ЕТАЛОН
СТРАХОВА КОМПАНІЯ

ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішенням Правління
Приватного акціонерного товариства
"Страхова компанія "Еталон"
від 10.02.2025 р. № 03/25-02/8

Голова Правління
О.О. Кравченко

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖІ УКРАЇНИ "ПОДОРОЖ"

1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

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

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

1.3 Положення цих ЗУСП-Оферти поширюються на Договори комплексного страхування подорожуючих за межі України "Подорож", укладених **з 15.02.2025 р.** по дату, яку зазначає Страховик в назві гіперпосилання на ЗУСП-Оферту на своєму веб-сайті http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/podorozh/ як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена.

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

a. у відповідності до статей 638, 642 Цивільного кодексу України, укладеним вважається Договір, якщо Сторони досягли згоди з усіх істотних умов Договору. Договір укладається шляхом пропозиції однієї Сторони укласти Договір і повним та безумовним прийняттям пропозиції (**акцептом**) другою Стороною. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили клієнт набуває статусу Страхувальника.

b. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на підставі Заяви на страхування (далі – **Заява**) на умовах, визначених в Розділі 2.3 цих ЗУСП-Оферти. Страхувальник несе відповідальність за достовірність відомостей, наведених в Заяві. Повноцінний Договір складається з двох частин:

– першою складовою є індивідуальна частина, що укладається в двох примірниках українською мовою, що мають однакову юридичну силу – по одному для кожної зі Сторін (у разі укладання Договору у формі паперового документу);

– другою складовою частиною є ці ЗУСП-Оферта.

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

1.5.1 приймає (акцептує) ці ЗУСП-Оферту;

1.5.2 підтверджує та визнає, що до укладання Договору на виконання вимог законодавства України Страховик

(страховий посередник) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився:

– зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 - 5 ст. 7 Закону України “Про фінансові послуги та фінансові компанії ”;

– з інформацією про стандартний страховий продукт " Комплексне страхування подорожуючих за межі України "Подорож", що розміщена на веб-сторінці Страховика за гіперпосиланням: http://www.etalon.ua/insurance_in_life/tourist/abroad/, в тому числі у вигляді Інформаційного документу;

– з інформацією, що передбачена ст.87, ст.88 Закону України "Про страхування", в тому числі: про перелік послуг із страхування, що пропонуються Страховиком, про будь-які інші платежі, які клієнт зобов'язаний сплатити у разі укладання Договору; про вид винагороди, яку отримує працівник з реалізації, про порядок та умови її виплати тощо. Зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика за посиланням: http://www.etalon.ua/infoclient є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

1.5.3 підтверджує, що вся вищезазначена інформація та всі умови Договору є зрозумілими, не містить двозначних формулювань; укладання Договору не нав’язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;

1.5.4 на виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних" добровільно надає свою безумовну та безвідкличну згоду:

– на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та об'єкту страхування) з метою виконання Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним засобами зв’язку;

– на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

– на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов’язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника.

1.6 Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Інформаційного центру Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

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

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

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

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

2. Загальні умови страхування за Класом страхування 1 "СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (У ТОМУ ЧИСЛІ НА ВИПАДОК ВИРОБНИЧОЇ ТРАВМИ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ)" та Класом страхування 18 "СТРАХУВАННЯ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ДОПОМОГИ (АСИСТАНС) ОСОБАМ, ЯКІ ПОТРАПИЛИ У СКРУТНЕ СТАНОВИЩЕ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ПОДОРОЖІ"

2.1 ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

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

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

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

Близький родич особи (член родини) – її подружжя, діти (в т.ч. всиновлені), батьки (в т.ч. іншого члена подружжя), рідна сестра чи брат, а також інші особи, які спільно проживають із Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Країна постійного проживання – країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 днів впродовж календарного року.

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

Рейсовий політ (рейс) – політ, що зареєстрований в офіційному списку рейсів та/або в міжнародному довіднику авіарейсів (ABC World Airways Guide), за умови, що перевізник має ліцензію, сертифікат або інший дозвіл на здійснення рейсових перевезень, що видані відповідними інстанціями країни, на території якої зареєстрований цей літак, і за умови, що перевізник відповідно до даного дозволу утримує у технічно справному стані літак і регулярно публікує розклад і тарифи на перевезення пасажирів.

Стихійне явище – екстремальне явище природи катастрофічного характеру, що призводить до раптового порушення нормальної діяльності людей, у ряді випадків супроводжується загибеллю матеріальних цінностей і жертвами серед населення.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

Часова франшиза – понесення витрат Застрахованою особою протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати початку дії Договору.

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

Строк дії страхового захисту (період страхування) - кількість днів, передбачений Договором, протягом якого Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою (Вигодонабувачем) за визначеними у цих ЗУСП-Оферті страховими ризиками.

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

Асистуючі послуги - допомога (послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором, та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

Позначення кодів мети подорожі:

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

AT – активний відпочинок. Страховий захист надається в т.ч. під час:
- заняття активними водними видами відпочинку (скутер, снорклінг, "банан" тощо);
- перебування на додаткових екскурсіях з активним відпочинком та підвищеним ризиком травматизму, пересування на тваринах, управління двоколісним транспортом (велосипед, моторолер) тощо;

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

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

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

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

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

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

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

2.2 УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

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

2.2.2 **Територія дії страхового захисту** - територія подорожі, яка визначена в Договорі однією країною або декількома країнами-зонами, за виключенням території країн, де ведуться військові дії, які є тимчасово окупованими або не перебувають під контролем офіційної влади держави, а також за виключенням території України, країни постійного проживання Застрахованої особи, території Російської Федерації, Республіки Білорусь.
2.2.2.1 **зона Europe -** країни Європи (окрім Ісландії), а саме: Австрія, Албанія, Андорра, Бельгія, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Ватикан, Великобританія, Гібралтар, Греція, Данія, Естонія, Ірландія, Іспанія, Італія, Кіпр, Латвія, Литва, Ліхтенштейн, Люксембург, Македонія, Мальта, Молдова, Монако, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Сан-Марино, Сербія, Словаччина, Словенія, Угорщина, Фінляндія, Франція, Хорватія, Чеська Республіка, Чорногорія, Швейцарія, Швеція. **Країни Шенгенської зони** є окремою територією дії страхового захисту в межах зони Europe.
2.2.2.2 **зона World –** зона Europe та інші країни світу, за виключенням Японії, Австралії, Сполучених Штатів Америки, Канади.
2.2.2.3 **зона All World –** всі країни світу.
2.2.3 За Договором, укладеним за Програмою страхування A, та за наявності в закордонному паспорті Застрахованої особи національної візи однієї або декількох країн, що видана з метою роботи або навчання (включаючи Карту поляка тощо) страхове покриття поширюється виключно на територію такої країни/країн. В такому випадку, страхове покриття на території інших країн надається Страховиком за окремим договором страхування.
2.2.4 **Строк дії страхового захисту (період страхування)** - від 3 (трьох) днів до 1 (одного) року.
2.2.5 Договір може укладатися як до початку подорожі, так і під час перебування особи за межами України. Договір набирає чинності з моменту перетинання Застрахованою особою кордону України та/або країни постійного проживання, але не раніше дати та часу початку дії строку Договору, вказаних у ньому, за умови надходження страхового платежу на рахунок Страховика або страхового посередника в строки та обсязі, передбачені Договором.
2.2.6 Дія Договору закінчується після перетину Застрахованою особою державного кордону України, але не пізніше 24 години дати, визначеної в ньому як дата закінчення строку дії Договору.
2.2.7 При страхуванні на умовах покриття багаторазових поїздок (Мультивіза) (із зазначенням у Договорі кількості поїздок "Мульти/Multi"), за кордон з обмеженою кількістю днів перебування протягом строку дії Договору, страховий захист за Договором надається у межах тієї кількості днів, що зазначена у пункті "Період страхування" у Договорі. Після кожної поїздки за кордон строк дії страхового захисту зменшується на кількість днів перебування Застрахованої особи на території країни(-їн) дії Договору.
2.2.8 Розмір **страхової суми** визначається за кожним класом страхування за взаємною згодою між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору та зазначається в індивідуальній частині Договору.
2.2.9 **Страховий платіж** зазначається окремо за класом страхування в індивідуальній частині Договору. Загальний страховий платіж за Договором має бути сплачений в повному розмірі до початку строку його дії.
2.2.10 Договором передбачається безумовна **франшиза** по кожному класу страхування в абсолютному розмірі у валюті страхової суми (USD/EUR), що застосовується за кожним страховим випадком, на розмір якої зменшується розмір збитку перед виплатою.
2.2.11 Договором передбачається **часова франшиза** у кількості 5 (п'яти) календарних днів з дати початку дії Договору. Часова франшиза застосовується у разі, якщо Застрахована особа на момент укладання Договору **вже перебуває за кордоном**. Часова франшиза не застосовується у разі безперервної пролонгації діючого договору від СК "Еталон" або іншого страховика. При цьому перерва між закінченням дії старого договору та укладанням нового має становити не більше 48 годин. Дія старого договору іншого страховика має бути документально підтверджена його наявністю та квитанцією про його оплату або можливістю онлайн перевірки валідності цього договору на сайті відповідного страховика.

2.3 ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

2.3.1 За згодою Сторін Договір може бути укладений у паперовій формі або у формі електронного документу.
2.3.2 **Порядок укладання Договору у формі електронного документу.**
2.3.2.1 Договір оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію".
2.3.2.2 Договір та інші документи на виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (надалі - електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова “укласти”, “підписати”, “надати”, “передати”, “вручити”, які зустрічаються в тексті Договору, при використанні кваліфікованого електронного підпису (**КЕП**), удосконаленого електронного підпису (**УЕП**) (на період воєнного часу), або **одноразового ідентифікатору** (при укладанні Договору із фізичною особою) передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений за допомогою ІТС Страховика та/або через електронний документообіг.
2.3.2.3 Порядок укладання Договору із Страхувальником - фізичною особою.

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

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

– **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), що зазначені у **п.2.3.4.** цих ЗУСП-Оферти;

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

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

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

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

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

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

2.3.2.4 Порядок укладання Договору із Страхувальником - юридичною особою.

