.	ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ КІСТОК, ХРЯЦА НОСА, ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ, ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ, ГРАТЧАСТОЇ КІСТКИ	5
Примітка: якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа наступить його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичної установи і результатами огляду, страхова виплата проводиться по ст. 4.1. і 58 (якщо є підстави для за-		

стосування цієї статті) шляхом підсумовування.		
4.2.	УШКОДЖЕННЯ ЛЕГЕНІВ, ПІДШКІРНА ЕМФІЗЕМА, ГЕМОТОРАКС, ПНЕВМОТОРАКС, ПНЕВМОНІЯ, ЕКСУДАТИВНИЙ ПЛЕВРИТ, СТОРОННЄ ТІЛО (ТІЛА) ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ:	
а) з однієї сторони		5
б) із двох сторін		20
Примітки:		
1. Пневмонія, що розвилася в період лікування травми або після оперативного втручання, зробленого з приводу травми (за винятком ушкоджень грудної клітки й органів грудної порожнини), не дає підстав для здійснення страхової виплати.		
2. Якщо переломи ребер, грудини спричинили ускладнення, передбачені ст.4.2., страхова виплата по цій статті виплачується додатково до ст.4.4., 4.5.		
4.3.	УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЇЇ ОРГАНІВ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
а) легенева недостатність (після 3 місяців із дня травми)		10
б) видалення долі, частини легенів		40
в) видалення однієї легені		60
Примітка: при здійсненні страхової виплати по ст. 4.3. б), в), ст. 4.3. а) не застосовується.		
4.4.	ПЕРЕЛОМ ГРУДИНИ	5
4.5.	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО РЕБРА	3
Примітки:		
1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.		
2. Перелом хрящової частини ребра дає підстави для здійснення страхової виплати.		
3. Якщо в довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних установ, буде зазначена різна кількість ушкоджених ребер, страхова виплата здійснюється з урахуванням більшого числа ребер.		
4.6.	ПРОНИКАЮЧЕ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ТОРАКОСКОПІЯ, ТОРАКОЦЕНТЕЗ, ТОРАКОТОМІЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ:	
а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребує проведення торакотомії		5
торакотомія:		

б) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини		10
в) при ушкодженні органів грудної порожнини		25
г) повторні торакотомії (незалежно від їхньої кількості)		15
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з ушкодженням грудної клітки і її органів було зроблене видалення легенів або їх частини, страхова виплата здійснюється у відповідності із ст.4.3.; ст.4.6. при цьому не застосовується; ст.4.6. і 4.2. одночасно не застосовуються.		
2. Якщо в зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найбільш складного втручання одноразово.		
4.7.	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЦА, ПЕРЕЛОМ ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ОПІК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ	5
Примітка: якщо в зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.		
4.8.	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЦА, ТРАХЕОСТОМІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
а) охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців після травми		10
б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців після травми		20
Примітка: страхова виплата по ст.4.8. здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою по ст.4.7. У тому випадку, якщо Страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила за собою порушення функції гортані або трахеї, необхідно одержати висновок фахівця через 3 місяці після травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється по ст.4.7.		
5. СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
5.1.	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВОСУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	25
5.2.	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ:	

а) I ступеня		10
б) II-III ступеня		25
Примітка: якщо не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється по ст. 5.2. а).		
5.3.	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН (ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ) НА РІВНІ:	
а) плеча, стегна		10
б) передпліччя, гомілки		5
5.4.	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	
Примітки:		
1. До великих магістральних судин варто відносити: аорту, легеневу, сонну артерію, безіменну вену, внутрішні яремні вени, верхню і нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин варто відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові і променеві артерії, клубова, стегнові, підколінні, передні і задні малогомілкові і великогомілкові артерії; плечоголовна, підключичні, підпахвові, стегнові і підколінні вени.		
2. Якщо Страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, необхідно одержати висновок фахівця.		
3. Страхова виплата по ст. 5.2., 5.4. здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені в лікувально-профілактичній установі після закінчення 3 місяців після травми і підтвержені довідкою цієї установи. Раніше цього терміну виплата здійснюється по ст. 5.1., 5.3.		
4. Якщо в зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 5% страхової суми.		
6. ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ		
6.1.	ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, СКУЛОВОЇ КІСТКИ АБО НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ВИВИХ ЩЕЛЕПИ:	
а) перелом однієї кістки, вивих щелепи		5
б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки		10
Примітки: 1. При переломі щелепи, що випадково наступила під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що наступив при втраті зубів, не дає підстави для страхової виплати.		

