



Затверджено Рішенням Правління  
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»  
від «11» червня 2024 року № 75/2024

введено в дію Наказом Голови Правління  
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»  
від «11» червня 2024 року № 59

## ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН»

Ці Загальні умови страхового продукту «Комплексне страхування подорожуючих за кордон» (далі – Загальні умови) розроблені та впроваджені на підставі Політики з андеррайтингу щодо укладення договорів комплексного страхування подорожуючих за кордон, затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 11.06.2024 р. № 75/2024 та Політики з розроблення та впровадження страхових продуктів, затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 18.04.2024 р. № 47/2024.

### 1. ПОНЯТТЯ І ТЕРМІНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. **Асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування.

1.2. **Асистуючі послуги** – допомога (послуги), яка (які) відповідно до умов договору страхування може (можуть) надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги (таких послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, які надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги/таких послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, уключаючи оплату Асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги/таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного договору зі страховиком.

1.3. **Багаж** – всі дорожні сумки, валізи, портфелі а також їх вміст, обмежений одягом та особистими речами Застрахованої особи, що прийняті зареєстрованим у встановленому законодавством порядку перевізником під свою відповідальність на час подорожі.

1.4. **Близькі родичі** – дружина або чоловік, що перебувають у законному шлюбі із Застрахованою особою, діти (рідні та всиновлені), батько та мати Застрахованої особи, рідні брати та сестри (в тому числі зведені).

1.5. **Вигодонабувач** – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування.

1.6. **Варіант страхування** – це погоджений між Страховиком та Страхувальником у Договорі страхування (надалі – Договір) перелік послуг певного обсягу, що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку та відшкодовується Страховиком.

1.7. **Гостре захворювання** – несподіване, різке погіршення стану здоров'я, яке потребує надання невідкладної медичної допомоги, і при якому відсутність негайного медичного втручання може призвести до загрози життю.

1.8. **Договір страхування (або Договір)** – Договір комплексного страхування подорожуючих за кордон, укладений Страховиком та Страхувальником відповідно до цих Загальних умов.

1.9. **Екстрена медична допомога** – медична допомога Застрахованій особі, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя Застрахованої особи у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

1.10. **Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування. Ненадання медичної допомоги в період загострення може призвести до виникнення загрози життю.

1.11. **Заклад охорони здоров'я** – це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

1.12. **Заняття екстремальними видами діяльності** – мисливство, парапланеризм, дельтапланеризм, парашутний спорт, альпінізм; гірський туризм, трекінг, скелелазіння (висота сходження 2 000 м та вище); підводне плавання на глибині до 18 метрів; флайборд, каньйонинг, автоспорт, мотоспорт (окрім стантрайдингу), перегони на тваринах.

Для відображення таких видів діяльності в Договорі страхування використовується позначення «Extreme sport».

1.13. **Заняття спортом на професійному рівні** – під даними заняттями розуміють:

- коли спорт є професійною діяльністю Застрахованої особи;
- Застрахована особа приймає участь у тренуваннях та/або змаганнях;
- коли Застрахована особа відвідує спортивні заняття під час навчання за кордоном;
- будь-яка циркова діяльність.

Для відображення такого заняття спорту в Договорі страхування використовується позначення «Professional Sport».

1.14. **Зареєстрований перевізник** – будь-який перевізник, що займається перевезенням пасажирів по суші, воді або повітря, що має ліцензію на цей вид перевезення та здійснює його за регулярним розкладом.

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

Страхувальник, який уклав Договір страхування на власну користь, одночасно є Застрахованою особою.

1.16. **Країна постійного проживання** – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа.

1.17. **Ліміт перебування за кордоном** – це кількість днів в межах Періоду страхування, протягом яких Страховик може організувати та профінансувати надання допомоги, передбаченої Договором страхування.

1.18. **Медична евакуація** – це транспортування Застрахованої особи з обмеженими можливостями пересування або транспортування особи, якій потрібен особливий догляд, медикаментозна або апаратна підтримка під час польоту (поїздки) до місця постійного проживання.

Медична евакуація може бути запропонованою Застрахованій особі і в інших випадках:

- відсутність в країні тимчасового перебування можливостей для надання необхідної медичної допомоги;
- коли витрати на лікування за кордоном можуть перевищити страхову суму;
- коли евакуація є економічно доцільною для Страховика (вартість лікування за кордоном значно перевищує витрати на евакуацію).

В усіх випадках медична евакуація здійснюється, виключно, лише тоді, коли її необхідність підтверджується Страховиком та відсутні медичні протипоказання.

1.19. **Місце постійного проживання** – місце проживання фізичної особи на території якої-небудь держави не менше одного року, яка не має постійного місця проживання на території інших держав і має намір проживати на території цієї держави протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових (посадових) обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).

1.20. **Невідкладна допомога при ускладненні вагітності** – невідкладна медична допомога у випадку ускладнення вагітності та/або загрозах її переривання або загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи.

1.21. **Невідкладна стаціонарна/амбулаторна допомога** – медична допомога, яка надається в екстрених випадках Застрахованій особі в умовах стаціонару (за виключенням денного стаціонару) або в амбулаторних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до виникнення загрози життю Застрахованої особи.

1.22. **Невідкладна стоматологічна допомога** – необхідна для зняття гострого болю допомога, яка включає огляд стоматолога, анестезію, рентген (при наявності показань), видалення зуба, розкриття кореневих каналів (без лікування, пломбування тощо), постановку тимчасової та/або постійної пломби.

1.23. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короточасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесного ушкодження (травми) або іншого порушення функцій організму. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета тощо. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтяги зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо.

1.24. **Період страхування** – це проміжок часу, визначений в межах строку дії Договору страхування, коли може діяти страхове покриття (страховий захист).

1.25. **Планова амбулаторна допомога** – це надання медичної допомоги Застрахованій особі в плановому порядку, за відсутності прямої безпосередньої загрози життю та при клінічній можливості відстрочення надання цієї допомоги.

1.26. **Програма комплексного страхового продукту «Страхування подорожуючих за кордон» (або Програма)** – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються Страхувальнику окремо в межах умов комплексного страхового продукту «Страхування подорожуючих за кордон», з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.

1.27. **Сторони Договору страхування** – Страховик та Страхувальник.

1.28. **Страхова премія** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

1.29. **Страхова виплата (Страхові відшкодування)** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

1.30. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. В межах страхової суми можуть бути встановлені обсяги зобов'язань (ліміти зобов'язань) Страховика за окремим страховим випадком, опцією в межах страхового випадку або по групі страхових випадків.

1.31. **Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.

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

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

1.34. **Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

1.35. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна».

1.36. **Страхувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1.37. **Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку, під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору страхування.

1.38. **Тарифна політика** – складова частина Політики з андеррайтингу щодо укладення договорів медичного страхування, затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 11.06.2023 р. № 75/2024.

1.39. **Третя особа** – фізична або юридична особа, яка не є стороною за Договором страхування, однак приймає участь у правовідносинах, що регулюються даним Договором.

1.40. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків, так і в грошовому еквіваленті, та передбачає зменшення розміру страхового відшкодування по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи.

1.41. **Хронічне захворювання** – це захворювання, що має затяжний перебіг або повільний розвиток. При хронічному захворюванні патологічні зміни (морфологічні зміни та/або функціональні розлади) тканин та органів присутні завжди, як в період загострення, так і в період ремісії. Хронічне захворювання характеризується періодами загострення та періодами затухання хвороби (ремісією).

1.42. **Часова франшиза** – період часу, що починається з дати укладення Договору страхування, протягом якого Страховик не несе зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою). Події, які відбулися в період часової франшизи не розглядаються Страховиком.

1.43. **Заняття спортом «Sport class F»** – під даними заняттями розуміють заняття будь-якими видами спорту на любительському чи професійному рівні, заняття фізкультурою в учбовому закладі, в тому числі участь в змаганнях між учбовими закладами, лише в країні, в якій навчається Застрахована особа. Виключеннями є заняття парашутним спортом, дельтапланеризмом, авто- і мотоспортом, будь-якими стрибками за допомогою спеціальних засобів (еластичного тросу, трампліну тощо).

1.44. Інші поняття та/або терміни, які вживаються в Договорі страхування, використовуються у значеннях, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

## 2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом страхування згідно з цими Загальними умовами є:

2.1.1 здоров'я, працездатність Застрахованої особи;

2.1.2. можливі збитки чи витрати Застрахованої особи чи іншої особи, передбаченої Договором страхування;

2.1.3. відповідальність Застрахованої особи за заподіяну нею шкоду третій особі або її майну.