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

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

– **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків)), що зазначені у **п.2.3.4.** цих ЗУСП-Оферти;

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

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

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

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

2.3.2.4.5 При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

– здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування КЕП (УЕП (на період воєнного часу) уповноважених осіб;

– кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси;
– кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього КЕП (УЕП (на період воєнного часу);
– якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

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

2.3.3 **Порядок укладання Договору у формі паперового документу.**

2.3.3.1 За цим Розділом діють п.п. 2.3.2.3.1, 2.3.2.4.1 цих ЗУСП-Оферти.

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

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

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

– прізвища, імена, по-батькові Застрахованих осіб, реєстраційні номери облікових карток платників податків, адреса; серія та номер паспорту; дати народження;
– мета подорожі Страхувальника (Застрахованих осіб);
– наявність інших чинних договорів страхування щодо об'єкту страхування;
– строк дії страхового захисту, кількість поїздок протягом строку дії Договору;
– період страхування;
– наявність/відсутність показань/протипоказань для здійснення подорожі, інформація щодо перенесення напередодні поїздки критичних захворювань (інфаркт, інсульт, тощо), інформація про хронічні захворювання та їх загострення (для осіб віком старше 65 років);
– оперативні втручання, планове стаціонарне лікування, що проводились за пів року до початку подорожі;
– критичні захворювання, травми, оперативні втручання, планове стаціонарне лікування, складні медичні маніпуляції, що відбулися під час дії Договору, не залежно від місця їх настання чи проведення;
– програма страхування;
– наявність ознак, передбачених п.2.11.1 цих ЗУСП-Оферти, які підпадають під обмеження страхування;
– країна подорожі Застрахованої особи;
– кількість Застрахованих осіб;
– розмір страхової суми.

2.4 ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

2.4.1 **Страхувальник має право:**

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

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

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

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

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

2.4.2 **Страхувальник зобов'язаний:**

2.4.2.1 сплачувати страхову премію у порядку і строки, встановлені Договором;

2.4.2.2 при укладанні Договору інформувати Страховика про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, відповідно до **п. 2.3.4** цих ЗУСП-Оферти;

2.4.2.3 протягом строку дії Договору письмово (протягом 3 (трьох) робочих днів), повідомляти Страховика про появу нових, або будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для зміни оцінки страхового ризику відповідно до **п. 2.3.4** цих ЗУСП-Оферти (та/або інші обставини, що впливають на розмір страхової премії за Договором);

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

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

2.4.2.6 при укладенні Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, щодо об'єкта страхування за цим Договором;
2.4.2.7 в межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
2.4.2.8 інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором;
2.4.2.9 сприяти Страховику в розслідуванні обставин настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);
2.4.2.10 у разі дострокового припинення дії Договору у будь-якому випадку повернути Страховику власний його примірник;
2.4.2.11 повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів Страховику отриману страхову виплату (або його відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності, виявиться така обставина, що за законом або за умовами Договору повністю або частково позбавляє Страхувальника (Вигодонабувача) права на страхове відшкодування;
2.4.2.12 дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам;
2.4.2.13 компенсувати Страховику фактично понесені витрати у випадках, передбачених п.п.2.4.5.11, 2.4.5.12 цих ЗУСП-Оферти.
2.4.3 **Застрахована особа має право:**
2.4.3.1 у разі настання страхового випадку, отримувати медичні та інші послуги належної якості в обсязі та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором та цими ЗУСП-Офертою;
2.4.3.2 повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;
2.4.3.3 отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих ЗУСП-Оферти;
2.4.3.4 оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір;
2.4.3.5 на проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок в разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування страхового випадку.
2.4.4 **Застрахована особа зобов'язана:**
2.4.4.1 інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором;
2.4.4.2 проходити лікування призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;
2.4.4.3 турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;
2.4.4.4 у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;
2.4.4.5 достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я й існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику відповідно до **п. 2.3.4** цих ЗУСП-Оферти;
2.4.4.6 при наявності складного хронічного захворювання мати при собі та у разі необхідності пред'являти представнику Асистуючої компанії або Страховика медичний висновок лікаря про наявність такого захворювання та відсутність протипоказань для здійснення даної подорожі;
2.4.4.7 дотримуватися загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);
2.4.4.8 компенсувати Страховику фактично понесені витрати у випадках, передбачених п.п.2.4.5.11, 2.4.5.12 цих ЗУСП-Офертою.
2.4.5 **Страховик має право:**
2.4.5.1 перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником відомостей, іншу інформацію, надану Страхувальником, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику;
2.4.5.2 на зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими ЗУСП-Офертою;
2.4.5.3 направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;
2.4.5.4 звертатися до Застрахованої особи з запитами щодо інформації та документів, які мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;
2.4.5.5 приймати участь в роботі відповідної компетентної комісії з розслідування страхового випадку;

2.4.5.6 на проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок у разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування причин, обставин та наслідків страхового випадку, та якщо страховий випадок мав місце за обставин, з'ясувати які за наданими документами неможливо;
2.4.5.7 відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках, передбачених Договором страхування та Законом;
2.4.5.8 відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором;
2.4.5.9 у разі підвищення ступеня страхового ризику щодо об'єкту Договору запропонувати Страхувальнику внести зміни в умови Договору відповідно до Розділу 2.6 цих ЗУСП-Оферти;
2.4.5.10 вимагати повернення страхової виплати (компенсації фактично понесених витрат), що вже виплачена Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у разі виникнення відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих ЗУСП-Оферти;
2.4.5.11 вимагати від Застрахованої особи компенсації фактично понесених витрат у випадках:
2.4.5.11.1 неприбуття Застрахованої особи до медичного закладу у погоджений час, коли за зверненням Застрахованої особи, Страховиком/Асистуючою компанією здійснено організацію візиту Застрахованої особи до медичного закладу (окрім випадків завчасного скасування замовлення Страхувальником/ Застрахованою особою);
2.4.5.11.2 відсутності Застрахованої особи в погодженому місці у погоджений час, коли за зверненням Застрахованої особи, Страховиком/Асистуючої компанії здійснено виклик лікаря до місця знаходження Застрахованої особи (окрім випадків завчасного скасування замовлення Застрахованою особою);
2.4.5.12 вимагати від Застрахованої особи компенсації фактично понесених витрат за організовану медичну допомогу Застрахованій особі у випадках, коли в процесі надання Застрахованій особі медичної допомоги Страховиком/Асистуючою компанією з'ясовано обставини, за яких подія, що мала місце з Застрахованою особою підпадає під приписи п.п.2.10, 2.11, 3.4, 4.3 цих ЗУСП-Оферти.
2.4.6 **Страховик зобов'язаний:**
2.4.6.1 ознайомити Страхувальника з цими ЗУСП-Офертою;
2.4.6.2 у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором;
2.4.6.3 у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим;
2.4.6.4 за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі збільшення страхової суми переукласти з ним Договір;
2.4.6.5 забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону.

2.5 ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

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

2.6 ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

2.6.1 Зміни до індивідуальної частини Договору в період його дії (зміни страхової суми, строку дії Договору тощо) здійснюються за згодою Сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору або переукладення Договору.
2.6.2 Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається у кількості примірників Договору (у разі укладення Договору в формі паперового документу).
2.6.3 Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 3 (трьох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, письмово повідомити Страховика про зміну будь-яких обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії.
2.6.4 Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до Договору або про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії Договору на попередніх умовах.
2.6.5 У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у Договір Страховик має право на отримання від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу без зміни страхової суми за Договором.
2.6.6 Страхувальник, якому запропоновано змінити умови Договору, зобов'язаний протягом 5 (п'яти) календарних днів сплатити додатковий страховий платіж.
2.6.7 У випадку відмови Страхувальника внести зміни до Договору та сплатити додаткову страхову премію, Страховик має право достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до цих ЗУСП-Оферти та Закону.

2.6.8 Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.
2.6.9 Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
2.6.9.1 закінчення строку дії Договору;
2.6.9.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
2.6.9.3 ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону;
2.6.9.4 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
2.6.9.5 набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
2.6.9.6 в інших випадках, передбачених законодавством України.
2.6.10 Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі ст. 105 Закону. Максимальна частка Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору становить **60%** від страхової премії.
2.6.11 У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит.
2.6.12 При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення при визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

2.7 ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.7.1 Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:
– договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцять) календарних днів;
– випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором.
2.7.2 Про намір відмовитись від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.
2.7.3 Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
2.7.4 У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

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

2.8.1 У разі настання передбаченої Договором події, яка призвела до завдання шкоди і може бути визнана страховим випадком, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, якщо цьому не перешкоджали об'єктивні причини:
2.8.1.1 звернутися до Асистуючої компанії/Страховика та отримати інформацію щодо подальших дій за телефоном, зазначеним у Договорі.
Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування або відповідний договір із Асистуючою компанією та обов'язково пред'явити Договір. В цьому разі повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту початку отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.
У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалася з Асистуючою компанією для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна самостійно оплатити вартість наданих їй медичних послуг, вона зобов'язана узгодити надані їй послуги, їх вартість та виставлений медичним закладом рахунок з Асистуючою компанією чи Страховиком **до моменту його оплати** на умовах, передбачених Договором. В цьому випадку діють умови, визначені п.3.3.1.2 цих ЗУСП-Оферти;
2.8.1.2 повідомити Асистуючу компанію/Страховику: точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон; назву Страховика, номер Договору страхування; Програму страхування, строк та територію дії Договору; прізвище та ім'я Застрахованої особи; опис події, що трапилася, та характер необхідної допомоги;
2.8.1.3 після звернення до Асистуючої компанії/Страховика виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій. За вимогою представника Асистуючої компанії/Страховика Застрахована особа повинна надати документи,

що підтверджують її особу. У випадку неможливості дотримуватися рекомендацій Асистуючої компанії/ Страховика щодо прибуття до медичного закладу чи виклику лікаря до Застрахованої особи – завчасно (до початку надання таких послуг) повідомити Страховика/Асистуючу компанію та скасувати замовлення таких послуг;
2.8.1.4 передати представнику Асистуючої компанії або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – за першої нагоди;
2.8.1.5 документально підтвердити терміни свого знаходження в країні тимчасового перебування (окрім випадків страхування анулювання подорожі);
2.8.1.6 сприяти вжиттю Страховиком або Асистуючою компанією необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;
2.8.1.7 вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
2.8.1.8 вжити дії, передбачені п.4.4.1 цих ЗУСП-Оферти.