3. Якщо в зв'язку з травмою щелеп, виличної кістки проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
6.2.	ЗВИЧНИЙ ВИВИХ ЩЕЛЕПИ	10
Примітка: при звичному вивиху нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, виплаченої по ст.6.1. При рецидивах звичного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.		
6.3.	УШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ:	
а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)		40
б) щелепи		60
Примітки:		
1. При здійсненні страхової виплати в зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їхньої кількості.		
2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток страхової суми, що підлягає виплаті, визначається з урахуванням цих ушкоджень по відповідних статтях шляхом підсумовування.		
3. При здійсненні страхової виплати по ст.6.3. додаткова виплата за оперативні втручання не проводиться.		
6.4.	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ПОРОЖНИНИ РОТА (ПОРАНЕННЯ, ОПІК, ВІДМОРОЖЕННЯ), ЯКЕ СПРИЧИНИЛО УТВОРЕННЯ РУБЦІВ (НЕЗАЛЕЖНО ВІД ЇХНЬОГО РОЗМІРУ)	3
6.5.	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
а) відсутність кінчика язика		10
б) відсутність дистальної третини язика		15
в) відсутність язика на рівні середньої третини		30
г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика		60
6.6.	УШКОДЖЕННЯ ЗУБІВ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
а) відлом коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки кореню), вивих зуба		3
втрату:		
б) 1 зуба		5
в) 2-3 зубів		10

г) 4-6 зубів		15
г) 7-9 зубів		20
д) 10 і більше зубів		25
Примітки: 1. При переломі або втраті в результаті травми зубів з незмінними протезами страхова виплата не здійснюється з урахуванням втрати тільки опорних зубів. При ушкодженні в результаті травми змінних протезів страхова виплата не виплачується. 2. При втраті молочних зубів у дітей у віці до 5 років страхова виплата виплачується на загальних підставах. 3. При втраті зубів і переломі щелепи розмір страхової виплати, що підлягає виплаті, визначається по ст.6.1. і 6.6. шляхом підсумування. 4. Якщо у зв'язку з травмою зуба було здійснено відшкодування згідно ст. 6.6. а), і в подальшому цей зуб був видалено, з суми страхового відшкодування вираховується раніше виплачена сума.		
6.7.	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) ГЛОТКИ, СТРАВОХОДУ, ШЛУНКУ, КИШЕЧНИКУ, А ТАКОЖ ЕЗОФАГОГАСТРОСКОПІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ЦИМИ УШКОДЖЕННЯМИ АБО З МЕТОЮ ВИДАЛЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ СТРАВОХОДУ, ШЛУНКУ, ЩО НЕ СПРИЧИНИЛО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ	5
6.8.	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) СТРАВОХОДУ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
а) звуження стравоходу		40
б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу		100
Примітка: відсоток страхової суми, що підлягає виплаті по ст.6.8., визначається не раніше, ніж через 6 місяців із дня травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється попередньо по ст.6.7. і цей відсоток віднімається при ухваленні остаточного рішення.		
6.9.	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ОПІК, ПОРАНЕННЯ) ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ, ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит		5
б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, вихідникового отвору		15
в) спаячну хворобу, стан після операції з приводу спаячної непрохідності		25

г) кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози		50
г) протиприродний вихідниковий отвір (колостома)		100
<p>Примітки:</p> <p>1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах а), б), в), страхова виплата виплачується за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців з дня травми, а передбачені в пунктах г) і д) – після закінчення 6 місяців з дня травми. Зазначені ускладнення травми визнаються тільки в тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичної установи. Раніше цих термінів страхова виплата виплачується по ст.6.7. і цей відсоток не віднімається при ухваленні остаточного рішення.</p> <p>2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному підпункті, страхова виплата виплачується одноразово. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних підпунктах, страхова виплата виплачується з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>		
6.10.	ГРИЖА, ЩО УТВОРИЛАСЯ НА МІСЦІ УШКОДЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, ДІАФРАГМИ АБО В ОБЛАСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ, ЯКЩО ОПЕРАЦІЯ ПРОВОДИЛАСЬ У ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, АБО СТАН ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ТАКОЇ ГРИЖІ	10
<p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата по ст.6.10. виплачується додатково до страхової виплати, визначеної в зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.</p> <p>2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові і пахово-мошонкові), що виникли в результаті підняття ваги, не дають підстав для страхової виплати.</p>		
6.11.	УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ АБО ВИПАДКОВОГО ГОСТРОГО ОТРУЄННЯ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
а) підкапсульний розрив печінки, що не потребує оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, що розвився безпосередньо в зв'язку з травмою, гепатоз		5
б) печінкову недостатність		10
6.12.	УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура		15

б) ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура	20
в) видалення частини печінки	25
г) видалення частини печінки і жовчного міхура	35
6.13.	УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:
а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребує оперативного втручання	5
б) видалення селезінки	30
6.14.	УШКОДЖЕННЯ ШЛУНКУ, ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, КИШЕЧНИКУ, БРИЖІ, ЩО СПРИЧИНИЛО:
а) утворення несправжньої кісти підшлункової залози	20
б) резекцію шлунка, кишечнику, підшлункової залози	30
в) видалення шлунка	60
г) ушивання брижейки	15
Примітка: при наслідках травми, перерахованих в одному підпункті, страхова виплата виплачується одноразово. Однак, якщо травма різних органів спричинить ускладнення, зазначені в різних підпунктах, страхова виплата виплачується з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
6.15.	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЖИВОТА, У ЗВ'ЯЗКУ З ЯКИМИ ЗРОБЛЕНІ:
а) лапароскопія (лапароцентез)	5
б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	10
в) лапаротомія при ушкодженні органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
г) повторні лапаротомії (незалежно від їхньої кількості)	10
Примітки:	
1. Якщо в зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати по ст.6.11. - 6.14., стаття 6.15. (крім підпункту г) не застосовується.	
2. Якщо в результаті однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька органів будуть вилучені, а інші – ушиті, страхова виплата виплачується по відповідних статтях і ст.5.15. в) одноразово.	
3. У тому випадку, коли в результаті однієї травми будуть ушкоджені органи травної, сечовидільної або статеві системи (без їхнього видалення), додатково виплачується страхова виплата по ст.7.4. (5%).	

7. СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМИ	
7.1.	УШКОДЖЕННЯ НИРКИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:
а) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребує оперативного втручання	5
б) видалення частини нирки	30
в) видалення нирки	60
7.2.	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ (НИРОК, СЕЧОВОДІВ, СЕЧОВОГО МІХУРА, СЕЧІВНИКА), ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:
а) цистит, уретрит	5
б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит	10
в) зменшення об'єму сечового міхура	15
г) гломерулонефрит, пієлонефрит, звуження сечоводу, сечівника	25
г) синдром тривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, “краш-синдром”, синдром розтрощення), хронічну ниркову недостатність	30
д) непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої свищі	40
Примітки:	
1. Якщо в результаті травми наступило порушення функції декількох органів сечостатевої системи, відсоток страхової суми, що підлягає виплаті, визначається по одному з підпунктів ст.7.2., що враховує найбільш важке ушкодження.	
2. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми, перерахованими в підпунктах а), в), г), г) і д) ст.7.2., виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього терміну страхова виплата виплачується по ст.7.1. або 7.4. а) і цей відсоток не віднімається при ухваленні остаточного рішення.	
7.3.	ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:
а) цистостомія	5
б) при підозрі на ушкодження органів	10
в) при ушкодженні органів	15
г) повторні операції, зроблені в зв'язку з травмою (незалежно від їхньої кількості)	10

Примітка: якщо в зв'язку з травмою було зроблене видалення нирки або її частин, страхова виплата виплачується по ст.7.1. б), в); ст.7.3. при цьому не застосовується.	
7.4.	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СТАТЕВОЇ АБО СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:
а) поранення, розрив, опік, відмороження	5
б) згвалтування у віці:	
до 15 років	50
від 15 до 18 років	30
18 років і більше	15
Примітка: страхова виплата по ст. 7.4. виплачується на підставі постанови про порушення карної справи і рішення суду	
7.5.	УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО:
а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена	30
в) втрати матки у жінок у віці:	
до 40 років	50
від 40 до 50 років	30
50 років і більше	15
г) втрати статевого члена, обох яєчок	50
7.6.	ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ, ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:
а) видалення однієї маткової труби, одного яєчника	15
б) видалення обох маткових труб, обох яєчників	30
в) втрату матки (у тому числі з додатками) у віці:	
до 40 років	50
від 40 до 50 років	30
50 років і більше	15
Примітка: у тих випадках, коли під час операції з приводу позаматкової вагітності одночасно з вагітною трубою видаляється (перев'язується) і друга маткова труба в зв'язку з її захворюванням або з метою стерилізації, страхова виплата виплачується по ст.7.6. а).	