2.2. Страхові ризики:

2.2.1. За класом страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) Застрахованим особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»,

*ризик у межах класу страхування – страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон при:*

- 2.2.1.1. гострому захворюванні, що сталося під час подорожі (поїздки);*
- 2.2.1.2. загостренні хронічного захворювання, що сталося під час подорожі (поїздки);*
- 2.2.1.3. розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки);*
- 2.2.1.4. репатріації (медичній евакуації) Застрахованої особи із-за кордону, у зв'язку з подією, передбаченою п.п. 2.2.1.1.- 2.2.1.3. цих Загальних умов;*

*2.2.1.5. репатріації тіла Застрахованої особи із-за кордону;*

*ризик у межах класу страхування – страхування витрат, інших, ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс), які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон, які виникли в результаті:*

*2.2.1.6. дорожньо-транспортної пригоди та/або поломки власного транспортного засобу, який використовує Застрахована особа для здійснення подорожі (поїздки);*

*2.2.1.7. порушення прав Застрахованої особи та/або виникнення спору (включаючи загрозу виникнення таких випадків), викликаних офіційними претензіями третіх осіб під час здійснення подорожі (поїздки);*

*2.2.1.8. скасування або затримки авіарейсу, на який Застрахована особа мала квиток, більш ніж на 4 години;*

*2.2.1.9. втрати багажу Застрахованої особи, що перевозився повітряним транспортом (в тому числі його затримки, більш ніж на 4 години);*

*2.2.1.10. постановки в стоп-лист та відновлення банківської карти Застрахованої особи;*

*2.2.1.11. втрати або крадіжки документів Застрахованої особи, необхідних для повернення на територію постійного проживання;*

*2.2.1.12. телефонного повідомлення Застрахованою особою Асистуючої компанії про настання страхового випадку.*

*2.2.2. За класом страхування I «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»,*

*ризик у межах класу страхування – страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання:*

*2.2.2.1. смерть Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком, що стався під час подорожі (поїздки);*

*2.2.2.2. встановлення інвалідності Застрахованій особі I групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки);*

*2.2.2.3. встановлення інвалідності Застрахованій особі II групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки);*

*2.2.2.4. встановлення інвалідності Застрахованій особі III групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки);*

*2.2.2.5. встановлення Застрахованій особі статусу «Дитина з інвалідністю»;*

*2.2.2.6. травматичне ушкодження та функціональне ушкодження у Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки).*

*2.2.3. За класом страхування I3 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)»,*

*ризик у межах класу страхування – страхування іншої відповідальності перед третіми особами, ніж відповідальність оператора ядерної установки за ядерну шкodu, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту, без обмежень та особливостей, які дають підстави для застосування спрощеного підходу для розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу, яка виникла в результаті:*

*2.2.3.1. заподіяння Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) ненавмисної шкоди потерпілій третій особі та/або її майну.*

2.2.4. *За класом страхування 16 «Страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15)»,*

*ризик у межах класу страхування - страхування інших фінансових ризиків, крім страхування кредитів та поруки (гарантії):*

приймаються на страхування фінансові збитки та/або витрати (уключаючи можливі збитки та/або витрати), пов'язані із неможливістю здійснення подорожі (поїздки)/ неможливістю продовження подорожі (поїздки)/необхідністю дострокового припинення подорожі (поїздки) або її незапланованого продовження Застрахованою особою, а саме:

**2.2.4.1. витрати на візит близького родича для відвідування Застрахованої особи, що перебуває на стаціонарному лікуванні під час здійснення подорожі (поїздки);**

**2.2.4.2. витрати на проїзд в країну постійного проживання однієї особи, що супроводжує Застраховану особу, у випадку госпіталізації або смерті Застрахованої особи;**

**2.2.4.3. витрати, пов'язані з евакуацією дитини (дітей) віком до 16 років, які залишилися без нагляду дорослої особи через хворобу або смерть Застрахованої особи;**

**2.2.4.4. витрати на дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання за дозволом лікарів, у зв'язку з неможливістю продовження подорожі (поїздки) за станом здоров'я;**

**2.2.4.5. витрати на транспортування (за виключенням медичної евакуації) економкласом в країну постійного проживання після лікування в стаціонарі після закінчення терміну дії Договору страхування;**

**2.2.4.6. витрати, пов'язані з перебуванням Застрахованої особи за кордоном після завершення дії Договору страхування, якщо її повернення в країну постійного проживання неможливе одразу після виписки з лікарні;**

**2.2.4.7. витрати, пов'язані з проживанням в готелі однієї особи, що супроводжує Застраховану особу в закордонній поїздки, після закінчення терміну дії Договору страхування, якщо Застрахована особа перебуває на стаціонарному лікуванні;**

**2.2.4.8. витрати, пов'язані із достроковим поверненням Застрахованої особи із-за кордону у зв'язку зі смертю її близьких родичів;**

**2.2.4.9. витрати Застрахованої особи на візу, у випадку відмови у її видачі.**

2.3. **Страховий випадок** – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.2.1.-2.2.4. цих Загальних умов, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, що трапилась в період дії строку страхового покриття за Договором страхування та внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику/ Застрахованій особі (або Вигодонабувачу у разі призначення).

2.4. **Страхова сума. Страховий тариф. Страхова премія. Ліміти відшкодування. Франшиза.**

2.4.1. У Договорі страхування страхове покриття та розмір страхової премії визначається за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування).

2.4.2. Страхова сума може встановлюватися щодо окремої Застрахованої особи та/або за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, за умови визначення.

2.4.3. В межах страхової суми в Договорі страхування можуть встановлюватися Ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, та/або на відшкодування окремих витрат.

2.4.4. Страховий тариф визначається при страхуванні страхових ризиків, передбачених п.п. 2.2.2.1. - 2.2.2.6. цих Загальних умов, за згодою Страховика та Страхувальника в Договорі страхування, відповідно до Тарифної політики.

2.4.4.1. Відповідно до п.п. 139, 156 та 165 Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182, є необов'язковим визначення страхового тарифу у Договорі страхування щодо ризиків зазначених в п.п. 2.2.1.1.- 2.2.1.12., 2.2.3.1., 2.2.4.1.-2.2.4.9. цих Загальних умов.

2.4.5. Страхова премія за Договором страхування визначається шляхом помноження страхової суми та страхового тарифу та зазначається у Договорі страхування, окрім випадків коли страховий тариф не визначається згідно з п. 2.4.4.1. цих Загальних умов.

2.4.6. Порядок та строки сплати страхової премії визначаються Сторонами у Договорі страхування.

2.4.7. Згідно з цими Загальними умовами в Договорі страхування може застосовуватися: безумовна франшиза, яка встановлюється у відсотках від страхової суми (страхової виплати) чи в абсолютному розмірі, та часова франшиза, відповідно до Тарифної політики.

2.4.8. Розмір та вид франшизи визначаються Сторонами у Договорі страхування.

#### 2.5. Строк страхового покриття.

2.5.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.

2.5.2. Якщо договором страхування не передбачено інше, Договір страхування набирає чинності з дати його укладання за умови надходження на поточний рахунок Страховика страхової премії в повному обсязі в сумі, визначеній в Договорі.

2.5.3. В межах загального строку дії Договору страхування може визначатися період страхування (із зазначенням дати початку та дати закінчення такого періоду страхування).

2.5.4. В межах періоду страхування в Договорі страхування може бути встановлений ліміт днів перебування Застрахованої особи за кордоном, протягом якого діє страхове покриття щодо Застрахованої особи.

2.5.5. Строк страхового покриття за Договором страхування щодо Застрахованої особи починає дію з дати, зазначеної в Договорі страхування, як дата початку періоду страхування, але не раніше проходження Застрахованою особою державного кордону України під час виїзду з України, та діє протягом передбаченого Договором страхування ліміту днів перебування за кордоном, але не пізніше вказаної в Договорі страхування дати закінчення Періоду страхування.

2.5.6. Якщо Застрахована особа розпочинає подорож (поїздку) не з території України строк страхового покриття починає дію з 00 годин 00 хвилин третього дня після дати укладання Договору страхування або з дати, зазначеної в Договорі страхування, як дата початку періоду страхування, якщо така дата настає пізніше, ніж третій день після дати укладання Договору.

2.5.7. Страхове покриття за страховим ризиком «витрати Застрахованої особи на візу, у випадку відмови у її видачі» починає свою дію з дати укладення Договору страхування.

2.5.8. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договором страхування.

#### 2.6. Територія страхового покриття.

2.6.1. Страхове покриття діє стосовно страхових випадків, що сталися в межах місця дії, яка зазначена Сторонами в Договорі страхування.

2.6.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, місцем дії Договору страхування може бути зазначена одна із нижче вказаних територій:

2.6.2.1. «Зона І».

Територія «Зона І» включає в себе географічну Європу, Шенгенську зону, СНД, Алжир, Кіпр, Єгипет, Грузію, Марокко, Туніс, Туреччину.

2.6.2.2. «Зона ІІ».

Територія «Зона ІІ» включає в себе всі країни світу, окрім США, Канади, Ізраїлю.

2.6.2.3. «Зона ІІІ».

Територія «Зона ІІІ» включає в себе всі країни світу.

2.6.3. В частині страхового ризику **«витрати Застрахованої особи на візу, у випадку відмови у її видачі»** Договір страхування діє на території України.

2.6.4. В будь-якому разі, Договір страхування не діє на території Білорусі та Росії.

#### 2.7. Складові страхового покриття.

2.7.1. В межах цих Загальних умов, Страхувальнику може бути запропоновано певні варіанти страхування у Програмах, які містять різні складові страхового покриття та інші умови страхування.