2.9 ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

2.9.1 Страховик здійснює страхову виплату в межах лімітів, передбачених Договором, за вирахуванням сум, відшкодованих: третіми особами; іншим страховиком за цим страховим випадком, якщо збитки застраховано у кількох страховиків на умовах, передбачених Договором.
2.9.2 Страхова виплата (виплата страхового відшкодування) за Договором (окрім випадків, передбачених п.3.3.1.1 цих ЗУСП-Оферти), здійснюється таким чином:
2.9.2.1 протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно п.2.9.7 цих ЗУСП-Оферти, Страховик складає страховий акт та приймає обґрунтоване рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті;
2.9.2.2 якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Застрахованою особою документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, що володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати **90 (дев'яносто) календарних днів** з дня отримання останнього документа відповідно до п.2.9.7 цих ЗУСП-Оферти;
2.9.2.3 страхова виплата здійснюється впродовж **7 (семи) робочих днів** з дня підписання страхового акта.
2.9.3 У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом **7 (семи) робочих днів** з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу (її Вигодонабувача, Страхувальника), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.
2.9.4 Страхова виплата на території України здійснюються у грошовій одиниці України. Якщо ліміт відповідальності Страховика встановлений у іноземній валюті, то виплата (в тому числі розрахунок франшизи) здійснюється за курсом НБУ на дату настання страхового випадку з відрахуванням усіх, передбачених чинним законодавством України податків та зборів. Якщо дія Договору поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до чинного законодавства України.
2.9.5 Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору, не може перевищувати відповідної страхової суми, визначеної ним. Якщо загальна сума виплат за страховими випадками досягла відповідної страхової суми, то дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи за відповідним видом страхування припиняється.
2.9.6 Додатково враховуються умови, передбачені п.п.3.3, 4.2 цих ЗУСП-Оферти.
2.9.7 Для отримання страхової виплати Застрахована особа (Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана надати Страховику документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, його причини та розмір шкоди:
2.9.7.1 оригінали таких документів:
- заява про страхову виплату;
- примірник Договору, що належить Страхувальнику (при укладенні Договору в паперовій формі);

2.9.7.2 оригінали (для копіювання) або належним чином посвідчені копії таких документів:
- внутрішній паспорт (свідоцтва про народження) Застрахованої особи;
- закордонний паспорт Застрахованої особи (з відмітками про перетин кордону країни перебування);
- довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, яка звернулася за страховою виплатою;
- документи, передбачені п.п.3.3.2, 4.2.4 цих ЗУСП-Оферти;
- інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика (його представника) щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазнаного збитку, без отримання яких, встановлення вищезазначених фактів є унеможливленим/вкрай ускладненим.

2.9.8 Документи можуть бути надані англійською мовою. Якщо документи складені іншими мовами, Страхувальник (Застрахована особа) має надати офіційний переклад українською мовою.
2.9.9 Документи, що подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.
2.9.10 Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про можливість ненадання Страхувальником окремих документів, визначених п.2.9.7 цих ЗУСП-Оферти.

2.9.11 Документи, що перераховані у п.2.9.7 цих ЗУСП-Оферти, повинні бути надані Страховику **протягом 30 (тридцяти) календарних днів** з дня повернення до України після понесення особисто Застрахованою особою таких витрат. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з документальним обґрунтуванням причин затримки.

2.9.12 Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані не в повному обсязі та/або в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей та/або порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідних документів.

2.10 ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

2.10.1 Підставами для відмови у страховій виплаті є:

2.10.1.1 навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку та/або на збільшення збитку, включаючи навмисне заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням такою особою громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій такої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2.10.1.2 вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

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

2.10.1.4 одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

2.10.1.5 несвоєчасна сплата або несплата страхового платежу в розмірі, зазначеному у Договорі;

2.10.1.6 невиконання Страхувальником, Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених цими ЗУСП-Офертою;

2.10.1.7 невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

2.10.1.8 отримання Застрахованою особою послуг, що не передбачені обраною Програмою страхування;

2.10.1.9 несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;

2.10.1.10 неузгодження із Асистуючою компанією або із Страховиком розміру та порядку надання медичних та інших послуг без поважних на те причин. До переліку поважних (об'єктивних, незалежних від волі Застрахованої особи) причин, що призвели до неможливості вчасного повідомлення Страховика, належить: відсутність діючих засобів телефонного (стаціонарного або мобільного) зв'язку в місці перебування Застрахованої особи; непритомний стан Застраховано особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси, а саме родичів Застраховано особи, які подорожують разом із нею, або осіб, що є застрахованими за цим Договором;

2.10.1.11 наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;

2.10.1.12 інші випадки, передбачені законом.

2.11 ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

2.11.1 **Страхуванню** не підлягають особи, віком до 1 року та від 80 років, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами I групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному; при страхуванні від нещасних випадків: наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом)

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

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

2.11.4 **Страховик не відшкодовує** витрати, пов'язані з:

2.11.4.1 лікуванням травм, станів та захворювань, викликаних форс-мажорними обставинами: включаючи, але не обмежуючись війною, вторгненням, терористичними актами, громадянською війною, повстанням, революцією, діями військової влади чи узурпаторських режимів або активною участю Застрахованої особи у воєнних,

насильницьких діях чи будь-яких громадських заворушеннях;
2.11.4.2 стихійними явищами та їхніми наслідками, несприятливими метеорологічними умовами за умови, що територія, на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною стихійного лиха;
2.11.4.3 лікуванням травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження.

2.12 ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

2.13.1 У разі настання події, що має ознаки страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 24 годин, коли стало відомо про цю подію, інформувати Асистуючу компанію/Страховика відповідно до страхового ризику, що відбувся із Застрахованою особою, та повідомити про факт та обставини події, що може бути визнана страховим випадком за телефонами, **вказаними в індивідуальній частині Договору**, отримати та виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій.
2.13.2 Контактні дані Страховика:
0-800-305-800 (цілодобово, безкоштовно по Україні з мобільних та стаціонарних телефонів);
(044) 392-03-16
Адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12.

3. Додаткові умови страхування за **Класом страхування 18** "СТРАХУВАННЯ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ДОПОМОГИ (АСИСТАНС) ОСОБАМ, ЯКІ ПОТРАПИЛИ У СКРУТНЕ СТАНОВИЩЕ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ПОДОРОЖІ"

3.1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

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

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

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

Екстрене стаціонарне лікування (екстрена госпіталізація) – лікування, що здійснюється при такому стані здоров'я Застрахованої особи, який характеризується основними ознаками й симптомами, здатними поставити під загрозу життя Застрахованої особи або привести її до інвалідності, якщо не буде терміново (протягом кількох годин) надана медична допомога в умовах стаціонару.

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

3.2 УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

3.2.1 **Об'єкт страхування** - можливі збитки чи витрати, які може зазнати Страхувальника (Застрахована особа) у разі настання страхового випадку.
3.2.2 **Страховими ризиками** є:
3.2.2.1 гостре захворювання;
3.2.2.2 загострення хронічного захворювання;
3.2.2.3 розлад здоров'я внаслідок настання нещасного випадку;
3.2.2.4 смерть внаслідок захворювання або нещасного випадку;
3.2.2.5 затримка/арешт Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб;

3.2.2.6 незручності використання авіаційного транспорту, а саме: відкладення або відміна авіарейсу, затримка доставки багажу, втрата, пошкодження, знищення багажу ;
3.2.2.7 втрата або викрадення документів Застрахованої особи у країні тимчасового перебування;
3.2.2.8 смерть близького родича Застрахованої особи;
3.2.3 **Страховим випадком** за цими ЗУСП-Офертою є:
3.2.3.1 **понесення Асистуючою компанією, Застрахованою особою, третьою особою непередбачуваних медичних витрат,** пов'язаних з наданням Застрахованій особі допомоги (асистуючих послуг, передбачених п.п. 3.2.4.1-3.2.4.10 цих ЗУСП-Оферти) в межах та в обсязі обраної Програми страхування та страхових сум (лімітів відшкодування), у зв'язку із зверненням під час дії Договору до Асистуючої компанії або медичного закладу через скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, внаслідок страхових ризиків, зазначених в п.п.3.2.2.1-3.2.2.4 цих ЗУСП-Оферти;
3.2.3.2 понесення **не медичних (інших) витрат** (п.п. 3.2.4.11-3.2.4.13) Застрахованою особою внаслідок страхових ризиків, зазначених в п.п.3.2.2.1-3.2.2.4 цих ЗУСП-Оферти;
3.2.3.3 понесення **не медичних (інших) витрат** (п.п. 3.2.4.14-3.2.4.20) Застрахованою особою внаслідок страхових ризиків, зазначених в п.п.3.2.2.5-3.2.2.8 цих ЗУСП-Оферти.
3.2.4 **При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує в межах відповідних лімітів відшкодування** та відповідно до умов, зазначених в Договорі такі медичні та інші витрати, передбачені обраною Програмою страхування (Таблиця 1):

Таблиця 1

		Програми страхування / Витрати	A	B	C	D
МЕДИЧНІ ВИТРАТИ	1.	Невідкладна (швидка) допомога	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	2.	Стаціонарне лікування	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	3.	Амбулаторне лікування	ні	ТАК	ТАК	ТАК
	4.	Стоматологічна допомога	ні	100	150	200
	5.	Медична евакуація	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	6.	Перевезення між медичними закладами	ні	ТАК	ТАК	ТАК
	7.	Репатріація останків	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
	8.	Відвідування близьким родичем	ні	ні	ТАК	ТАК
	9.	Повернення додому дітей	ні	ні	ТАК	ТАК
	10	Приїзд замісника	ні	ні	ні	ТАК
ІНШІ	11	Продовження перебування за кордоном	ні	ні	ні	500
	12	Проживання батьків дитини	ні	ні	ні	500
	13	Зв'язок зі Страховиком/Асистуючою компанією	ні	50	50	100
	14	Послуги адвоката	ні	ні	500	1000
	15	Внесення застави	ні	ні	ні	3000
	16	Відкладення відправлення літака	ні	ні	ні	350
	17	Недоставка багажу	ні	ні	ні	150
	18	Втрата, пошкодження, знищення багажу авіаперевізником	ні	ні	ні	500
	19	Втрата документів	ні	ні	100	300
	20	Повернення до України	ні	ні	ні	1500