8. М'ЯКІ ТКАНІНИ	
8.1.	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНІН ОБЛИЧЧЯ, ПЕРЕДНЬОБОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПІДЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ, ВУШНИХ РАКОВИН, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ:
а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см ²	3
б) утворення рубців площею 1,0 см ² і більше або довжиною 5 см і більше	5
в) значні косметичні дефекти	10
г) різкі косметичні дефекти	30
г) спотворення	70
Примітки:	
1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, втягнені або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини. Спотворення – це різка зміна природного виду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного або інших насильницьких впливів.	
2. Якщо в зв'язку з переломом кісток лицевого черепа зі зсувом відламків була зроблена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата виплачується з урахуванням перелому і післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тій чи іншій мірі.	
3. Якщо в результаті ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобоккової поверхні шиї, підщелепної області утворився рубець або пігментна пляма й у зв'язку з цим була виплачена відповідна частина страхової суми, а потім застрахований одержав другу травму, яка спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), знову виплачується страхова виплата з урахуванням наслідків повторної травми.	
8.2.	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНІН ВОЛОСЯНОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ, ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ УТВОРЕННЯ РУБЦІВ ПЛОЩЕЮ:
а) від 2,0 до 5,0 см ² або довжиною 5 см і більше	3
б) від 5 см ² до 0,5% поверхні тіла	5
в) від 0,5% до 2,0% поверхні тіла	10
г) від 2,0% до 4,0% поверхні тіла	15
г) від 4,0% до 6,0% поверхні тіла	20
д) від 6,0% до 8,0% поверхні тіла	25

е) від 8,0% до 10,0% поверхні тіла		30
є) від 10,0% до 15,0% поверхні тіла		35
ж) від 15,0% і більше		40
Примітки:		
<p>1. 1 % поверхні досліджуваного тіла дорівнює площі долонної поверхні його кисті і пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, вимірюваної від променево-зап'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівок II-V п'ясткових кісток (без врахування I пальця).</p> <p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту враженої ділянки шкіри.</p> <p>3. Якщо страхова виплата виплачується за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і ін.), ст.8.2. не застосовується</p>		
8.3.	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО УТВОРЕННЯ ПІГМЕНТНИХ ПЛЯМ ПЛОЩЕЮ:	
а) від 1,0% до 2,0% поверхні тіла		3
б) від 2,0% до 10,0% поверхні тіла		5
г) від 10,0% до 15,0% поверхні тіла		10
г) 15,0% і більше		15
Примітки:		
<p>1. Рішення про страхову виплату по ст.8.1., 8.2. і 8.3. приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння поверхні ран, але не раніше ніж 1 місяць після травми.</p> <p>2. Загальна сума виплат по ст.8.2. і 8.3. не повинна перевищувати 40%.</p>		
8.4.	ОПІКОВА ХВОРОБА, ОПІКОВИЙ ШОК	10
Примітка: страхова виплата по ст.8.3. виплачується додатково до страхової виплати, виплачуваної в зв'язку з опіком.		
8.5.	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН:	
а) не вилучені сторонні тіла		2
б) м'язова грижа, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площею не менш 2 см ² , розрив м'язів		3

в) розрив сухожиль, за винятком пальців кисті, взяття аутотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата		5
Примітки: 1. Страхова виплата в зв'язку з гематомою, що не розсмокталась, м'язовою грижею або посттравматичним періоститом виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення травми мають місце після закінчення 1 місяця з дня травми. 2. Рішення про страхову виплату (разового відшкодування) по ст.8.5. приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного не раніше, ніж через 1 місяць після травми.		
9. ХРЕБЕТ		
9.1.	ПЕРЕЛОМ, ПЕРЕЛОМО-ВИВИХ АБО ВИВИХ ТІЛ, ДУЖОК І СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ І КУПРИКА):	
а) одного-двох		20
б) трьох-п'яти		30
в) шести і більше		40
9.2.	РОЗРИВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ЗВ'ЯЗОК (ПРИ ТЕРМІНІ ЛІКУВАННЯ НЕ МЕНШ 14 ДНІВ), ПІДВИВИХ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КУПРИКА)	
Примітка: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не здійснюється.		
9.3.	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО ПОПЕРЕЧНОГО АБО ОСТИСТОГО ВІДРОСТКА	
9.4.	ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ	
9.5.	УШКОДЖЕННЯ КУПРИКА:	
а) підвивих куприкових хребців		3
б) вивих куприкових хребців		5
в) перелом куприкових хребців		10
Примітки: 1. Якщо в зв'язку з травмою хребта (у тому числі крижової кістки і куприка) проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово. 2. У тому випадку, якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата виплачується-		