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

### 3. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОPIН. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

#### 3.1. *Страхувальник має право:*

3.1.1. до укладання Договору страхування отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору страхування, інформацію про Страховика, страхового посередника (якщо Договір страхування укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України;

3.1.2. у випадку втрати примірника Договору страхування отримати у Страховика дублікат Договору страхування (у разі укладання такого Договору в паперовому форматі);

3.1.3. при настанні страхового випадку одержати страхову виплату/страхове відшкодування в порядку та на умовах передбачених Договором страхування;

3.1.4. призначити Застрахованих осіб, Вигодонабувача, а також, якщо інше не передбачено Договором страхування, змінити їх до настання страхового випадку шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування;

3.1.5. отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору страхування;

3.1.6. припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому Договором страхування;

3.1.7. реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

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

3.2.1. перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків/шкоди), та/або надати йому іншу інформацію (у тому числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування відповідно до умов зазначених у п.5.4;

3.2.2. повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі призначення);

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

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

3.2.5. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;

3.2.6. ознайомити Застраховану особу, Вигодонабувача з умовами Договору страхування (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у виплаті страхового відшкодування/страхової виплати);

3.2.7. протягом дії Договору страхування в письмовій формі повідомляти Страховика у строки встановлені Договором про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків/шкоди), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;

3.2.8. вживати заходів для забезпечення Страховика можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховика всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;



3.2.9. виконувати рекомендації Асистуючої компанії/ Страховика щодо усунення обставин, що впливають на підвищення страхового ризику, а також самостійно вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.2.10. повідомити Страховика та Вигодонабувача про інші діючі договори страхування відносно об'єкта страхування;

3.2.11. інформувати Страховика/Асистуючу компанію про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;

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

3.2.13. надавати Страховику/Асистуючій компанії повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;

3.2.14. виконувати вказівки та інструкції Асистуючої компанії та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування;

3.2.15. дотримуватись вказівок лікуючого лікаря, дотримуватись розпорядку закладу охорони здоров'я, в якому йому надається допомога;

3.2.16. надати Страховику документи та інформацію, передбачену Договором страхування, що стосуються страхового випадку та його наслідків в строки визначені Договором страхування;

3.2.17. сприяти Страховику у розслідуванні причин та обставин страхового випадку;

3.2.18. підтвердити факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування;

3.2.19. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

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

3.3.1. повідомити Страховика/Асистуючу компанію про настання випадку, що має ознаки страхового, у порядку та строки, що передбачені даним Договором страхування;

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

3.3.3. виконувати вказівки Асистуючої компанії та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування;

3.3.4. дотримуватись вказівок лікуючого лікаря, дотримуватись розпорядку закладу охорони здоров'я, в якому їй надається допомога;

3.3.5. сприяти Страховику або його представнику у розслідуванні причин та обставин страхового випадку, перевірити всі представлені йому документи. Укладанням даного Договору страхування Застрахована особа звільняє лікарів, адвокатів/юристів від дотримання лікарської та іншої таємниці при наданні інформації Страховику або Асистуючій компанії щодо страхового випадку;

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

3.3.7. надати переклад документів, що стосуються події, українською мовою в бюро перекладів за власний рахунок;

3.3.8. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

### **3.4. *Страховик має право:***

3.4.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником, а також виконання ним вимог та умов Договору страхування;

3.4.2. з'ясувати причини, обставини і наслідки страхового випадку, звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування»;

3.4.3. відмовити у виплаті страхового відшкодування/здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України;

3.4.4. у випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні обставини, що необхідні для оцінки ступеня страхового ризику, при укладенні Договору страхування, останній має право відмовити у страховій виплаті та вимагати дострокового припинення дії Договору страхування;

3.4.5. достроково припинити дію Договору страхування та пред'явити позов Страхувальнику на повернення фактично здійснених страхових виплат у випадках, коли після здійснення страхової виплати з'ясувались обставини, які є причинами для відмови у здійсненні страхової виплати за даним Договором страхування;

3.4.6. достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором страхування;

3.4.7. вимагати від Страхувальника/ Застрахованої особи (або Вигодонабувача) повернення страхового відшкодування/страхової виплати (або відповідної частини) за наявності встановлення Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково позбавляють Страхувальника/ Застраховану особу (Вигодонабувача) права отримати таке страхове відшкодування /страхову виплату;

3.4.8. відкласти прийняття рішення про виплату/відмову у виплаті або здійснення страхової виплати, повідомивши про це Страхувальника/Застраховану особу у письмовій формі, у випадку, коли:

3.4.8.1. не повністю з'ясовані обставини випадку або обставини, які підтверджують право Страхувальника/Застрахованої особи або іншої особи на страхову виплату - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 90 календарних днів з дати отримання останнього документу від Страхувальника/Застрахованої особи

3.4.8.2. Страхувальника/Застраховану особу повідомлено про підозру у вчиненні ним/нею злочину, що має безпосереднє відношення до страхового випадку - до закінчення досудового розслідування;

3.4.9. пред'являти позови відповідно до чинного законодавства особі, яка винна у настанні страхового випадку;

3.4.10. вимагати переклад документів, що стосуються події, українською мовою в бюро перекладів за рахунок Застрахованої особи;

3.4.11. використовувати записи телефонних розмов із Страхувальником/Застрахованою особою (їхніми представниками);

3.4.12. вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням;

3.4.13. реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

### **3.5. Страховик зобов'язаний:**

3.5.1. до укладення Договору страхування на підставі отриманої інформації від клієнта (Страхувальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні;

3.5.2. перед укладанням Договору страхування надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та/або посередницьку послугу та про Страховика у обов'язі, визначеному законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору страхування або про відмову від укладання Договору страхування;

3.5.3. встановити факт, причини та обставини події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування;

3.5.4. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування/страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов Договору страхування, а також відшкодувати витрати, понесені Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору страхування, за умови їх документального підтвердження;

3.5.5. у разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування письмово повідомити про це Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача у строки визначені Договором страхування з обґрунтуванням причин відмови;

3.5.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;

3.5.7. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

3.6. За невиконання та/або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

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

3.8. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором страхування і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором страхування, якщо надання послуги поставить Страховика під загрозу застосування будь-яких санкцій, заборон чи обмежень Організації Об'єднаних Націй або торгових чи економічних санкцій, закону і правил Європейського Союзу, Сполученого Королівства та Сполучених Штатів Америки.

3.9. Сторони Договору страхування звільнюються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору страхування під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтвержені уповноваженим органом.

#### 4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

##### 4.1. *Страховий захист не діє стосовно:*

4.1.1. осіб, віком понад 89 років;

4.1.2. осіб, у яких виявлені такі захворювання, як: новоутворення головного мозку, новоутворення спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний;

4.1.3. осіб, які на момент укладання договору хворіють на СНІД, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

4.1.4. дітей, віком до 1 року, які народилися за межами України і на момент укладання договору жодного разу не були в Україні;

4.1.5. осіб, які мають психічні розлади;

4.1.6. осіб, які визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку.

##### 4.2. *Якщо інше не зазначено в Договорі страхування, страховий захист не діє стосовно:*

4.2.1. осіб з інвалідністю I та II групи, неповнолітніх осіб зі статусом «Дитина з інвалідністю»;

4.2.2. осіб, які їдуть за кордон з метою діагностики, лікування та/або реабілітації;

4.2.3. іноземних громадян-нерезидентів України, які на момент укладання Договору страхування перебувають за межами України;

4.2.4. осіб, які на момент укладання договору проходять лікування новоутворень нульової стадії (in situ);

4.2.5. осіб з будь-якими новоутвореннями головного чи спинного мозку, хребта;

4.2.6. осіб з цукровим діабетом;

4.2.7. осіб, які на момент укладання договору мають будь-які форми серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу);

4.2.8. осіб, які мають в анамнезі: гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), інфаркт головного мозку, інфаркт міокарда, цироз печінки, жовчнокам'яну хворобу, сечокам'яну хворобу, операції на серці та судинах, хронічне обструктивне захворювання легень, злоякісне новоутворення, в тому числі онкологічне захворювання крові та кровотворних органів;

4.2.9. осіб, які на момент укладання договору мають хронічну ниркову недостатність, хронічну печінкову недостатність, туберкульоз, бронхіальну астму;

4.2.10. осіб з вродженими вадами розвитку та деформаціями, хромосомними порушеннями.

##### 4.3. *Страховик не організовує та не фінансує діагностику та лікування:*

4.3.1. новоутворень, туберкульозу, цирозу печінки, хронічної ниркової недостатності, системних захворювань сполучної тканини, аутоімунних захворювань, ендокринних хвороб, вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій та їх наслідків;

4.3.2. чоловічої/жіночої безплідності, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенемії, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій;

4.3.3. класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВОЗ; інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві кондиліоми, контагіозний моллюск, уrogenітальний шигельоз тощо; кандидоз, бактеріальний вагіноз, гарднерельоз, лептотрікс;

4.3.4. СНІДу, СНІД-асоційованого синдрому або будь-якого подібного синдрому, а також захворювань, що є їх наслідком;

4.3.5. після того, як Страховик запропонував репатріацію і лікар дав згоду, а Страховальник/Застрахована особа відмовилася від репатріації.

#### 4.4. **Страховик не визнає страховим випадком такі події:**

4.4.1. планові консультації та обстеження під час вагітності, незалежно від терміну вагітності;

4.4.2. переривання вагітності, крім випадків рятування життя Застрахованої особи; обстеження і лікування, пов'язане з перериванням вагітності або пологами та їх наслідками; пологи;

4.4.3. штучне запліднення, лікування безпліддя, витрати по запобіганню вагітності;

4.4.4. пластична та відновлювальна хірургія (крім випадків поєднання такого хірургічного втручання з екстремим хірургічним втручанням та спрямованим на функціональне та анатомічне відновлення деформованої чи втраченої частини тіла людини внаслідок нещасного випадку). Розмір відшкодування не повинен перевищувати 30% від страхової суми;

4.4.5. поховання в Україні або країні постійного проживання;

4.4.6. стоматологічна допомога, яка перевищує необхідну допомогу для зняття болю;

4.4.7. діагностика та лікування в країні постійного проживання чи в країні, громадянином якої є Застрахована особа;

4.4.8. розлад здоров'я, отриманий в результаті:

4.4.8.1. військових дій, військових або збройних конфліктів та їх наслідків, військових маневрів та інших заходів військового характеру, захоплення, піратських дій, громадянських війн, народних хвилювань, революції, заколотів, повстань, громадянських заворушень або хвилювань, ураження мінами, бомбами та іншими засобами ведення війни та/або вибуховими пристроями, страйків, локаутів, трудових конфліктів або безладдя, надзвичайних чи особливих чи військових станів, оголошеними органами державної влади у встановленому законодавством порядку, природних лих, радіоактивного, хімічного або бактеріологічного забруднення, дії іонізуючого випромінювання, епідемічних та пандемічних хвороб;

4.4.8.2. терористичного акту, встановлення вибухових пристроїв тощо або дій, яких вжито з метою запобігання, подавлення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, загрожуючого чи усвідомлюваного терористичного акту, обмеження свободи пересування чи затриманням, якщо інше не передбачено умовами Договором страхування;

4.4.8.3. служби в збройних силах та військових формуваннях;

4.4.8.4. заняттям спортом, якщо інше не передбачено умовами Договором страхування;

4.4.8.5. самогубства або спроби самогубства, за винятком тих випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.4.8.6. керування Застрахованою особою засобами наземного або водного транспорту без відповідного посвідчення або відповідної категорії, а також передачею Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння та/або не має посвідчення водія або відповідної категорії.