3.2.4.1 невідкладна (швидка) допомога - **(Emergency Ambulance)** на догоспітальному етапі (на місті випадку) при нещасних випадках, гострих захворюваннях і станах, що становлять загрозу життю Застрахованої особи та здійснюється спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги із використанням спеціалізованого обладнаного автотранспорту.
Страховик відшкодовує витрати на:
- виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- експрес діагностику та невідкладну допомогу на місті випадку (виклику);
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

За цією послугою при страхування за програмами B, C, D в межах ліміту **2 000 USD/EUR** (залежно від валюти (USD/EUR) страхової суми за цим Договором – далі по тексту так само) також відшкодовуються витрати з пошуку та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку в горах, на морі та іншій важко прохідній місцевості, в т.ч. витрати на евакуацію гелікоптером з місця події до лікувального закладу. За Програмою страхування A такі витрати не покриваються.;
3.2.4.2 стаціонарне лікування - **(Urgent In-patient treatment)** Застрахованої особи в медичному закладі доти, доки її стан за рішенням лікаря не дозволить евакуювати її на умовах, передбачених цими ЗУСП-Офертою.
Страховик відшкодовує витрати на невідкладне лікування (в т.ч. перебування та харчування) в умовах стаціонару

при наявності хвороб та станів, що потребують екстреного стаціонарного лікування, зокрема:
- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- консультативно-діагностичне обслуговування;
- екстрене оперативне лікування, що проводиться негайно або в найближчі години з моменту надходження у стаціонар;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Ліміт відповідальності Страховика на екстрене лікування (стаціонарне або амбулаторне) з приводу загострення хронічного захворювання, що загрожує життю Застрахованої особи за програмами страхування B, C, становить **1 000 USD/EUR,** за програмою страхування D - **2 000 USD/EUR**. За програмою страхування A такі витрати не покриваються (навіть якщо хронічне захворювання виявлено вперше).

За цією послугою при страхуванні за програмами B, C, D в межах страхової суми оплачуються витрати на невідкладне стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном строком до 10 (десяти) діб **після закінчення строку дії Договору**, якщо це необхідно за медичними показаннями. За програмою страхування A такі витрати не покриваються.

За цією послугою при страхуванні за програмами C, D, в межах страхової суми, оплачуються витрати на розміщення одного супроводжуючого родича в стаціонарі разом з дитиною (що є Застрахованою особою за Договором), за наявності письмового розпорядження лікаря про необхідність супроводу Застрахованої дитини, вік якої менше повних 6 (шести) років.

3.2.4.3 амбулаторне лікування **(Urgent Out-patient treatment)** Застрахованої особи в медичному закладі або у лікаря, який має відповідну ліцензію.

Страховик відшкодовує витрати на невідкладне лікування в умовах амбулаторій, травмпунктів, поліклінік, або вдома (у разі виклику дільничного або готельного лікаря), зокрема:
- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

3.2.4.4 стоматологічна допомога **(Urgent dental service).** Страховик відшкодовує витрати на терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій), пов'язані з:
- ліквідацією гострого зубного болю та простим пломбуванням;
- ремонтом зубних протезів, пов'язаним з усуненням ускладнень, що виникають при прийнятті їжі.

3.2.4.5 медична евакуація **(Medical evacuation to the Ukraine)** Застрахованої особи до державного митного кордону України, якщо стан здоров'я Застрахованої особи за рішенням лікарів дозволяє її транспортування. Медична евакуація здійснюється або у випадку переривання подорожі за медичними показаннями (дострокове повернення Застрахованої особи), або замість продовження надання медичної допомоги за кордоном (за рішенням лікарів та представників Страховика), або у разі виписки з медичного закладу після закінчення строку дії Договору.

У разі прийняття рішення про необхідність подальшого стаціонарного лікування в Україні Застрахованої особи, яка належить до важких лежачих хворих, Страховик може прийняти рішення про оплату витрат на її перевезення спеціалізованим медичним транспортом, після перетину нею державного митного кордону, до медичного закладу, найближчого до місця постійного проживання в Україні.

За необхідності перевезення Застрахованої особи, у випадках, зазначених у п.3.2.4.5 цих ЗУСП-Оферти, Страховик оплачує витрати на проїзд економічним класом. Якщо використовується орендована машина (спеціалізований медичний транспорт), то Страховиком оплачуються витрати на її оренду.

3.2.4.6 перевезення **(Transportation between medical establishments)** Застрахованої особи з одного до іншого спеціалізованого медичного закладу країни, на території якої стався страховий випадок, якщо цього вимагає стан її здоров'я. Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її можуть транспортувати: каретою "швидкої допомоги", таксі, поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні), рейсовим літаком (в т.ч. на спеціально обладнаному місці). Рішення щодо транспортування Застрахованої особи та засобів транспортування мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Асистуючою компанією, після консультації з лікуючими лікарями.

За цією послугою при страхуванні за програмою C в межах ліміту **50 USD/EUR,** за програмою D в межах ліміту **100 USD/EUR** відшкодовуються витрати на транспортування дитини до 16 років до/з медичного закладу, при наявності травм верхніх або нижніх кінцівок, захворювання ШКТ з вираженою симптоматикою, високою температурою вище 38°C (після узгодження із представниками Страховика чи Асистуючої компанії).

За цією послугою при страхуванні за програмою D в межах ліміту **100 USD/EUR** відшкодовуються витрати на транспортування Застрахованої особи до медичного закладу, при наявності травм нижніх кінцівок та не в змозі самостійно пересуватись за станом здоров'я (після узгодження із представниками Страховика чи Асистуючої компанії).

3.2.4.7 репатріація останків **(Repatriation of remains)** Застрахованої особи у випадку її смерті:

3.2.4.7.1 ***за наявності близьких родичів:***

- при авіаперевезенні – до найближчого аеропорту України, що має міжнародне призначення, за згодою між

Страховиком та близькими родичами Страхувальника,

- при транспортуванні наземним транспортом – до місця постійного проживання на території України (для резидентів та нерезидентів України).

Страховик не оплачує витрати на похорон і заупокійну службу.

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

3.2.4.7.2 ***при відсутності близьких родичів чи за їх згоди:***

- на поховання Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування в межах **2 000 USD/EUR**.

3.2.4.8 відвідування близьким родичем **(Visiting a close relative)** – оплата вартості проїзду економічним класом близького родича Застрахованої особи до країни тимчасового перебування Застрахованої особи, та повернення близького родича з такої країни в Україну, якщо він відвідував Застраховану особу у зв'язку з її перебуванням на стаціонарному лікуванні більше **10 (десяти) діб** внаслідок настання страхового ризику та неможливості здійснення медичної евакуації Застрахованої особи за медичними показниками.

Вартість проживання близького родича та інші витрати не відшкодовуються.

3.2.4.9 повернення додому дітей **(Homecoming children)** – оплата вартості проїзду економічним класом неповнолітніх дітей Застрахованої особи до України, та в разі необхідності їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити через настання страхового ризику.

Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 16-річного віку, до України тільки у випадку, якщо жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком **понад 18 років** не в змозі про них піклуватися внаслідок настання страхового ризику.

3.2.4.10 приїзд замісника **(Check substituent)** – оплата вартості проїзду економічним класом особи, яка заміщає Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків у тому разі, якщо за рішенням лікаря була проведена медична евакуація Застрахованої особи.

Страховик здійснить страхову виплату тільки за умови, що працівник, який замінить Застраховану особу, приступить до виконання своїх обов'язків відразу ж після повідомлення лікаря про медичну евакуацію Застрахованої особи.

3.2.4.11 продовження перебування за кордоном – оплата витрат на продовження перебування Застрахованої особи за кордоном **після закінчення строку дії Договору**, якщо відразу після виписки з медичного закладу неможливе її повернення до країни постійного проживання з об'єктивних причин (висновок лікаря, відсутність білетів на авіарейс тощо) **в межах 100 USD/EUR** на добу строком не більше 5 (п'яти) діб.

3.2.4.12 проживання батьків дитини – оплата витрат на проживання одного із батьків дитини, яка не досягла 15-річного віку, в готелі після закінчення строку дії Договору, якщо Застрахована дитина перебуває на стаціонарному лікуванні, **в межах 100 USD/EUR** на добу строком не більше 5 (п'яти) діб.

3.2.4.13 зв'язок зі Страховиком/Асистуючою компанією – оплата витрат на телефонний зв'язок із Страховиком/Асистуючою компанією, необхідний для повідомлення про страховий випадок та узгодження дій щодо надання невідкладної допомоги.

3.2.4.14 послуги адвоката – призначення Страховиком/Асистуючою компанією практикуючого адвоката та оплата його послуг, пов'язаних з підготовкою позовної заяви у випадку затримки/арешту Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб.

3.2.4.15 внесення застави – надання уповноваженим органам, що цього вимагають, **застави** строком **до 3 (трьох) місяців** з дня її надання, (не включаючи судові витрати), у випадку затримки/арешту Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб.

- Якщо сума цієї застави була повернута відповідними структурами даної країни до закінчення **3 (три)місячного строку**, то вона має бути повернута Страховику протягом **10 (десяти) календарних днів** з дати повернення.
- Якщо Застраховану особу викликають до суду, а вона ігнорує цей виклик, і заставу конфісковано, вона зобов'язана повернути Страховику надану заставу (позичку) протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня першого виклику до суду.

3.2.4.16 відкладення відправлення літака – оплата вартості проживання Застрахованої особи в готелі, їжі, а також альтернативного транспорту, у випадку відкладення відправлення літака на **4 (чотири)** або більше годин через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодно-кліматичні умови або поломку літака, а також якщо рейс було відмінено і Застрахованій особі не було запропоновано альтернативний транспортний засіб впродовж цього часу.

3.2.4.17 недоставка багажу – придбання Застрахованою особою предметів першої необхідності й одягу у випадку недоставки Застрахованій особі багажу, що перевозився повітряним транспортом, зареєстрованого відповідно до митних правил, протягом 6 (шести) годин після його прибуття в аеропорт, крім прибуття в країну постійного проживання.