ся з урахуванням обох ушкоджень шляхом підсумовування.	
3. У тому випадку, якщо в результаті однієї травми відбудеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперечних або остистих відростків, страхова виплата виплачується по статті, що передбачає найбільш важке ушкодження, одноразово.	
10. ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ	
10.1.	ПЕРЕЛОМ ЛОПАТКИ, КЛЮЧИЦІ, ПОВНИЙ АБО ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО, ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СПОЛУЧЕНЬ:
а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного сполучення	5
б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох сполучень або перелом, вивих однієї кістки і розрив одного сполучення, перело-м-вивих ключиці	10
в) розрив двох сполучень і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного сполучення	15
г) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб)	15
Примітки:	
1. У випадку, якщо в зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в ст.10.1., проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.	
2. У випадку, якщо в зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про страхову виплату по ст.8.2. приймається за результатами огляду, проведеного після загоєння рани.	
3. Страхова сума в зв'язку з переломом, що не зрісся (несправжній суглоб) виплачується в тому випадку, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою установи. Ця виплата є додатковою.	
11. ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ	
11.1.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА (СУГЛОБОВОЇ ЗАПАДИНИ ЛОПАТКИ, ГОЛІВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, АНАТОМІЧНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ, ГОРБИКІВ, СУГЛОБОВОЇ СУМКИ):
а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча	5
б) перелом двох кісток, перелом лопатки і вивих плеча	10
в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перело-м-вивих плеча	15

11.2.	УШКОДЖЕННЯ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
а) звичний вивих плеча		15
б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)		20
в) «розбвганий» плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток		40
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.11.1. виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженнями області плечового суглоба в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичною установою після закінчення 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи.		
2. У випадку, якщо в зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми.		
3. Страхове відшкодування при звичному вивиху плеча сплачується у тому разі, якщо він наступив протягом 3 років після первинного вивиху, що стався в період дії договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилось його вправлення. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.		
12. ПЛЕЧЕ		
12.1.	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ:	
а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)		15
б) подвійний перелом		20
12.2.	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, ЯКИЙ СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.12.2. виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення будуть встановлені в лікувально-профілактичній установі після закінчення 9 місяців після травми.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області плеча проводилося оперативне втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми.		
12.3.	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ АБО ЇЇ ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
а) з лопаткою, ключицею або їхньою частиною		80

б) плеча на будь-якому рівні	75
в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100
Примітка: якщо страхова виплата виплачується по ст.12.3., додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
13. ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ	
13.1.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА:
а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	3
б) відрив кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	5
в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
г) перелом плечової кістки	15
г) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками	20
Примітка: у випадку, якщо в результаті однієї травми мають місце різні ушкодження, вказані в ст.13.1., страхова виплата проводиться відповідно до підпункту, що враховує найбільш важке ушкодження.	
13.2.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:
а) відсутність рухів у суглобі	20
б) «розбовтаний» ліктьовий суглоб, у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	30
Примітки: 1. Страхова виплата по ст.13.2. виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженнями області ліктьового суглоба, у тому випадку, якщо порушення рухів у цьому суглобі, буде встановлено лікувально-профілактичною установою після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи. 2. У цьому випадку, якщо в зв'язку з травмою області ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	
14. ПЕРЕДПЛІЧЧЯ	
14.1.	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ (ВЕРХНЯ, СЕРЕДНЯ, НИЖНЯ ТРЕТИНА):
а) перелом, вивих однієї кістки	5