#### 4.5. **Згідно з цими умовами Страховик не відшкодовує:**

4.5.1. адміністративний, сервісний збір закладу охорони здоров'я, моральні збитки та збитки, заподіяні внаслідок професійної помилки лікарів або інших осіб, які надавали допомогу Застрахованій особі;

4.5.2. витрати на медичні, медико - транспортні послуги та репатріацію у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікуючого лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном.

4.6. Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат, у випадках коли під час виникнення страхового випадку Застрахована особа перебувала під дією/вживала алкоголю/ль, наркотиків/ки, транквілізаторів/ри, трициклічних/ні антидепресантів/ти, холіноміметичних/ні (одурманюючих/чі) засобів/би, крім випадків прийому цих речовин внаслідок протиправних дій третіх осіб у вигляді примусу або загрози життю.

4.7. Страховик відмовляє у здійсненні страхової виплати або зменшує страхову виплату, якщо витрати передбачені Договором страхування, були понесені не в узгодженому Страховиком/Асистуючою компанією похоронному агентстві (бюро) та/або іншій установі, що надає ритуальні послуги.

4.8. Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат, у ситуаціях, коли випадок, що має ознаки страхового, відбувся після того, як ліміт днів перебування за кордоном було вичерпано.

4.9. Страховик не здійснює страхової виплати в разі настання нещасного випадку (згідно п. 2.2.2. цих Загальних умов), якщо нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою, прямо чи опосередковано пов'язаний з хворобами різного роду, в тому числі професійними та їх наслідками, або негативними наслідками діагностичних та лікувальних процедур.

4.10. Втрата професійної працездатності не є страховим випадком і тому не є підставою для здійснення страхової виплати.

4.11. Не визнаються страховим випадком смерть або інвалідність, які сталися через шість місяців з дня настання нещасного випадку, який мав місце під час дії Договору страхування.

4.12. **Не визнається страховим випадком шкода, нанесена Застрахованою особою, що пов'язана з:**

4.12.1. порушенням Застрахованою особою правил та норм пожежної безпеки;

4.12.2. терористичними актами, встановленням вибухових пристроїв тощо або діями, яких вжито з метою запобігання, подавлення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, загрожуючого чи усвідомлюваного терористичного акту, обмеженням свободи пересування чи затриманням, незаконними діями державних або громадських організацій, а також посадових осіб;

4.12.3. пошкодженням, знищенням або псуванням предметів, які Застрахована особа взяла в оренду, прокат, лізинг, заставу, або прийняла на зберігання за договором або в якості додаткової послуги;

4.12.4. відповідальністю, пов'язаної з експлуатацією будь-яких наземних транспортних засобів, морських або річкових суден та інших плавучих об'єктів, пілотованих та не пілотованих (радіокерованих) літальних апаратів;

4.12.5. навмисними діями, бездіяльністю або необережністю третьої особи, що визнані такими у встановленому законом порядку, та/або якщо третя особа у момент заподіяння їй шкоди перебувала в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;

4.12.6. штрафними та іншими санкціями, призначеними судом, які не є компенсацією за заподіяну шкоду/ збитки;

4.12.7. настанням цивільної відповідальності Застрахованої особи, як власника (водія) будь-якого транспортного засобу.

4.13. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик не відшкодовує витрати Застрахованої особи, пов'язані з затримкою багажу, що перевозився повітряним транспортом:

4.13.1. якщо багаж прибув тим самим рейсом, що й Застрахована особа;

4.13.2. якщо багаж був затриманий прикордонними, митними службами, або іншими компетентними органами держави перебування або України.

4.14. Договором страхування може бути звужено та/або розширено, та/або уточнено (конкретизовано) обсяг винятків із страхових випадків та підстав для відмови у страховій виплаті.

## 5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик укладає Договір страхування на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування:

5.1.1. за класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», ризик у межах класу страхування – страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання;

5.1.2. за класом страхування 13 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)», ризик у межах класу страхування – страхування іншої відповідальності перед третіми особами, ніж відповідальність оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту, без обмежень та особливостей, які дають підстави для застосування спрощеного підходу для розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу;

5.1.3. за класом страхування 16 «Страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15)», ризик у межах класу страхування – страхування інших фінансових ризиків, крім страхування кредитів та поруки (гарантії);

5.1.4. за класом страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі», ризики у межах класу страхування – страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон; страхування витрат, інших, ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон.

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

5.3. Договір страхування може укладатися із поданням Страхувальником заяви на страхування, в якій зазначається перелік обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику при укладенні Договору.

5.4. Страхувальник перед укладенням Договору страхування (в тому числі у заяві на страхування, якщо Договір страхування укладається на підставі такої заяви) зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за договором страхування, а саме:

5.4.1. прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або найменування страхувальника та Застрахованої особи;

5.4.2. місцезнаходження Застрахованої особи під час укладання Договору страхування;

5.4.3. країна (країни) перебування у подорожі (поїздки);

5.4.4. конкретні дати поїздки, або ж необхідну кількість днів ліміту перебування за кордоном та бажаний Період страхування;

5.4.5. мета подорожі (поїздки): заняття фізичною працею за наймом під час подорожі, участь у спортивних змаганнях, відпочинок тощо;

5.4.6. наявність станів або захворювань у Застрахованої особи, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

5.4.7. чи передбачено під час подорожі (поїздки) участь Застрахованої особи в активних видах спорту чи активному дозвіллі;

5.4.8. кількість Застрахованих осіб за одним Договором страхування;

5.4.9. інформація про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування;

5.4.10. інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування, включаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі страхування).

5.5. Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник (у тому числі у заяві на страхування) має бути повною, достовірною та актуальною на дату укладання Договору страхування. Страховик має право вимагати у Страхувальника документи закладів охорони здоров'я, які відображають стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладання договору страхування та історію хвороби (анамнез).

5.6. З метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, Страхувальник на вимогу Страховика має надати Страховику документи щодо ідентифікації та верифікації особи Страхувальника, Застрахованої особи та Вигодонабувача (у разі визначення такої особи у Договорі страхування).

5.7. У разі зазначення у Договорі страхування Застрахованої особи (та/або Вигодонабувача) стосовно якої Страхувальник здійснює страхування, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку Застраховану особу (та/або Вигодонабувача) про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така Застрахована особа (Вигодонабувач) протягом 5 (п'яти) календарних днів не повідомить Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь (якщо Договором страхування не передбачено інше).

5.8. Якщо страховий продукт пропонується разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору, клієнт (Страхувальник) має можливість отримати різні складові такого пакету окремо, а також інформацію про вартість та витрати за кожною з них.

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

1) договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

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

5.10. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика заявою у письмовій (електронній) формі та вказує банківські реквізити, на які Страховик має повернути сплачену Страхувальником страхову премію за таким Договором страхування.

5.11. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п. 5.9. цих Загальних умов, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 робочих днів після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

## 6. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

6.1. Внесення змін та доповнень до Договору страхування можливе лише за взаємною письмовою згодою Страховика та Страхувальника, що оформлюється додатковим договором та є невід'ємною частиною Договору страхування.

6.2. У випадку дострокового припинення діючого Договору та укладання нового Договору страхування, витрати пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору складають 0%.

6.3. Зміна строку дії Договору можлива лише шляхом дострокового припинення діючого Договору та укладання нового Договору страхування. При цьому, достроково припинити діючий Договір з урахуванням п. 6.2 цих загальних умов можливо протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати початку Періоду дії Договору. Якщо дострокове припинення дії Договору відбувається на 31 (тридцять перший) день від початку Періоду дії Договору або пізніше, в такому випадку витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору встановлюються в розмірі, визначеному Договором страхування.

6.4. Дія Договору страхування припиняється та Договір страхування втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку дії Договору страхування;
  - 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою (або Вигодонабувачем) у повному обсязі;
  - 3) несплати Страхувальником чергової (крім першої) частини страхової премії в повному обсязі у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим, починаючи з наступного дня після дати зазначеної в Договорі страхування як кінцева дата сплати чергової частини страхової премії, якщо інше письмово не погоджено між Сторонами Договору страхування;
  - 4) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);
  - 5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
  - 6) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
  - 7) сумарної страхової виплати в розмірі, еквівалентному страховій сумі (ліміту виплати) за всіма страховими випадками, що сталися в період дії цього Договору, якщо інше не зазначене у Договорі страхування;
  - 8) у випадках передбачених частиною першою статті 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»;
  - 9) в інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.
- 6.5. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

6.6. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 1 календарний день до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування в розмірі до 60 %, фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування та тих страхових виплат, що будуть виплачені.