3.2.4.18 втрата**,** пошкодження, знищення багажу авіаперевізником – придбання Застрахованою особою

предметів першої необхідності (за вирахуванням сум, що виплачують авіаперевізник та інші страховики, і сум, витрачених на відшкодування збитку від затримки доставки), у випадку, якщо багаж, що перевозиться повітряним транспортом і зареєстрований відповідно до митних правил, втрачено, пошкоджено або знищено в період, коли авіаперевізник відповідав за збереження багажу.

3.2.4.19 втрата документів – відшкодування витрат на отримання тимчасових документів (довідок, дозволів) консульства, необхідних для повернення до України (включаючи супутні витрати) у разі, коли документи Застрахованої особи були загублені, втрачені або викрадені під час знаходження в країні тимчасового перебування. Такими документами можуть бути: закордонний паспорт; проїзний документ дитини; посвідчення водія; свідоцтво про реєстрацію транспортного засобу, що використовується Застрахованою особою на законних підставах з початку подорожі в Україні.

3.2.4.20 повернення до України – оплата вартості проїзду економічним класом Застрахованої особи до України, у випадку її дострокового (позапланового) повернення до України у разі смерті близького родича Застрахованої особи в країні його постійного проживання.

3.2.4.21 **Covid-19**. Страховик відшкодовує витрати на діагностику (за умови подальшого позитивного результату тесту), невідкладну медичну допомогу, амбулаторне (виключно в частині медичних витрат без покриття вартості знаходження на самоізоляції, в карантині чи обсервації) та стаціонарне лікування (п.п. 3.2.4.1-3.2.4.3 цих ЗУСП-Оферти) Застрахованої особи з приводу захворювання на Covid-19 в межах ліміту 5 000 USD/EUR за програмою C та в межах ліміту 10 000 USD/EUR за програмою D. За програмою страхування A покриваються виключно витрати на екстрене стаціонарне лікування Застрахованої особи з приводу захворювання на Covid-19 в межах ліміту 100 USD/EUR на добу протягом не більше 10 (десяти) діб. За програмою B витрати, повязані з Covid-19 не покриваються.

У разі вимушеного перебування Застрахованої особи, застрахованої за програмою D, в умовах самоізоляції, карантину чи обсервації після закінчення строку дії Договору, в межах загального ліміту за цим пунктом (10 000 USD/EUR), покриваються витрати на оплату вартості проїзду економічним класом Застрахованої особи до України в межах 500 USD/EUR.

3.2.5 Індивідуальною частиною Договору передбачені **ліміти відповідальності** окремо на медичні та інші послуги.

3.3 ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ (з урахуванням п.2.9)

3.3.1 **Страхова виплата** за Договором, **здійснюється шляхом**:

3.3.1.1 перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного закладу, який надав послуги на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги (за п.п.3.2.4.1-3.2.4.10 цих ЗУСП-Оферти). Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистуючою компанією або іншим закладом, що надав послуги.

3.3.1.2 відшкодування Застрахованій особі вартості самостійно понесених нею витрат, за умови своєчасного повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку та попереднього узгодження з Страховиком оплати таких витрат (за п.п.3.2.4.11-3.2.4.20 цих ЗУСП-Оферти). У випадку, коли, з поважних (об'єктивних, незалежних від Застрахованої особи) причин, Застрахована особа повідомила про звернення за медичною допомогою вже після її оплати, та не узгодила оплату цих медичних та інших послуг із Асистуючою компанією чи Страховиком, останній відшкодовує тільки понесені витрати в сумі, що не перевищує 150 USD/EUR

3.3.2 **Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (з урахуванням п.2.9.7 цих ЗУСП-Оферти):**

- документи Асистуючої компанії щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу; у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково – довідка про рівень алкоголю у крові;
- оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та інших послуг;
- оригінали квитанцій про оплату наданих медичних, медико-транспортних та супутніх послуг;
- рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем;
- документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір понесених витрат;
- оригінали проїзних документів;
- документи, що підтверджують вимушеність перебування, в умовах самоізоляції, карантину чи обсервації у разі настання випадку згідно з умовами п.3.2.4.21 цих ЗУСП-Оферти.

3.4 ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ (з урахуванням п.2.11)

3.4.1 **Страховик не відшкодовує** витрати, пов'язані з:

3.4.1.1 лікуванням травм, станів та захворювань, отриманих через участь Застрахованої особи у бійках та/або скоєння самою Застрахованою особою дій, які за законом, що діє у країні перебування, і за законом, що діє в Україні, трактуються як умисні правопорушення;

3.4.1.2 самолікуванням, а також лікуванням травм, станів чи захворювань, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи, у т.ч. спроб самогубства або навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень;
3.4.1.3 лікуванням особою або закладом, що не мають відповідних дозволів на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування;
3.4.1.4 лікуванням особою або закладом, що не мають відповідних договорів з Асистуючою компанією;
3.4.1.5 госпіталізацією Застрахованої особи у медичний заклад, якщо її було проведено без узгодження з Асистуючою компанією, окрім випадків коли мала місце безпосередня загроза життю Застрахованої особи на момент її госпіталізації;
3.4.1.6 лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не мала права керувати ним;
3.4.1.7 епідеміями, пандемічними хворобами, карантинами, особливо небезпечними інфекціями (чума, холера та інші згідно з Наказом МОЗ України від 19.07.1995 р. №133) (з урахуванням умов п.3.2.4.21 цих ЗУСП-Оферти);
3.4.1.8 діагностикою та лікуванням хвороб, що передаються статевим шляхом, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я;
3.4.1.9 лікуванням та діагностикою будь-якої хвороби, що спричинена ВІЛ та СНІД;
3.4.1.10 лікуванням та діагностико доброякісних та злоякісних онкологічних захворювань, новоутворень, в т.ч. онкогематологічної природи, доброякісних захворювань (D10-D36), хвороб крові та кровотворних органів;
3.4.1.11 лікуванням та діагностикою хвороб ендокринної системи, діабету, туберкульозу, хвороб та патологій з'єднувальної тканини (ревматизмом, ревматоїдними артритами, і т.ін), хронічних хвороб серця, нирок, хронічної ниркової, печінкової недостатності, жовчнокам'яної, сечокам'яної хвороби, атеросклерозу, кардіосклерозу, енцефалопатії, виразкових колітів, хвороби Крона, подагри, хронічних хвороб судин: варикозне розширення вен будь-якої локалізаці, хронічна венозна недостатність, геморой (крім невідкладних станів);
3.4.1.12 загостреннями хронічних хвороб (якщо випадок загострення стався до початку дії цього Договору);
3.4.1.13 діагностикою та лікуванням вірусних гепатитів, цирозу, гепатозу;
3.4.1.14 діагностикою та лікуванням вікових дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань (катаракта, глаукома, пневмосклероз, остеопороз (М80-М94), остеохондроз, артрози (М15-М19), сколіоз, кіфоз, лордоз, плоскостопість (М40-М54) та ін.); при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта, цервікалгіях, радикулопатіях, люмбалгіях, синдромі хребтової артерії покриваються медикаменти та послуги по їх введенню, направлені виключно на зняття больового синдрому, а також МРТ та рентген при гострих станах та в стадії загострення;
3.4.1.15 репатріацією у зв'язку або лікуванням травм, станів та захворювань, які:
3.4.1.15.1 Застрахована особа отримала внаслідок вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин (в т.ч. з метою сп'яніння) та внаслідок будь-яких дій, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння або під впливом наркотичних чи токсичних речовин (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння);
3.4.1.15.2 пов'язані з перельотом на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному Реєстрі авіарейсів;
3.4.1.16 лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);
3.4.1.17 лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, пов'язаних з дією сонячного випромінювання, дерматофітіями та іншими поверхневими мікозами;
3.4.1.18 лікуванням дерматитів (контактних, атопічних, алергічних тощо), екземи, псоріазу, кропивниць та еритем, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя (генералізована реакція, набряк Квінке);
3.4.1.19 лікуванням травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок грубого порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками Страхувальника, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);
3.4.1.20 Страховик не визнає подію страховою та не відшкодовує жодних витрат, якщо мета подорожі, зазначена в Договорі (код мети подорожі), не відповідає фактичній меті подорожі станом на дату настання події, а саме: праця за наймом, активний відпочинок, аматорський, професійний, екстремальний, зимовий спорт тощо.
3.4.2 **Страховик не відшкодовує** понесені витрати:
3.4.2.1 на отримання медичних послуг, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися у країну постійного проживання;
3.4.2.2 на отримання медичних та інших послуг у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікуючого лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном;
3.4.2.3 на діагностику та послуги з усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції, трансплантацію органів та тканин;
3.4.2.4 на високотехнологічні операції та маніпуляції на серці та судинах, в т.ч. стентування, шунтування, ангіографію, ангіопластику, встановлення кардіостимуляторів; на експериментальне лікування, застосування лазерних технологій, екстракорпоральних методів лікування, у тому числі програмного гемодіалізу;

гідроколонотерапію; озонотерапію; гіпербаричну й нормобаричну оксигенацію, рефлексотреапію, гіпокситерапію; лікування ускладнень після таких операцій, маніпуляцій; а також пластичні та реконструктивні операції на суглобах та зв'язках, у т.ч. атроскопічні діагностичні та хірургічні втручання тощо;

3.4.2.5 лікування ускладнень, що виникли після проведеного, в період дії Договору, планового (оперативного або консервативного) лікування, не залежно від місця проведення такого лікування, а також лікування ускладнень після операцій, що проводилися до початку дії Договору; на послуги з хірургічної корекції зору, у т.ч. із застосуванням лазера; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології; планових хірургічних операцій ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти;

3.4.2.6 на планові стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку в рамках зазначених лімітів відповідних програм страхування, на будь-яке протезування, в т.ч. забезпечення зубними протезами або штучними зубами (крім екстреної допомоги з метою запобігання ускладнень при прийнятті їжі);

3.4.2.7 на діагностику вагітності, лікування ускладнень вагітності, за умови відсутності загрози для життя Застрахованої особи;

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

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

3.4.2.10 на діагностику та лікування безпліддя, штучне запліднення, заходи щодо запобігання вагітності та наслідків всіх зазначених заходів;

3.4.2.11 на лікування на території України, та території країни постійного проживання;