б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки		10
14.2.	ПЕРЕЛОМ, ЩО НЕ ЗРИСЯ (НЕСПРАВЖНИЙ СУГЛОБ) КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ:	
а) однієї кістки		15
б) двох кісток		30
Примітка: страхова виплата по ст.14.2. виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з травмою передпліччя, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
14.3.	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО:	
а) до ампутації передпліччя на будь-якому рівні		65
б) до екзартикуляції в ліктьовому суглобі		70
в) до ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя		100
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою області передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.		
2. Якщо страхова виплата виплачується по ст.14.3., додаткова виплата за оперативні втручання та післяопераційні рубці не проводиться.		
15. ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
15.1.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА:	
а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки		5
б) перелом двох кісток передпліччя		10
в) перилунарний вивих кістки		15
15.2.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВІДСУТНОСТІ РУХІВ (АНКІЛОЗУ) У ЦЬОМУ СУГЛОБІ	
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.15.2. виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженням області промене-		

нево-зап'ясткового суглоба в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичною установою після закінчення 6 місяців після травми й підтверджено довідкою цієї установи.	
2. Якщо в зв'язку з травмою області променево-зап'ясткового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми.	
16. КИСТЬ	
16.1.	ПЕРЕЛОМ АБО ВИВИХ КІСТОК ЗАП'ЯСТЯ, П'ЯСТКОВИХ КІСТОК ОДНІЄЇ КИСТІ:
а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
б) двох і більш кісток (крім човноподібної)	10
в) човноподібної кістки	10
г) вивих, перломо-вивих кисті	15
Примітки:	
1. Якщо в зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.	
2. При переломі (вивиху) у результаті однієї травми кісток зап'ястя (п'ясткових кісток) і човноподібної кістки страхова виплата виплачується з врахуванням кожного пошкодження шляхом підсумовування.	
16.2.	УШКОДЖЕННЯ КИСТІ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:
а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
б) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба	60
в) ампутацію однієї кисті	65
Примітка: страхова виплата в зв'язку з переломом, що не зрісся, (несправжнім суглобом) кісток зап'ястя або п'ясткових кісток виплачується додатково по ст.16.2.(а) в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.	
17. ПАЛЬЦІ КИСТІ	
17.1. ПЕРШІЙ ПАЛЕЦЬ	
17.1.1.	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:

а) відрив нігтьової пластинки	2
б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця	3
в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітки:	
1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати.	
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилльним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.	
17.1.2.	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:
а) відсутність рухів в одному суглобі	10
б) відсутність рухів у двох суглобах	15
Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції 1 пальця виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.	
17.1.3.	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:
а) ампутацію на рівні нігтьової фаланги	10
б) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги)	15
в) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
г) ампутацію пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	25
Примітка: якщо страхова виплата виплачена по ст.17.1.3., додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
17.2.	ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ
17.2.1.	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:
а) відрив нігтьової пластинки	2
б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця	3
в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, шкірний панарицій	5

Примітки:		
1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для виплати страхової суми.		
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
17.2.2.	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
а) відсутність рухів в одному суглобі		5
б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця		10
Примітка: страхова сума в зв'язку з порушенням функцій пальця виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
17.2.3.	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги		3
б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги		5
в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг		10
г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця		15
г) втрату пальця з п'ястковою кісткою або її частиною		20
Примітки:		
1. Якщо страхова сума виплачена по ст.17.2.3., додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. При ушкодженні декількох пальців кисті в період дії одного договору страхування страхова сума виплачується з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Однак розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.		
18. ТАЗ		
18.1.	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА:	
а) перелом однієї кістки		5
б) перелом двох кісток або розрив одного сполучення, подвійний перелом однієї кістки		10
в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох сполучень		15
Примітки:		

1. Якщо в зв'язку з переломом кісток таза або розривів сполучень проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	
2. Розрив лобкового, крижово-клубового сполучення (сполучень) під час пологів дає підставу для виплати страхової суми на загальних підставах по ст.18.1. (б або в).	
18.2.	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА, ЩО СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ РУХІВ У ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБАХ:
а) в одному суглобі	20
б) у двох суглобах	40
Примітка: страхова сума в зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) виплачується по ст.18.2. додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою таза, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичною установою через 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.	
19. НИЖНЯ КІНЦІВКА	
19.1. ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ	
19.1.1.	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА:
а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів)	10
в) вивих стегна	15
г) перелом голівки, шийки проксимального метафіза стегна	20
Примітки:	
1. У тому випадку, якщо в результаті однієї травми наступлять різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова сума виплачується відповідно за підпунктом, який передбачає найбільш важке ушкодження.	
2. Якщо в зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми однократно.	
19.1.2.	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:
а) відсутність рухів (анкілоз)	20
б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) шийки стегна	30
в) ендопротезування	40