Формула для розрахунку частини страхового платежу до повернення:

$$\text{СПпов} = (\text{СПспл} / \text{Лзаг} \times (\text{Лзаг} - \text{Лвикор})) - \text{В} - \text{СВ}, \text{ де}$$

СПпов – страховий платіж до повернення,

СПспл – страховий платіж сплачений,

Лзаг – ліміт днів перебування за кордоном згідно Договору страхування,

Лвикор – кількість днів, фактично використаних з ліміту перебування за кордоном\*,

В – витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору,

СВ – сума фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

\* Якщо Застрахована особа не надала документ у відповідності до п.6.8.2, Страховик вважає фактичною кількістю днів ту кількість днів, яка пройшла з дати, зазначеної в Акцепті як дата початку Періоду страхування до дати дострокового припинення дії Договору.

6.8. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, останній повинен надати Страховику:

6.8.1. письмову заяву про дострокове припинення дії Договору страхування;

6.8.2. закордонний паспорт, або інший документ, що посвідчує особу, на підставі якого Застрахована особа перетинала кордон України; якщо надання закордонного паспорта або іншого документу, на підставі якого Застрахована особа перетинала кордон України, є неможливим або надається документ, який не передбачає встановлення відміток про перетин державного кордону України, Страхувальник зобов'язаний надати довідку з Державної прикордонної служби України (далі – ДПСУ), в якій зазначається інформація



про перетин Застрахованою особою державного кордону України за період, починаючи з дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку строку дії Договору до дати припинення дії Договору.

6.9. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

6.10. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

6.11. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування в розмірі до 60 %, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування та тих страхових виплат, що будуть виплачені.

6.12. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії Договору страхування виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку) Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому 6.11. цих Загальних умов.

6.13. Повернення платежів здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення дії Договору, якщо інше письмово не погоджено між Сторонами Договору страхування.

6.14. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися у безготівковій формі.

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

7.1. При виникненні події, що в подальшому може бути кваліфікована Страховиком як страховий випадок, Застрахована особа зобов'язана негайно, до звернення за медичною або іншою допомогою, зв'язатися з Асистуючою компанією за вказаними в Договорі страхування засобами зв'язку і повідомити наступну інформацію:

- 7.1.1. номер Договору страхування;
- 7.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- 7.1.3. місцезнаходження Застрахованої особи (країна, місто, контактний телефон);
- 7.1.4. докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

7.2. Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та перевіряє чинність Договору.

7.3. Повідомити Асистуючу компанію про інформацію, згідно з п. 7.1. цих Загальних умов, може довірена особа Застрахованої особи, її родич чи співробітник або лікар закладу охорони здоров'я.

7.4. Після повідомлення Застрахованою особою Асистуючої компанії про подію, Асистуюча компанія організує в залежності від характеру події надання такій Застрахованій особі медичної допомоги, медичних послуг, включаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги), певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування.

7.5. Після повідомлення Застрахованою особою Асистуючої компанії, така Застрахована особа зобов'язана в подальшому дотримуватись всіх рекомендацій Асистуючої компанії щодо своїх подальших дій.

7.6. Якщо телефонний дзвінок до Асистуючої компанії було здійснено до моменту звернення за медичною допомогою чи іншою допомогою, Асистуюча компанія організує та скоординує надання медичної допомоги та інших послуг, передбачених Договором страхування.

7.7. Якщо Застрахована особа з поважних причин (важкий стан здоров'я Застрахованої особи) не змогла зв'язатися з Асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених Договором страхування, вона зобов'язана протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Асистуючу компанію про її настання та узгодити надання та оплату необхідної послуги.

7.8. Якщо Застрахована особа протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, не повідомила Асистуючу компанію про настання такої події, не маючи на це поважних причин, Страховик має право оплатити лікування в сумі, яка не перевищує: при амбулаторно – поліклінічному лікуванні - 200 (двісті) ЄВРО /доларів США; при стаціонарному лікуванні – 500 (п'ятсот) ЄВРО/ доларів США, за умови документального обґрунтування та підтвердження витрат. Валюта зобов'язань Страховика за Договором страхування визначається відповідним Договором страхування.

7.9. Якщо Застрахована особа має Договір страхування для багаторазових поїздок з лімітом перебування за кордоном меншим за строк дії Договору страхування, вона зобов'язана як тільки з'явиться можливість надати Асистуючій компанії документи (електронною поштою, або за допомогою мобільного телефону), що підтверджують термін перебування за кордоном (сторінки закордонного паспорту з відмітками про перетини кордону), починаючи з дати, зазначеної в Договорі страхування, як дата початку строку дії Договору.

7.10. При отриманні рішення консульського відділу про відмову у наданні візи Застрахована особа має звернутися до Страховика з письмовою заявою про настання події, що має ознаки страхового випадку та страхову виплату протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання Застрахованою особою рішення консульського відділу.

7.11. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Застраховану особу (або Вигодонабувача у разі призначення).

## 8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР (ВИТРАТ) ЗБИТКІВ

8.1. При наданні послуг Застрахованій особі опосередковано через Асистуючу компанію, перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку погоджуються Страховиком, Асистуючою компанією та закладом, що надавав допомогу Застрахованій особі.

8.2. Страховик здійснює Застрахованій особі страхову виплату та/або відшкодування коштів, у сумі, що дорівнює вартості отриманих нею медичних та інших послуг, у разі, якщо Застрахована особа самостійно організувала та оплачувала послуги згідно з умовами Договору страхування, і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією (або без попереднього узгодження із Асистуючою компанією у випадках, передбачених Договором страхування). Страховик здійснює страхову виплату/відшкодування за умови надання необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків (витрат), а саме:

**8.2.1. *За ризиками, зазначеними у п. 2.2.1.1. – 2.2.1.3. цих Загальних умов (гостре захворювання, що сталося під час подорожі (поїздки); загострення хронічного захворювання, що сталося під час подорожі (поїздки); розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки) :***

8.2.1.1. оригінал довідки (медичного звіту) з закладу охорони здоров'я (на бланку закладу з відповідним штампом) із зазначенням прізвища та імені Застрахованої особи, остаточного діагнозу, інформація про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення;

8.2.1.2. оригінали рахунків та документів, які підтверджують оплату здійсненого лікування (штамп про оплату, касовий чек, банківська квитанція з зазначенням суми на переказ коштів тощо);

8.2.1.3. рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви призначених ліків (медикаментів); документи, що підтверджують вартість кожної позиції ліків (медикаментів) разом з документами, що підтверджують їх оплату;

8.2.1.4. у разі транспортування Застрахованої особи за медичними показаннями до закладу охорони здоров'я, додатково до документів, зазначених в п.п. 8.2.1.1. – 8.2.1.3. цих Загальних умов (надаються оригінали документів, що підтверджують оплату послуг спеціалізованого транспорту (або іншого транспорту), який використовувала Застрахована особа;

**8.2.2. *За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.4. цих Загальних умов (репатріація (медична евакуація) Застрахованої особи із-за кордону, у зв'язку з подією, передбаченою п.п. 2.2.1.1.- 2.2.1.3. цих Загальних умов):***

8.2.2.1. оригінал медичного висновку (довідка закладу охорони здоров'я) про можливість здійснення медичної евакуації Застрахованої особи;

8.2.2.2. договір про послуги медичної евакуації (за наявності);

8.2.2.3. оригінали рахунків та документів, які підтверджують оплату спеціалізованого транспорту, або іншого, яким здійснювалася медична евакуація.

8.2.3. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.5. цих Загальних умов (**репатріація тіла Застрахованої особи із-за кордону**):

8.2.3.1. лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи (згідно з законодавством країни перебування);

8.2.3.2. протокол розтину, або акт судово-медичної експертизи (якщо лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи не оформлювалося в країні перебування);

8.2.3.3. оригінали документів, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким здійснювалася репатріація;

8.2.3.4. у випадку оплати процедур оформлення документів, процедур з підготовки тіла до репатріації, кремації або поховання за кордоном – оригінали фінансових документів про оплату даних послуг, із зазначенням виду послуги.

8.2.4. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.6. цих Загальних умов (**дорожньо-транспортна пригода та/або поломка транспортного засобу, який використовує Застрахована особа для здійснення подорожі (поїздки)**):

8.2.4.1. документи, що підтверджують оплату послуг буксирування транспортного засобу до найближчого місця ремонту;

8.2.4.2. документи, що підтверджують вартість доставки запасних частин, у разі пошкодження в дорожньо-транспортній пригоді або поломки транспортного засобу Застрахованої особи.

8.2.5. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.7. цих Загальних умов (**порушення прав Застрахованої особи та/або виникнення спору (включаючи загрозу виникнення таких випадків), викликаних офіційними претензіями третіх осіб під час здійснення подорожі (поїздки)**): За послугою «Відшкодування витрат на юридичний захист» страхова виплата може бути здійснена виключно за умови, якщо Застрахованій особі пред'явлено судовий позов.

8.2.5.1. судовий позов; рішення (вирок) суду, що набрало законної сили;

8.2.5.2. документи, що підтверджують оплату вартості послуг адвоката.

8.2.6. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.8. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані зі скасуванням або затримкою авіарейсу більш ніж на 4 години**):

8.2.6.1. документи, що підтверджують відміну авіарейсу або його затримку на певний час (відмітка на квитку, довідка з аеропорту або від авіакомпанії тощо з зазначенням точного часу затримки);

8.2.6.2. документи, що підтверджують оплату придбання їжі та проживання в готелі.