3.4.2.12 на лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли після висновку лікаря, призначеного Асистуючою компанією, медична евакуація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були понесені з метою здійснення медичної евакуації Застрахованої особи;

3.4.2.13 на лікування та послуги, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання (Україну), в т.ч. оперативні втручання, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування;

3.4.2.14 на коригувальне, фізіотерапевтичне або реабілітаційне лікування, екстракорпоральне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та в інших курортних закладах;

3.4.2.15 на лікування нервових захворювань, психічних розладів, станів та захворювань, функціональних розладів психіки, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для рятування життя Застрахованої особи;

3.4.2.16 витрати на надання невідкладної медичної допомоги з приводу епілепсії та епілептиформного синдрому (в т.ч. вперше виявленого), що перевищують **500 USD/EUR**;

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

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

3.4.2.19 на обстеження і лікування за допомогою методів недоказової медицини;

3.4.2.20 на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Асистуючою компанією);

3.4.2.21 якщо Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, без поважних на те причин не узгодила оплату медичних та інших послуг та/або **протягом 24 годин** після звернення за медичною допомогою **не сповістила Асистуючу компанію чи Страховика** про таке звернення;

3.4.2.22 пов'язані з лікарською помилкою, неправильними або недостатніми медичними маніпуляціями;

3.4.2.23 на медичну евакуацію, транспортування, репатріацію останків, або поховання на території країни тимчасового перебування, якщо вона організована без узгодження з Асистуючою компанією;

3.4.2.24 на медичну евакуацію, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки;

3.4.2.25 на транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший, якщо воно здійснювалося без участі Асистуючої компанії або без попереднього погодження з ним чи зі Страховиком;

3.4.2.26 на отримання медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг, які можуть бути покриті за рахунок соціального, добровільного, обов'язкового медичного страхування, оформленого в країні тимчасового перебування, або іншого забезпечення країни тимчасового перебування;

3.4.2.27 на оплату проживання та інші витрати близького родича Застрахованої особи у випадку його приїзду до країни тимчасового перебування Застрахованої особи, у разі її знаходження на стаціонарному лікуванні **більше 10 (десяти) діб** внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку;

3.4.3 на оплату дострокової (позапланової) поїздки в країну постійного проживання або Україну та повернення назад у разі, якщо смерть близького родича Застрахованої особи є наслідком гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, про яке Застрахованій особі було відомо до її поїздки в країну тимчасового перебування;

3.4.3.1 на оплату юридичних послуг, якщо Застрахована особа користувалася послугами практикуючого юриста або звернулася до суду без попереднього узгодження з Асистуючою компанією, за виключенням випадків екстреної необхідності звернення Застрахованої особи за юридичною допомогою (позбавлення волі, арешт тощо);

3.4.3.2 на оплату послуг, пов'язаних з незручностями використання авіаційного транспорту, у випадку відкладення або відміни авіарейсу, якщо:

- Застрахована особа не пройшла реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйки або з технічних причин;
- затримка рейсу стала наслідком страйку або виникла з технічних причин, про які Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації;
- Застрахована особа відмовилася від польоту до вильоту літака свого рейсу;

3.4.3.3 на оплату послуг, пов'язаних з незручностями використання авіаційного транспорту, у випадку затримки доставки багажу, якщо:

- багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є країна постійного проживання Застрахованої особи;
- Застрахована особа не повідомила уповноваженому представникові авіаліній про затримку доставки багажу або його втрату;
- затримка багажу Застрахованої особи викликана митним доглядом;
- витрати були здійснені Застрахованою особою **після 3 (трьох) днів** з моменту її прибуття в аеропорт країни тимчасового перебування;
- витрати були проведені Застрахованою особою після доставки її багажу перевізником;

3.4.3.4 на оплату послуг, що пов'язані з незручностями використанням авіаційного транспорту, у випадку:

- втрати багажу, його пошкодження або знищення, що сталися внаслідок конфіскації багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
- неповідомлення Застрахованою особою відповідальних служб щодо загубленого багажу, а також ненадання Застрахованою особою заяви відповідної форми про відсутність предметів багажу;

3.4.3.5 на оплату вартості поїздки в Україну, якщо Застрахована особа відмовилася від вильоту літаком свого рейсу;

3.4.3.6 на оплату витрат, які Застрахована особа понесла протягом дії часової франшизи відповідно до цих ЗУСП-Оферти.

3.4.4 **Страховик не відшкодовує** вартість таких втрачених речей Застрахованої особи, якщо їх втрата пов'язана з користуванням авіаційним транспортом: готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у т.ч. комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, дорожніх чеків, банківських карток, авіа- і залізничних квитків, цінних паперів, талонів на оплату палива; особливо цінних речей та предметів (дорогоцінних металів та виробів з них, ювелірних виробів, колекцій; речей та предметів, що мають художню або історичну цінність), а також зубних протезів та контактних лінз.

3.4.4.1 При оплаті послуг, пов'язаних з незручностями користування авіаційним транспортом, **Страховик не компенсує**:

- шкоду, що була спричинена звичайним зносом або псуванням багажу, прихованим дефектом, комахами, хімічними реактивами або іншими несприятливими умовами;
- шкоду, заподіяну внаслідок конфіскації або знищення багажу представниками влади країни перебування.

3.4.5 При оплаті послуг, пов'язаних з втратою документів **Страховик не відшкодовує**:

3.4.5.1 витрати Застрахованої особи на відновлення документів у разі:

- конфіскації документів митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
- неповідомлення Застрахованою особою відповідних служб щодо загублених (втрачених, викрадених) документів, а також ненадання Застрахованою особою заяви відповідної форми про відсутні документи;

3.4.5.2 вартість таких втрачених документів Застрахованої особи: особистої, адміністративної та ділової документації (у т.ч. комерційних або наукових матеріалів), дорожніх чеків, авіа і залізничних квитків, цінних паперів, талонів на оплату палива, готівки тощо;

3.4.5.3 збитки Застрахованої особи, що виникли внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Застрахованої особи банківської картки;
3.4.5.4 витрати на заміну документів, якщо така заміна викликана пошкодженням, утратою ними вигляду, придатного для використання тощо.

4. Додаткові умови страхування **за Класом страхування 1** "СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (У ТОМУ ЧИСЛІ НА ВИПАДОК ВИРОБНИЧОЇ ТРАВМИ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ)"

4.1. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

4.1.1. **Об'єкт страхування** – життя, здоров'я, працездатність Страхувальника (Застрахованої особи).
4.1.2. **Страховим ризиком** є настання нещасного випадку із Застрахованою особою під час дії Договору.
4.1.3. **Страховий випадок** – подія, яка відбулась внаслідок настання страхового ризику, передбаченого п.4.1.2 цих ЗУСП-Оферти, та яка призвела до:
4.1.3.1 отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень внаслідок нещасного випадку, який стався із Застрахованою особою (далі – "**ТРАВМА**")
4.1.3.2 смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (далі – **"СМЕРТЬ"**).

4.2. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ (з урахуванням п.2.9)

4.2.1 При настанні страхового випадку, Страховик відшкодовує:
4.2.1.1 у випадку **Смерті** – 100% відповідної страхової суми;
4.2.1.2 у разі **Травми** – у розмірах, визначених у Таблиці 1 страхових виплат за травматичні ушкодження (Додаток 1 до цих ЗУСП-Оферти).
4.2.2 Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу, незалежно від того скористалася Застрахована особа послугами Асистуючої компанії чи самостійно оплатила медичні та інші послуги.
4.2.3 Якщо нещасний випадок призвів до Травми і Застрахованій особі була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку **протягом 6 (шести) місяців** від дати настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення Договору, настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому п.4.2.1.1 цих ЗУСП-Оферти за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.
4.2.4 **Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (з урахуванням п.2.9.7 цих ЗУСП-Оферти):**
4.2.4.1 у випадку **Травми**: довідка медичного закладу або виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;
4.2.4.2 у випадку **Смерті**: свідоцтво про смерть Застрахованої особи; свідоцтво про право на спадщину; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка лікувального закладу про причину смерті.

4.3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ (з урахуванням п.2.11)

4.3.1 **Страховими випадками не є** та страхова виплата не здійснюється, якщо вони сталися внаслідок:
4.3.1.1 керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом: на керування яким Застрахована особа не мала права; у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи під впливом медикаментів, під час вживання яких заборонено керування транспортним засобом. Або якщо Застрахована особа перебувала в транспортному засобі заздалегідь знаючи, що особа, яка ним керує, не має прав на це чи перебуває у вищезазначеному стані;
4.3.1.2 отруєння, порушення свідомості (у тому числі внаслідок крововиливу у мозок, епілептичним припадком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи) або погіршення психічного стану Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, або інших речовин, що вживалися для сп'яніння, а також медикаментів, на які вимагається рецепт та які приймалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, що не мала на те відповідної кваліфікації, за виключенням випадків, коли вживання Застрахованою особою таких речовин сталось в результаті протиправних дій третіх осіб;
4.3.1.3 самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою або іншими особами, які не мають медичної освіти та/або ліцензії (без медичного призначення лікаря);
4.3.1.4 навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, скоєння самогубства, замаху на самогубство або їх наслідків за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. Вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене;
4.3.1.5 участі Застрахованої особи у страйках, заколотах, внутрішніх заворушеннях, диверсіях, актах тероризму, бойових діях, крім випадків виконання Застрахованою особою своїх прямих посадових обов'язків, примусової або випадкової участі;
4.3.1.6 свідомого знаходження Застрахованої особи в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), а також

внаслідок участі у будь-якій іншій діяльності, що має підвищену небезпеку для життя або здоров'я, в т.ч. полювання, якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя;

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

4.3.3 **Не є страховим випадком**:

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

4.3.3.2 загострення хронічного захворювання, раптове захворювання, інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших хвороб, що передаються через укуси тварин та отруйних змій, отруйних комах);

4.3.3.3 зникнення Застрахованої особи безвісти;

4.3.3.4 подія, що сталася під час здійснення діяльності, яка не підпадає під мету подорожі, передбачену (застраховану) Договором.

4.4 ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ (з урахуванням п.2.8.1)

4.4.1 Повідомити про подію Страховика **протягом 1 (одного) тижня** після повернення в Україну.