г) «розбавтаний» суглоб у результаті резекції голівки стегна		50
Примітки:		
1. Страхова сума в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в ст.19.1.2., виплачується додатково до страхової суми, виплаченої з приводу травми суглоба.		
2. Страхова сума по ст.19.1.2.(б) виплачується в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
20. СТЕГНО		
20.1.	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА:	
а) на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина		25
б) подвійний перелом стегна		30
20.2.	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА, ЩО СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	
		30
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою області стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.		
2. Страхова сума по ст.20.2. виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлено в лікувально-профілактичній установі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
20.3.	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ СТЕГНА:	
а) однієї кінцівки		70
б) єдиної кінцівки		100
Примітка: якщо страхова сума була виплачена по ст.20.3., додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
21. КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
21.1.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
а) гемартроз		3

б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, ушкодження меніска	5
в) перелом: надколінка, міжвиросткового узвишся, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки	10
г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової	15
г) перелом виростків стегна, вивих гомілки	20
д) перелом дистального метафіза стегна	25
е) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	30
Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова сума виплачується одноразово відповідно до підпункту ст.21.1., що передбачає найбільш важке ушкодження. 2. Якщо в зв'язку з травмою області колінного суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл) додатково виплачується 10% страхової суми одноразово	
21.2.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:
а) відсутність рухів у суглобі	20
б) «розбавтаний» колінний суглоб у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	30
в) ендопротезування	40
Примітка: страхова сума по ст.21.2. виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою цього суглоба.	
22. ГОМІЛКА	
22.1.	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):
а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів	5
б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15
Примітки: 1. Страхова сума по ст.22.1. визначається при: - переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в області діафіза (верхня, середня, нижня трети-	

на) і переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині.	
2. Якщо в результаті травми наступив внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова сума виплачується по ст.21.1. і 22.1. або ст.23.1. і 22.1. шляхом підсумовування	
22.2.	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ, ЩО ПРИЗВІВ ДО ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЛЯ, НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБУ (ЗА ВИНЯТКОМ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ):
а) малогомілкової кістки	5
б) великогомілкової кістки	15
в) обох кісток	20
Примітки:	
1. Страхова сума по ст.22.2. виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені в лікувальнопрофілактичній установі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи.	
2. Якщо в зв'язку з травмою гомілки проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	
22.3.	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:
а) ампутації гомілки на будь-якому рівні	5
б) екзартикуляцію в колінному суглобі	10
в) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15
Примітка: якщо страхова сума була виплачена в зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
23. ГОМІЛКОВОСТУПЕНЕВИЙ СУГЛОБ	
23.1.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТУПЕНЕВОГО СУГЛОБА:
а) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
в) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15
Примітки:	

1. При переломах кісток гомілковоступеневого суглоба, що супроводжуються розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.	
2. Якщо в зв'язку з травмою області гомілковоступеневого суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.	
23.2.	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТУПЕНЕВОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:
а) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі	20
б) «розбавтаний» гомілковоступеневий суглоб у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	40
в) екзартикуляцію в гомілковоступеневому суглобі	50
Примітка: якщо в результаті травми гомілковостопного суглоба наступили ускладнення, перераховані в ст.23.2., страхова сума виплачується по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкий наслідок.	
23.3.	УШКОДЖЕННЯ АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ:
а) при консервативному лікуванні	5
б) при оперативному лікуванні	15
24. СТОПА	
24.1.	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ:
а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яткової і таранної)	5
б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яткової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	15
Примітки:	
1. Якщо в зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.	
2. При переломах або вивихах кісток стопи, що наступили в результаті різних травм, страхова сума виплачується з урахуванням факту кожної травми.	
24.2.	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:
а) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яткової і таранної кіс-	5