8.2.7. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.9. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані з втратою багажу, що перевозився повітряним транспортом (в тому числі його затримкою, більш ніж на 4 години)**):

8.2.7.1. документи, що підтверджують втрату (або затримку) зареєстрованого багажу (довідка з аеропорту або від авіакомпанії тощо);

8.2.7.2. документи, що підтверджують оплату придбання речей першої необхідності та необхідного одягу (касові та товарні чеки).

8.2.8. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.10. цих Загальних умов (**витрати, пов'язані з постановкою в стоп-лист та відновлення банківської карти Застрахованої особи**):

8.2.8.1. документи, що підтверджують оплату наданих послуг.

8.2.9. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.11. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані із втратою або крадіжкою документів**):

8.2.9.1. документи, що підтверджують оплату наданих послуг по переоформленню документів.

8.2.10. За ризиком, зазначеним у п. 2.2.1.12. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані з телефонним повідомленням Асистуючої компанії про настання страхового випадку**):

8.2.10.1. документ, що підтверджує витрати на телефонне повідомлення, в тому числі довідка мобільного оператора.

8.2.11. За ризиками, зазначеним у п.п. 2.2.2.1. - 2.2.2.6. цих Загальних умов (**смерть Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком, що стався під час подорожі (поїздки); встановлення**

*інвалідності Застрахованій особі I групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки); встановлення інвалідності Застрахованій особі II групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки); встановлення інвалідності Застрахованій особі III групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки); встановлення Застрахованій особі статусу «Дитина з інвалідністю»; травматичне ушкодження та функціональне ушкодження у Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки):*

8.2.11.1. оригінал довідки (медичного звіту) з закладу охорони здоров'я (на бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища та імені Застрахованої особи, остаточного діагнозу, інформації про окремі діагностичні та лікувальні процедури та дати їх проведення;

8.2.11.2. рентгенологічні знімки, висновки лабораторних, інструментальних методів дослідження, документи інших досліджень, що стосуються нещасного випадку;

8.2.11.3. результати досліджень крові Застрахованої особи на наявність алкоголю та наркотичних речовин;

8.2.11.4. матеріали про відомості, пов'язані зі страховим випадком від правоохоронних та судових органів, якими було розпочато кримінальне провадження або судове провадження, щодо обставин та причин настання події;

8.2.11.5. документи, видані медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), що підтверджують встановлення групи інвалідності (при встановленні відповідної групи інвалідності);

8.2.11.6. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку подається:

- лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи (згідно з законодавством країни перебування);
- протокол розтину, або акт судово-медичної експертизи (якщо лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи не оформлювалося в країні перебування).

8.2.12. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.3.1. цих Загальних умов (**заподіяння Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) ненавмисної шкоди потерпілій третій особі та/або її майну, внаслідок чого настає цивільно-правова відповідальність такої Застрахованої особи**):

8.2.12.1. офіційні документи (довідки, протоколи, акти, експертизи тощо) компетентних органів країни перебування (поліції, пожежної охорони, рятувальних служб, органів влади, медичних установ, аварійних служб тощо) щодо встановлення факту заподіяння шкоди третім особам із зазначенням її причини;

8.2.12.2. рішення суду (якщо обов'язковість надання передбачена умовами Договору страхування);

8.2.12.3. письмові претензії третіх осіб про відшкодування шкоди (збитків);

8.2.12.4. документи, що встановлюють розмір заподіяної шкоди (збитків) третій особі;

8.2.12.5. документи, що підтверджують задоволення Застрахованою особою претензій третіх осіб (якщо Застрахована особа самостійно відшкодувала заподіяну шкоду (збитки));

8.2.12.6. документи компетентних органів або суду, що підтверджують звільнення Застрахованої особи від відповідальності за відшкодування шкоди (збитків).

8.2.13. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.1. цих Загальних умов (**витрати на візит близького родича для відвідування Застрахованої особи, що перебуває на стаціонарному лікуванні під час здійснення подорожі (поїздки)**):

8.2.13.1. документально підтверджена рекомендація лікаря про необхідність відвідування Застрахованої особи;

8.2.13.2. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду близького родича Застрахованої особи;

8.2.13.3. документи, що підтверджують родинні зв'язки відвідувача із Застрахованою особою.

8.2.14. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.2. цих Загальних умов (**витрати на проїзд в країну постійного проживання однієї особи, що супроводжує Застраховану особу, у випадку госпіталізації або смерті Застрахованої особи**):

8.2.14.1. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання.

8.2.14.2. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду особи, що супроводжує Застраховану особу;

8.2.14.3. медичні документи, що підтверджують факт стаціонарного лікування Застрахованої особи або свідоцтво про її смерть.

8.2.15. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.3. цих Загальних умов (**витрати, пов'язані з евакуацією дитини (дітей) віком до 16 років, які залишилися без нагляду дорослої особи через хворобу або смерть Застрахованої особи**):

8.2.15.1. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду дитини (дітей) до 16 років та, у разі необхідності, супроводжуючої особи до місця постійного проживання;

8.2.15.2. довідка про смерть Застрахованої особи у випадку її смерті;

8.2.15.3. медичні документи, що підтверджують факт захворювання Застрахованої особи або нещасного випадку із Застрахованою особою на момент евакуації дитини (оригінал довідки (медичного звіту) з закладу охорони здоров'я (на бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища та імені Застрахованої особи, остаточного діагнозу).

8.2.16. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.4. цих Загальних умов (**витрати на дострокове повернення Застрахованої особи (окрім медичної евакуації) до країни постійного проживання за дозволом лікарів, у зв'язку з неможливістю продовження подорожі (поїздки) за станом здоров'я**):

8.2.16.1. медичні документи з рекомендаціями подальшого реабілітаційного лікування;

8.2.16.2. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання. При цьому, дата повернення до місця постійного проживання Застрахованої особи у проїзних документах не може бути пізнішою, ніж дата, зазначена в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

8.2.17. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.5. цих Загальних умов (**витрати на транспортування (за виключенням медичної евакуації) економкласом в країну постійного проживання після лікування в стаціонарі після закінчення терміну дії Договору страхування**):

8.2.17.1. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання;

8.2.18. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.6. цих Загальних умов (**витрати, пов'язані з перебуванням Застрахованої особи за кордоном після завершення дії Договору страхування, якщо її повернення в країну постійного проживання неможливе одразу після виписки з лікарні**):

8.2.18.1. документи, що підтверджують факт оплати вартості проживання в готелі;

8.2.18.2. медичні документи, що підтверджують неможливість здійснення поїздки одразу після виписки з лікарні.

8.2.19. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.7. цих Загальних умов (**витрати, пов'язані з проживанням в готелі однієї особи, що супроводжує Застраховану особу в закордонній поїзді, після закінчення терміну дії Договору страхування, якщо Застрахована особа перебуває на стаціонарному лікуванні**):

8.2.19.1. документи, що підтверджують факт оплати вартості проживання в готелі;

8.2.19.2. медичні документи, що підтверджують факт стаціонарного лікування Застрахованої особи.

8.2.20. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.8. цих Загальних умов (**витрати, пов'язані із достроковим поверненням Застрахованої особи із-за кордону у зв'язку зі смертю її близьких родичів**):

8.2.20.1. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання;

8.2.20.2. свідоцтво про смерть близького родича Застрахованої особи;

8.2.20.3. документи, що підтверджують родинні зв'язки померлого із Застрахованою особою.

8.2.21. За ризиком, зазначеним в п. 2.2.4.9. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи на візу у випадку відмови у її видачі**):

8.2.21.1. оригінали документів (або копії, завірені та засвідчені належним чином Застрахованою особою, у випадку вилучення оригіналів разом з іншими документами для візи), що підтверджують оплату наданих послуг (візовий та сервісний збір) та рішення консульського відділу про відмову у візі (за умови, якщо подання документів на візу відбулося не раніше дати укладання договору страхування). Банківські витрати не відшкодовуються.

8.3. Крім документів, передбачених п. 8.2. цих Загальних умов, Страховику мають бути надані наступні документи:

8.3.1. заява про страховий випадок (за формою Страховика);

8.3.2. копію Договору страхування;

8.3.3. копія паспорту громадянина України або іншої країни, якщо особа, яка отримує страхову виплату має інше громадянство (або копія іншого документу, що засвідчує особу);

8.3.4. копія документу про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП);

8.3.5. оригінал або копію паспорту громадянина України для виїзду за кордон (або іншої країни, якщо Застрахована особа має інше громадянство) з відмітками про перетин кордону. Якщо Застрахована особа має Договір страхування для багаторазових поїздок (ліміт перебування за кордоном менший за Період страхування) та надання вказаних документів, на підставі яких Застрахована особа перетинала кордон України, є неможливим або надається документ, який не передбачає встановлення відміток про перетин державного кордону України, Застрахована особа зобов'язана надати довідку з ДПСУ, в якій зазначається інформація про перетин державного кордону України за період, починаючи з дати, зазначеної в Договорі, як дата початку Періоду страхування до дати настання події, що має ознаки страхового випадку;

8.3.6. спадкоємці додатково подають свідоцтво про смерть Застрахованої особи та свідоцтво про право на спадщину із зазначенням частки у спадщині кожного із спадкоємців.

8.4. Конкретний перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитку), а також форма, спосіб та порядок подання таких документів визначається Договором страхування.