Додаток №1

до Загальних умов страхового продукту "Комплексне страхування подорожуючих за межі України "Подорож"

ТАБЛИЦЯ 1 СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ЗА ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ

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

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

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильне зростання вій), заворот віка, невидалені сторонні тіла в очному яблуці та на тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та вік (крім шкіри)	**10**
	Примітки: 1.Якщо внаслідок однієї травми настане декілька патологічних змін, наведених у цій статті, страхову виплату здійснюють з урахуванням найтяжчого наслідку одноразово. 2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше, ніж через три місяці після травми ока встановить, що сталися патологічні зміни, зазначені у статтях 10, 11, 12, 13, 15б), 16 цього додатка і зниження гостроти зору, то страхову виплату здійснюють з урахуванням усіх наслідків через підсумовування, але не більше 50% за одне око.	
17	***Ушкодження ока (очей), що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, що мали зір не нижче 0,01***	**100**
18	***Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока***	**10**
19	***Перелом орбіти ока***	**10**

20 ***Зниження гостроти зору***

Гострота зору після нещасного випадку	Гострота зору до нещасного випадку: 1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	нижче 0,1
0,9	**3**	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
0,8	**5**	**3**	–	–	–	–	–	–	–	–	–
0,7	**5**	**5**	**3**	–	–	–	–	–	–	–	–
0,6	**10**	**5**	**5**	**3**	–	–	–	–	–	–	–
0,5	**10**	**10**	**10**	**5**	**5**	–	–	–	–	–	–
0,4	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**5**	–	–	–	–	–
0,3	**15**	**15**	**15**	**10**	**10**	**5**	**5**	–	–	–	–
0,2	**20**	**20**	**20**	**15**	**10**	**10**	**5**	**5**	–	–	–
0,1	**30**	**30**	**30**	**20**	**15**	**10**	**10**	**5**	**5**	–	–
нижче 0,1	**40**	**40**	**40**	**30**	**20**	**15**	**15**	**10**	**10**	**10**	–
0	**50**	**50**	**50**	**40**	**25**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**

Примітки:
1. Рішення про страхову виплату у зв'язку зі зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймають після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа звертається до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків перенесеної травми. В таких випадках можна заздалегідь здійснювати страхову виплату з урахуванням факту травми за статтями 14, 15а), 19.
2. Якщо даних про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми немає, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижчою за ушкоджене, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока становила 1,0.
3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока і даних про гостроту зору до травми немає, слід умовно вважати, що гострота зору становила 1,0.
4. У випадку, коли у зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору імплантовано штучний кришталик або застосовано коригувальну лінзу, страхову виплату здійснюють з урахуванням гостроти зору до операції.
5. До повної сліпоти (0,0) прирівнюється гострота зору нижча за 0,01.
6. У разі видалення в результаті травми очного яблука з невтраченим до нещасного випадку зором, а також у випадку його зморщування виплачують 10% страхової суми.

	ТРАВМИ ОРГАНІВ СЛУХУ	
21	***Ушкодження вушної раковини, що призвели до:***	
	а) перелому хряща	**3**
	б) позбавлення до 1/3 частини вушної раковини	**5**
	в) позбавлення 1/3 – 1/2 частини вушної раковини	**10**
	г) позбавлення понад 1/2 частини вушної раковини	**30**
	Примітка: Рішення про страхову виплату згідно з підпунктами б), в), г) цієї статті приймають на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхову виплату здійснено згідно з цією статтею, статтю 58 цього додатка не застосовують.	
22	***Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:***	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	**5**
	б) шепітна мова – до 1 м	**15**
	в) цілковита глухота (розмовна мова - 0)	**25**

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

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

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

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	Б) рубцьового звуження (деформації) шлунка, кишечнику, відхідникового отвору	**10**
	В) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності	**25**
	г) кишкової нориці, кишково-піхвової нориці, нориці підшлункової залози	**50**
	д) протиприродного заднього проходу (колостоми)	**100**
	Примітки: 1. У разі ускладнення травми, передбачених у підпунктах а), б), в) цієї статті, страхову виплату здійснюють за умови, що ці ускладнення сталися після закінчення трьох місяців після травми, а передбачені в підпунктах г), д) цієї статті – після закінчення 6-ти місяців після травми. Зазначені ускладнення травми визнаються лише в тому випадку, коли їх підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхову виплату здійснюють згідно зі статтею 43 цього додатка і цей відсоток не вираховують підчас прийняття остаточного рішення. 2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, наведені в одному підпункті, то страхову виплату здійснюють одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, наведені в різних підпунктах цієї статті, страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
46	***Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція виконувалась у зв'язку з травмою або стан після операції з приводу такої грижі.***	**10**
	Примітки: 1. Страхову виплату згідно із цією статтею виплачують додатково до страхової виплати, призначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми. 2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахвинно-мошкові), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для страхової виплати.	
47	***Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння,*** що спричинило:	
	а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатоз	**5**
	б) печінкову недостатність	**10**
48	***Ушкодження печінки, жовчного міхура,*** що призвели до:	
	а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура	**15**
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	**20**
	в) видалення частини печінки	**25**
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура	**35**
49	***Ушкодження селезінки,*** що спричинило:	
	а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання	**5**
	б) видалення селезінки	**30**
50	***Ушкодження шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі,*** що призвели до:	
	а) утворення псевдокісти підшлункової залози	**20**
	б) резекції шлунка, кишечника, підшлункової залози	**30**
	в) видалення шлунка	**60**
	Примітка: За наслідків травми, наведених в одному підпункті, страхову виплату здійснюють одноразово. Проте, якщо травма різних органів спричинить ускладнення, зазначені в різних підпунктах, страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
51	***Ушкодження органів живота,*** у зв'язку з якими проведено:	
	а) лапароскопію (лапароцентез)	**5**
	б) лапаротомію при підозрі на ушкодження органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	**10**
	в) лапаротомію при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	**15**
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	**10**
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати згідно зі статтями 7 - 50 цього додатка, то цю статтю (крім підпункту г) не застосовують. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, то страхову виплату здійснюють згідно із відповідними статтями та підпунктом в) цієї статті одноразово. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми будуть пошкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюють страхову виплату згідно зі статтею 55 цього додатка (5%).	

№	характер тілесного ушкодження (травми)	**розмір виплати**, % страхової суми
	ТРАВМИ СЕЧОВИВІДНОЇ ТА СТАТЕВОЇ СИСТЕМ	
52	***Ушкодження нирки,*** що спричинило:	
	а) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребувало оперативного втручання	**5**
	б) видалення частини нирки	**30**
	в) видалення нирки	**60**
53	***Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу),*** що призвели до:	
	а) циститу, уретриту	**5**
	б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу	**10**
	в) зменшення об'єму сечового міхура	**15**
	г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	**25**
	д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розтрощення), хронічної ниркової недостатності	**30**
	е) непрохідності сечовода, сечовипускального каналу, сечостатевих нориць	**40**
	Примітки: 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, то розмір страхової виплати визначають згідно з одним із підпунктів цієї статті, що враховує найважчі наслідки ушкодження. 2. Страхову виплату у зв'язку з наслідками травми, наведеними в підпунктах а), в), г), д), е) цієї статті здійснюють в тому випадку, якщо ці ускладнення сталися після закінчення трьох місяців після травми. Раніше цього строку страхову виплату здійснюють згідно зі статтею 52 або статтею 55 а) цього додатка і цей відсоток не вираховується, коли приймається остаточне рішення щодо страхової виплати.	
54	***Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:***	
	а) цистостомія	**5**
	б) у разі підозри на ушкодження органів	**10**
	в) у разі пошкодження органів	**15**
	г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості)	**10**
	Примітка: Якщо у зв'язку з травмою було видалено нирку або її частину, страхову виплату здійснюють згідно зі статтею 52 (б, в) цього додатка. Цю статтю при цьому не застосовують.	
55	***Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:***	
	а) поранення, розрив, опік, відмороження	**5**
	б) зґвалтування особи у віці:	
	до 15 років	**50**
	від 15 до 18 років	**30**
	18 років і більше	**15**
56	***Ушкодження статевої системи,*** що призвело до:	
	а) видалення одного (єдиного) яєчника, однієї (єдиної) маткової труби, яєчка	**15**
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена	**30**
	в) втрати матки у жінок віком:	
	до 40 років	**50**
	від 40 до 50 років	**30**
	50 років і більше	**15**
	г) втрати статевого члена, в тому числі разом з яєчками	**50**
	ТРАВМИ М'ЯКИХ ТКАНИН	
57	***Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин,*** що призвели після загоювання до:	
	а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см	**3**
	б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше	**5**
	в) значного порушення косметики	**10**
	г) різкого порушення косметики	**30**
	д) спотворення	**70**
	Примітки: 1. До косметично помітних рубців належать рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над поверхнею шкіри, стягують тканини. **Спотворення** - це різка зміна природного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій.	