ток)		
б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) трьох і більш кісток, а також таранної або п'яткової кістки		15
в) артродез підтаранного суглоба, в поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)		20
ампутацію на рівні:		
г) плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)		30
г) плеснових або заплеснових кісток		40
д) таранної, п'яткової кісток (втрата стопи)		50
Примітки:		
1. Страхова сума в зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.24.2. а), б), в), виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо вони будуть установлені лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи, а по підпунктах г), г), д) - незалежно від терміну, що пройшов із дня травми.		
2. У тому випадку, якщо страхова сума виплачується в зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
25. ПАЛЬЦІ СТОПИ		
25.1.	ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ ФАЛАНГИ (ФАЛАНГ), УШКОДЖЕННЯ СУХОЖИЛЛЯ (СУХОЖИЛЬ):	
а) одного пальця		3
б) двох-трьох пальців		5
в) чотирьох-п'яти пальців		10
Примітка: якщо в зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
25.2.	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦІВ СТОПИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
Першого пальця:		
а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба		5

б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба		10
Другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:		
в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг		5
г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно-фалангового суглобів		10
г) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг		15
д) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно-нігтьових суглобів		20
Примітка:		
1. У тому випадку, якщо страхова сума виплачується по ст.25.2., додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. Якщо в зв'язку з травмою була зроблена ампутація пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.		
26. ІНШЕ		
26.1.	УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
а) утворення лігатурних свищів		3
б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки		5
в) остеомієліт, у тому числі гематогенний остеомієліт		10
Примітки:		
1. Ст.26.1. застосовується при тромбофлебитах, лімфостазі і порушеннях трофіки, що наступили внаслідок травми опорно-рухового апарату (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів).		
2. Запалення пальців стоп, що нагноїлись, не дають підстав для виплати страхової суми.		
26.2.	ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК, ГЕМОРАГІЧНИЙ, АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК, ЩО РОЗВИВСЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ	5
Примітка: виплата страхової суми по ст.26.2. проводиться додатково до виплат, зроблених у зв'язку з травмою.		
26.3.	ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ, АСФІКСІЯ (ЗАДУХА), КЛІЩОВИЙ АБО ЕНЦЕФАЛІТ ПІСЛЯ ЩЕПЛЕННЯ (ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТ), ВРАЖЕННЯ ЕЛЕКТРОСТРУМОМ (АТМОСФЕРНОЮ ЕЛЕКТРИКОЮ), УКУСИ ЗМІЙ, ОТРУЙНИХ КОМАХ, ПРАВЕЦЬ, БОТУЛІЗМ (ПРИ ВІДСУТНОСТІ ДАНИХ ПРО УРАЖЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ЗАЗНАЧЕНИХ ПОДІЙ КОНКРЕТНИХ ОРГАНІВ)	

при стаціонарному лікуванні:		
а) 6-10 днів		5
б) 11-20 днів		10
в) 21-30 днів		15
г) понад 31 днів		25
Примітка: якщо в довідці зазначено, що події, перераховані в ст.26.3., спричинили за собою ушкодження яких-небудь органів, страхова сума виплачується по відповідних статтях. Ст.26.3. при цьому не застосовується.		
26.4.	БУДЬ-ЯКИЙ СТРАХОВИЙ ВИПАДОК, ЩО СТАВСЯ ІЗ ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ У ПЕРІОД ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЩО НЕ ПЕРЕДБАЧЕНИЙ ДАНОЮ ТАБЛИЦЕЮ, АЛЕ ПОТРЕБУЄ СТАЦІОНАРНОГО І (АБО) АМБУЛАТОРНОГО БЕЗПЕРЕРВНОГО ЛІКУВАННЯ В ЦІЛОМУ НЕ МЕНШЕ 10 ДНІВ	0,1% за кожен день лікування
Примітка: Страхова виплата по ст.26.4. сплачується одноразово по закінченні строку лікування і не може перевищувати 10% страхової суми.		

ТАБЛИЦЯ 1.1

ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ЗНИЖЕННІ ГОСТРОТИ ЗОРУ ВНАСЛІДОК ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ

Гострота зору після травми	Розмір страхової виплати (у % від страхової суми), за умови, що гострота зору до травми становила:							
	1,00	0,90	0,80	0,70	0,60	0,50	0,40	0,30
0,9	3	-	-	-	-	-	-	-
0,8	5	3	-	-	-	-	-	-
0,7	5	5	3	-	-	-	-	-
0,6	10	5	5	3	-	-	-	-
0,5	10	10	10	5	5	-	-	-

0,4	10	10	10	10	5	5	-	-
-0,3	15	15	15	10	10	5	5	-
0,2	20	20	20	15	10	10	5	5
0,1	30	30	30	20	15	10	10	5
Нижче 0,1	40	40	40	30	20	15	15	10
0,0	50	50	50	40	25	20	20	10