## 9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, передбаченими п.п.2.2.1.1.-2.2.1.5. цих Загальних умов (**гостре захворювання, що сталося під час подорожі (поїздки); загострення хронічного захворювання, що сталося під час подорожі (поїздки); розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки); репатріація (медична евакуація) Застрахованої особи із-за кордону, у зв'язку з подією, передбаченою п.п. 2.2.1.1.- 2.2.1.3. цих Загальних умов; репатріація тіла Застрахованої особи із-за кордону**), визначається на підставі документів, що встановлюють вартість фактично наданої медичної допомоги або інших послуг, передбачених Договором страхування. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування та розмір прямого збитку, заподіяного Застрахованій особі.

9.2. Страхова виплата за подією, передбаченою п. 2.2.1.6. цих Загальних умов (**дорожньо-транспортна пригода та/або поломка транспортного засобу, який використовує Застрахована особа для здійснення подорожі (поїздки)**), визначається на підставі документів:

- що встановлюють вартість послуг буксирування транспортного засобу Застрахованої особи до найближчого місця ремонту та/або доставки запасних частин;

- що встановлюють вартість доставки необхідних запасних частин для ремонту пошкодженого транспортного засобу Застрахованої особи.

При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування та розмір прямого збитку, заподіяного Застрахованій особі.

9.3. Страхова виплата за подією, передбаченою п. 2.2.1.7. цих Загальних умов (**порушення прав Застрахованої особи та/або виникнення спору (включаючи загрозу виникнення таких випадків), викликаних офіційними претензіями третіх осіб під час здійснення подорожі (поїздки)**), визначається на підставі документів, що встановлюють вартість послуг адвоката (послуг професійної правової допомоги), наданих Застрахованій особі. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування та розмір прямого збитку, заподіяного Застрахованій особі.

9.4. Страхова виплата за подією, передбаченою у п. 2.2.1.8. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані зі скасуванням або затримкою авіарейсу більш ніж на 4 години**)

визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на придбання їжі та проживання в готелі, в межах обсягу зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.5. Страхова виплата за подією, передбаченою у п. 2.2.1.9. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані з втратою багажу, що перевозився повітряним транспортом (в тому числі його затримкою, більш ніж на 4 години)**) визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на придбання нею речей першої необхідності та необхідного одягу, в межах обсягу зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.6. Страхова виплата за подією, передбаченою у п. 2.2.1.10. цих Загальних умов (**витрати, пов'язані з постановкою в стоп-лист та відновлення банківської карти Застрахованої особи**) визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на оплату відповідних банківських послуг стосовно блокування банківської картки та її відновленням. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.7. Страхова виплата за подією, передбаченою у п. 2.2.1.11. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані із втратою або крадіжкою документів**) визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на переоформлення документів під час подорожі (поїздки) в межах зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.8. Страхова виплата за подією, передбаченою у п. 2.2.1.12. цих Загальних умов (**витрати Застрахованої особи, пов'язані з телефонним повідомленням Асистуючої компанії про настання страхового випадку**) визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на телефонне повідомлення, в межах зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.9. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, передбаченими п.п. 2.2.2.1. – 2.2.2.6 цих Загальних умов, визначається в межах страхової суми, встановленої за даним класом страхування та розраховується наступним чином:

9.9.1. у разі смерті Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком, що стався під час подорожі (поїздки) – в розмірі 100% страхової суми;

9.9.2. у разі встановлення інвалідності Застрахованій особі I групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки) – 100% страхової суми;

9.9.3. у разі встановлення інвалідності Застрахованій особі II групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки) – 75% страхової суми;

9.9.4. у разі встановлення інвалідності Застрахованій особі III групи внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки) – 50% страхової суми;

9.9.5. у разі встановлення Застрахованій особі статусу «Дитина з інвалідністю» – 100% страхової суми;

9.9.6. травматичне ушкодження та функціональне ушкодження у Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки) – згідно з Таблицею розмірів страхових виплат у разі травматичних ушкоджень та функціональних розладів внаслідок нещасного випадку (Додаток 1 до цих Загальних умов).

9.9.7. Якщо Застрахована особа отримала страхову виплату за травматичне ушкодження внаслідок нещасного випадку, а потім настане її смерть або інвалідність внаслідок того ж нещасного випадку, то при розрахунку суми страхової виплати - із суми, належної до виплати за цими випадками, вираховується раніше здійснена страхова виплата.

9.9.8. В будь-якому разі сума страхових виплат в зв'язку з одним чи декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування.

9.10. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подією, передбаченою п. 2.2.3.1 цих Загальних умов (**заподіяння Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) ненавмисної шкоди потерпілій третій особі та/або її майну, внаслідок чого настає цивільно-правова відповідальність такої Застрахованої особи**) визначається на підставі рішення суду, яким встановлено розмір шкоди (збитків) спричинений третій особі, діями/бездіяльністю Застрахованої особи або добровільного (за умови попередньої письмової згоди Страховика) визнання Застрахованою особою розміру її відповідальності за

независиме заподіяння шкоди третій особі. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.11. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, передбаченими п.п. 2.2.4.1. – 2.2.4.8. цих Загальних умов (*витрати на візит близького родича для відвідування Застрахованої особи, що перебуває на стаціонарному лікуванні під час здійснення подорожі (поїздки); витрати на проїзд в країну постійного проживання однієї особи, що супроводжує Застраховану особу, у випадку госпіталізації або смерті Застрахованої особи; витрати, пов'язані з евакуацією дитини (дітей) віком до 16 років, які залишилися без нагляду дорослої особи через хворобу або смерть Застрахованої особи; витрати на дострокове повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання за дозволом лікарів, у зв'язку з неможливістю продовження подорожі (поїздки) за станом здоров'я; витрати на транспортування (за виключенням медичної евакуації) економкласом в країну постійного проживання після лікування в стаціонарі після закінчення терміну дії Договору страхування; витрати, пов'язані з перебуванням Застрахованої особи за кордоном після завершення дії Договору страхування, якщо її повернення в країну постійного проживання неможливе одразу після виписки з лікарні; витрати, пов'язані з проживанням в готелі однієї особи, що супроводжує Застраховану особу в закордонній поїздки, після закінчення терміну дії Договору страхування, якщо Застрахована особа перебуває на стаціонарному лікуванні; витрати, пов'язані із достроковим поверненням Застрахованої особи із-за кордону у зв'язку зі смертю її близьких родичів)* –

визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи та/або іншої особи відповідно до умов страхування. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.12. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подією, передбаченою п. 2.2.4.9. цих Загальних умов (*витрати Застрахованої особи на візу, у випадку відмови у її видачі*) визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на сплату візового та сервісного збору (банківські витрати не відшкодовуються), в межах обсягу зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

9.13. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (близькі родичі Застрахованої особи, особа, яка понесла витрати згідно з умовами Договору страхування) повинна/-ні звернутись до Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів після повернення з подорожі (поїздки).

9.14. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати (складає страховий акт) або про відмову у страховій виплаті у строк, визначений Договором страхування, після отримання останнього документу, необхідного для прийняття рішення по заявленому випадку.

9.15. Страховик здійснює страхову виплату у строк, визначений Договором страхування, згідно з умовами Договору страхування на підставі заяви Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача та страхового акту, який складається Страховиком у встановленій ним формі.

9.16. Страховик здійснює страхову виплату шляхом:

9.16.1. оплати наданих послуг опосередковано через Асистуючу компанію закладам, що надали допомогу Застрахованій особі в рамках Договору страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги або допомоги, що з нею пов'язана. Форма документів та строки розрахунків погоджуються Страховиком, Асистуючою компанією та закладом, що надав послуги Застрахованій особі;

9.16.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі, якщо Застрахована особа самостійно організувала та/або оплачувала послуги в рамках Договору страхування, і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією/Страховиком або передбачено Договором страхування, за умови надання всіх необхідних документів, що передбачені Договором страхування.

9.17. Страховик має право здійснити страхову виплату третій особі, що організувала та оплачувала послуги невідкладної медичної допомоги та/ або репатріації тіла із-за кордону, у випадку, якщо такі витрати були узгоджені із Асистуючою компанією або Страховиком.

9.18. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхову виплату при настанні страхового випадку отримують її законні представники.



9.19. У разі визначення у Договорі страхування декількох Вигодонабувачів страхова виплата розподіляється між ними рівними частинами, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.20. Страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України.

9.21. Страхова виплата за послуги, надані Застрахованій особі за кордоном, здійснюється в національній валюті України згідно офіційного курсу Національного банку України на дату здійснення нею таких витрат.

9.22. У разі прийняття Страховиком рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик протягом строку, визначеного Договором страхування після прийняття відповідного рішення, письмово повідомляє Застраховану особу (іншу особу, яка звернулася із заявою про страхову виплату) про прийняте рішення з обґрунтуванням причин відмови.

9.23. У випадку відмови у страховій виплаті Страховик протягом строку, визначеного Договором страхування після прийняття відповідного рішення, письмово повідомляє Застраховану особу (іншу особу, яка звернулася із заявою про страхову виплату) про прийняте рішення з обґрунтуванням причин відмови.

9.24. Загальна сума виплат за декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування щодо такої Застрахованої особи.

9.25. В будь-якому разі сума страхових виплат в зв'язку з одним чи декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування.

9.26. Страховик здійснює страхову виплату у строк, визначений Договором страхування.

## 10. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ/ ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

10.1. Підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку (крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями);

10.1.2. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

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;

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

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

10.1.6. інші підстави, визначені законодавством та умовами Договору страхування.

10.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик письмово повідомляє Застраховану особу/ Вигодонабувача про відмову у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття ним рішення, з обґрунтуванням причини відмови.