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням відламків було проведено операцію (відкриту репозицію), унаслідок чого на обличчі утворився рубець, то страхову виплату здійснюють з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тій чи іній мірі. 3. Якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим було здійснено відповідну страхову виплату, а потім Застрахована особа одержала травму, яка призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), то страхову виплату здійснюють знову з урахуванням наслідків повторної травми.	
58	***Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок,*** що призвели після загоєння до утворення рубців площею:	
	а) 2,0 - 5,0 см2 або довжиною 5 см і більше	**3**
	б) 5,0 см2 – 0,5% поверхні тіла	**5**
	в) 0,5 - 2,0% поверхні тіла	**10**
	г) 2,0 - 4,0% поверхні тіла	**15**
	д) 4,0 - 6,0% поверхні тіла	**20**
	е) 6,0 - 8,0% поверхні тіла	**25**
	ж) 8,0 - 10% поверхні тіла	**30**
	з) 10 - 15% поверхні тіла	**35**
	і) 15% і більше поверхні тіла	**40**
	Примітки: 1. Один відсоток (1%) поверхні тіла Застрахованої особи дорівнює площі поверхні долоні його кисті та пальців. Цю площу визначають у квадратних сантиметрах, перемноживши довжину кисті, яку вимірюють від променевозап'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги третього пальця на її ширину, виміряну на рівні гілок другого, третього, четвертого і п'ятого п'ясткових кісток (без урахування першого пальця). 2. У разі визначення площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри. 3. Якщо страхову виплату здійснюють за оперативне втручання (у разі відкритих ушкоджень, пластики сухожиль, зшивання судин, нервів тощо), цю статтю не застосовують.	
59	***Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок,*** що призвели до утворення пігментних плям площею:	
	а) 1 - 2% поверхні тіла	**3**
	б) 2 - 10% поверхні тіла	**5**
	в) 10 - 15% поверхні тіла	**10**
	г) 15% і більше	**15**
	Примітки: 1. Рішення про здійснення страхової виплати згідно зі статтями 58, 59 цього додатка та цією статтею приймають з урахуванням даних лікарського огляду після загоєння поверхонь ран, але не раніше, ніж через один місяць після травми. 2. Загальна сума страхових виплат згідно зі статтею 59 цього додатка та цією статтею не повинна перевищувати 40% страхової суми, встановленої в договорі страхування.	
60	***Опікова хвороба, опіковий шок***	**10**
	Примітка: Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати, виконуваної у зв'язку з опіком.	
61	***Ушкодження м'яких тканин:***	
	а) невидалені сторонні тіла	**3**
	б) м'язова грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 $см^2$	**3**
	в) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття аутотрансплантата, розрив м'язів	**5**
	Примітки: 1. Страхову виплату у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язовою грижею або післятравматичним періоститом здійснюють у тому випадку, якщо ці ускладнення травми трапилися по закінченні одного місяця від дня травми. 2. Рішення про здійснення страхової виплати згідно із підпунктом б) цієї статті приймають з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через один місяць після травми.	
	ТРАВМИ ХРЕБТА	
62	***Перелом, переломовивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців*** (крім крижів та копчика):	
	а) одного –двох	**20**
	б) трьох – п'яти	**30**
	в) шести і більше	**40**

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

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	3. Страхову виплату в разі звичного вивиху плеча здійснюють у випадку, коли він настав протягом трьох років після первинного вивиху, що стався під час дії договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча має бути підтверджений лікувальним закладом, в якому було вправлено плече. У разі рецидивів звичного вивиху плеча страхову виплату не здійснюють.	
	ТРАВМИ ПЛЕЧА	
70	***Перелом плечової кістки:***	
	а) на будь-якому рівні (верхньої, середньої, нижньої третини)	**15**
	б) подвійний перелом	**20**
71	***Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)***	**45**
	Примітки: 1. Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмою плеча, якщо ускладнення встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення дев'яти місяців після травми. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми.	
72	***Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження,*** що призвело до ампутації:	
	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	**80**
	б) плеча на будь-якому рівні	**75**
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	**100**
	Примітка: Якщо страхову виплату здійснювали згідно із цією статтею, додаткову страхову виплату за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюють.	
	ТРАВМИ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА	
73	***Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:***	
	а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	**3**
	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	**5**
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	**10**
	г) перелом плечової кістки	**15**
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками	**20**
	Примітка: У випадку, якщо внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перераховані у цій статті, то страхову виплату здійснюють відповідно до підпункту, який враховує найтяжче ушкодження.	
74	***Ушкодження ділянки ліктьового суглоба,*** що призвело до:	
	а) нерухомості суглоба (анкілозу)	**20**
	б) "бортного" ліктьового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	**30**
	Примітки: 1. Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом після закінчення шести місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу. 2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово.	
	ТРАВМИ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ	
75	***Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхньої, середньої, нижньої третина):***	
	а) перелом, вивих однієї кістки	**5**
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	**10**
76	***Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:***	
	а) однієї кістки	**15**
	б) двох кісток	**30**
	Примітка: Срахову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі після закінчення дев'яти місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу.	
77	***Травматична ампутація або тяжке ушкодження,*** що призвело до:	
	а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні;	**65**
	б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі;	**70**

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя.	**100**
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення та видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 10% страхової суми одноразово. 2. Якщо страхову виплату здійснюють згідно із цією статтею, то додаткової виплати за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадять.	
	ТРАВМИ ПРОМЕНЕВОЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА	
78	***Ушкодження ділянки променевозап'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 кисті	**15**
79	***Ушкодження ділянки променевозап'ясткового суглоба, що призвело до нерухомості (анкілозу) цього суглоба***	**15**
	Примітки: 1. Страхову виплату згідно із цією статтею здійснюють додатково до виплати у зв'язку з ушкодженням ділянки променевозап'ясткового суглоба у тому випадку, коли нерухомість суглоба буде встановлено лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через шість місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевозап'ясткового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачують 5% страхової суми.	
	ТРАВМИ КИСТІ	
80	***Перелом або вивих кісток зап'ястя, зап'ястних кісток однієї кисті:***	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	**5**
	б) двох і більше кісток (крім човноподібної)	**10**
	в) човноподібної кістки	**10**
	г) вивих, переломовивих кисті	**15**
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проведено оперативні втручання (крім первинного хірургічного оброблення й видалення сторонніх тіл), додатково виплачують 5% страхової суми одноразово. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (зап'ястних кісток) та човноподібної кістки страхову виплату здійснюють з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	
81	***Ушкодження кисті,*** що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (крім відриву кісткових фрагментів)	**10**
	б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні зап'ястних кісток зап'ястя або променевозап'ясткового суглоба	**65**
	в) ампутації єдиної кисті	**100**
	Примітка: Страхову виплату у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ястних кісток здійснюють додатково згідно з підпунктом а) цієї статті у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через шість місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	
	ТРАВМИ ПАЛЬЦІВ КИСТІ	
82	***Ушкодження першого пальця,*** що призвело до:	
	а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця	**3**
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильного, суглобового, кісткового панариція	**5**
	Примітки: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово.	
83	***Ушкодження першого пальця,*** що призвели до:	
	а) нерухомості одного суглоба	**10**
	б) нерухомості двох суглобів	**15**

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

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

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

№	характер тілесного ушкодження (травми)	розмір виплати, % страхової суми
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яткової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	**15**
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток чи розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово. 2. У разі переломів або вивихів кісток стопи внаслідок різних травм страхову виплату здійснюють з урахуванням факту кожної травми.	
104	***Ушкодження стопи,* що призвело до:**	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї – двох кісток (крім п'яткової і таранної кісток)	**5**
	б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яткової кістки	**15**
	в) артродез підтаранного суглоба, попереково суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лісфранка)	**20**
	ампутації на рівні:	
	г) плесново – фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи);	**30**
	д) плесневих кісток або передплесно	**40**
	е) таранної, п'яткової кісток (втрати стопи)	**50**
	Примітка: Страхову виплату у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими підпунктами а), б), в) цієї статті здійснюють додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою стопи у тому випадку, якщо ці ускладнення встановлено лікувально-профілактичним закладом, але не раніше, ніж через шість місяців від дня травми і підтверджено довідкою цієї установи, а у випадках, передбачених підпунктами г), д), є) цієї статті - незалежно від строку, що минув після травми.	
	ТРАВМИ ПАЛЬЦІВ СТОПИ	
105	***Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль):***	
	а) одного пальця, крім першого	**3**
	б) двох – трьох пальців або першого	**5**
	в) чотирьох пальців (другого – п'ятого)	**10**
	Примітка: Якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожиль пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачують 3% страхової суми одноразово.	
106	***Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що спричинило ампутацію:***	
	- першого пальця:	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	**5**
	б) на рівні основної фаланги або плеснево–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 плеснемо-фалангових суглобів	**10**
	д) трьох–чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	**15**
	е) трьох–чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плеснемо-фалангових суглобів	**20**
	Примітки: 1. У тому випадку, коли страхову виплату здійснюють відповідно до цієї статті, додаткової виплати за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадять. 2. Якщо у зв'язку з травмою ампутовано палець з плесневою кісткою або її частиною, додатково виплачують 5% страхової суми одноразово.	
107	***Ушкодження, що призвело до:***	
	а) утворення лігатурних нориць	**3**
	б) лімфостазу, тромбофлебіту, порушення трофіки	**5**
	в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту	**10**
	Примітки: 1. Цю статтю застосовують у тому випадку, коли ці ускладнення встановлено не раніше як через шість місяців від дня травми (крім ушкодження великих периферичних судин і нервів). 2. Нагноювальні запалення пальців не дають підстав для здійснення страхової виплати.	
	ІНШІ НЕЩАСНІ ВИПАДКИ	
108	***Травматичний шок, геморагічний шок, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою***	**5**
	Примітка: Страхову виплату згідно з цією статтею здійснюють додатково до виплат у зв'язку з травмою.	

№	характер тілесного ушкодження (травми)	**розмір виплати**, % страхової суми
109	***Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий або післяприщеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси отруйних змій, комах, правець, сказ (за браком даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів):***	
	а) у разі стаціонарного лікування від 2 до 6 днів	**3**
	б) від 7 до 13днів	**5**
	в) 14 днів і більше	**10**
	Примітка: Якщо внаслідок випадків, наведених у цій статті виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, страхову виплату здійснюють додатково згідно з відповідними статтями цього додатка.	
110	Будь-яка травма, що сталася із Застрахованою особою в період дії договору страхування і не передбачена у цьому додатку, але потребує стаціонарного та/або амбулаторного безперервного лікування в цілому не менше, ніж 10 (десять) днів	**3**
Ушкодження, не наведені в цій таблиці, можуть бути оцінені лікарем-експертом Страховика через застосування аналогічних уражень, або їх наслідків з наведеними відсотками виплат.		

Примітки:

1. Якщо отримані в результаті одного випадку ушкодження різного характеру й локалізації передбачено у різних пунктах Таблиці, розмір страхової виплати визначають підсумовуванням розмірів, зазначених у відповідних пунктах.
2. Водночас розмір страхової виплати у зв'язку з ушкодженням однакового характеру й однієї локалізації, що передбачені різними (зазвичай суміжними) пунктами Таблиці, визначають згідно з одним з таких пунктів.
3. Якщо ушкодження одних тканин, одного органа, одного анатомічного утворення (кістки, сухожилля, нерва тощо), одного відділу або сегмента опорно-рухового апарата, отримане Застрахованою особою в результаті настання одного випадку, зазначено в різних підпунктах одного і того ж пункту, розмір страхової виплати визначають тільки відповідно до одного підпункту, що передбачає виплату в найбільшому розмірі.