## 11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Претензії та скарги щодо надання страхових послуг за Договором страхування приймаються Страховиком у письмовому вигляді, шляхом направлення їх на адресу Страховика:

**04112, м. Київ, вул. Дегтярівська, 62 (в електронному вигляді на адресу електронної пошти [for-pzi@pzi.com.ua](mailto:for-pzi@pzi.com.ua)).**

11.2. Спори щодо виконання умов Договору страхування вирішуються шляхом переговорів.

11.3. При неможливості врегулювання спірних питань шляхом переговорів, спір вирішується у судовому порядку згідно з законодавством України.

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

**ТОВ «СОС Сервіс Україна»**

**тел. +380 44 500 68 70**

**e-mail: [medex@sos-service.com.ua](mailto:medex@sos-service.com.ua)**

**телефон у Польщі: +48 22 308 22 22**

**для відправки документів та для замовлення зворотного зв'язку Viber: +38 067 443 87 06**



Додаток 1 до Загальних умов комплексного страхового продукту  
«Страхування подорожуючих за кордон»

**ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ У РАЗІ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ  
ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ**

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
<b>КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА</b>		
<b>1</b>	<b>ПЕРЕЛОМ КІСТОК ЧЕРЕПА:</b>	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
<b>2</b>	<b>ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ ТРАВМАТИЧНІ ГЕМАТОМИ:</b>	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
<b>3</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:</b>	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 3/5 до 13 днів включно	2
	б) струс головного мозку при терміні лікування 14 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10
	г) не вилучені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розтрощення речовини головного мозку (без вказівки симптоматики)	30
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилися оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
2. У тому випадку, коли в результаті однієї травми наступлять ушкодження, перераховані в одній статті, страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
<b>4</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (ТРАВМАТИЧНЕ, ТОКСИЧНЕ, ГІПОКСИЧНЕ), ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВИНИКНЕННЯ:</b>	
	а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей у віці до 16 років	5
	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	10
	в) епілепсії	15
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	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, деменції	70

	з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	100
Примітки:		
1. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми нервової системи, зазначеними в ст. 4, здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичною установою не раніше 3 місяців із дня травми і підтверджені довідкою цієї установи. При цьому страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку зі страховими подіями, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100%.		
2. У тому випадку, якщо страхувальником представлені довідки про лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється по статтях 1,2, 3, 5, 6 і ст.4 шляхом підсумовування.		
3. При зниженні гостроти зору або зниженні слуху в результаті черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і зазначених ускладнень по відповідних статтях шляхом підсумовування.		
<b>5</b>	<b>ПЕРИФЕРИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ</b>	10
Примітка: якщо uszkodження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється по ст.1; ст.5 при цьому не застосовується.		
<b>6</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, КІНСЬКОГО ХВОСТА, ПОЛІОМІЄЛІТ, БЕЗ ВКАЗІВКИ СИМПТОМІВ:</b>	
	а) струс	5
	б) забій	10
	в) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний розрив спинного мозку	100
Примітки:		
1. У тому випадку, якщо страхова виплата була здійснена по ст.6 (а, б, в, г), але надалі виникли ускладнення, перераховані в ст.4 і підтверджені довідкою лікувально-профілактичної установи, страхова виплата по ст.4 здійснюється додатково до виплаченої раніше.		
2. Якщо в зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
<b>7</b>	<b>ТРАВМАТИЧНІ НЕВРИТИ НА ОДНІЙ КІНЦІВЦІ (ЗА ВИНЯТКОМ НЕВРИТІВ ПАЛЬЦЕВИХ НЕРВІВ)</b>	5
<b>8</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ПОРАНЕННЯ) ШИЙНОГО, ПЛЕЧОВОГО, ПОПЕРЕКОВОГО, КРИЖОВОГО СПЛЕТЕНЬ</b>	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетення	40
	в) розрив сплетення	70
Примітки:		
1. Ст.7 і 8 одночасно не застосовуються.		
2. Невралгії, невропатії, що виникли в зв'язку з травмою, не дають підстав для страхової виплати.		
<b>9</b>	<b>РОЗРИВ НЕРВІВ:</b>	
	а) гілка променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового або великогомілкового	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів	20
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного або стегнового	25
	д) двох і більше: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового	40

	д) Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи і кисті (сумарно)				0	
<b>ОРГАНИ ЗОРУ</b>						
<b>10</b>	<b>- ПАРАЛІЧ АКОМОДАЦІЇ ОДНОГО ОКА</b>				15	
<b>11</b>	<b>ГЕМІАНОПСІЯ (ВИПАДІННЯ ПОЛОВИНИ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА), УШКОДЖЕННЯ М'ЯЗІВ ОЧНОГО ЯБЛУКА (ТРАВМАТИЧНА КОСООКІСТЬ, ПТОЗ, ДИПЛОПІЯ)</b>				15	
<b>12</b>	<b>ЗВУЖЕННЯ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА:</b>					
	а) Неконцентричне				10	
	б) Концентричне				15	
<b>13</b>	Пульсуючий екзофтальм одного ока				20	
<b>14</b>	Ушкодження ока, що не призвело до зниження гостроти зору:					
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема				2	
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II, III ступеня, гемофтальм				5	
<b>Примітки:</b>						
1. Опіки ока без вказівки ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для страхової виплати.						
2. У тому випадку, якщо ушкодження, перераховані в ст. 14, спричинять зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється у відповідності зі ст. 20. Стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з пошкодженням очного яблука проводилось виплати згідно із ст.14, але травма в подальшому ускладнилась зниженням гостроти зору, то це дає підставу для здійснення страхової виплати у більшому розмірі, проведена раніше страхова виплата утримується.						
3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстави для страхової виплати.						
<b>15</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СЛЬОЗОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ОДНОГО ОКА:</b>					
	а) що не спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів				5	
	б) що спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів				10	
<b>16</b>	<b>НАСЛІДКИ ТРАВМИ ОКА:</b>					
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт				5	
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот віка, не вилучені сторонні тіла в очному яблуці і тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука і віка (за винятком шкіри)				10	
<b>Примітки:</b>						
1. Якщо в результаті однієї травми наступлять кілька патологічних змін, перерахованих у ст. 16, страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш важкої травми одноразово.						
2. У тому випадку, якщо лікар-окуліст не раніше, ніж через 3 місяці після травми ока установить, що існують патологічні зміни, перераховані в ст. 10, 11, 12, 13, 15б, 16, і зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням усіх наслідків шляхом підсумовування, але не більш 50% за одне око.						
<b>17</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОКА (ОДНОГО ЧИ ДВОХ), ЩО СПРИЧИНИЛО ПОВНУ ВТРАТУ ЗОРУ ОДНОГО ОКА АБО ОБОХ ОЧЕЙ, ЩО ВОЛОДЛИ ЗОРОМ НЕ НИЖЧЕ 0,01</b>				100	
<b>18</b>	<b>- ВИДАЛЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ ОЧНОГО ЯБЛУКА СЛІПОГО ОКА</b>				10	
<b>19</b>	<b>ПЕРЕЛОМ ОРБИТИ</b>				10	
<b>20</b>	<b>Зниження гостроти зору (згідно таблиці):</b>					
	<b>Гострота зору</b>		<b>Розмір страхової виплати, % від страхової суми</b>	<b>Гострота зору</b>		<b>Розмір страхової виплати, % від страхової суми</b>
	До травми	Після травми		До травми	Після травми	

1,0	0,9	3	0,6	0,5	5
	0,8	5		0,4	5
	0,7	5		0,3	10
	0,6	10		0,2	10
	0,5	10		0,1	15
	0,4	10		нижче	
	0,3	15		0,1	20
	0,2	20		0,0	25
	0,1	30			
	нижче				
	0,1	40	0,5	0,4	5
	0,0	50			0,3
0,9	0,8	3		0,2	10
	0,7	5		0,1	10
	0,6	5		нижче	
	0,5	10		0,1	15
	0,4	10		0,0	20
	0,3	15	0,4	0,3	5
	0,2	20			0,2
	0,1	30		0,1	10
	нижче			нижче	
	0,1	40		0,1	15
	0,0	50		0,0	20
0,8	0,7	3	0,3	0,2	5
	0,6	5			0,1
	0,5	10		нижче	
	0,4	10		0,1	10
	0,3	15		0,0	20
	0,2	20	0,2	0,1	5
	0,1	30			нижче
	нижче			0,1	10
	0,1	40		0,0	20
	0,0	50			
0,7	0,6	3	0,1	нижче	
	0,5	5			0,1
	0,4	10		0,0	20
	0,3	10	нижче		
	0,2	15			0,0
	0,1	20			
	нижче				
	0,1	30			
	0,0	40			

Примітки:		
1. Рішення про страхову виплату в зв'язку зі зниженням у результаті травми гостроти зору й інших наслідків приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців із дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) і інших наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по ст. 14, 15а, 19.		
- 2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то умовно варто вважати, що вона була такою, як у неушкодженого. Однак, якщо гострота зору непошкодженого ока виявиться нижчою, ніж пошкодженого, умовно варто вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.		
3. Якщо в результаті травми були ушкоджені обидва ока і дані про гостроту зору до травми відсутні, варто умовно вважати, що гострота зору їх складала 1,0.		
4. У тому випадку, якщо в зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована лінза, що коригує, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.		
<b>21</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ВУШНОЇ РАКОВИНИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) перелом хряща	2
	б) відсутність до 1/3 частини вушної раковини	5
	в) відсутність 1/3-1/2 частини вушної раковини	10
	г) відсутність більше ніж 1/2 частини вушної раковини	30
Примітка: рішення про здійснення страхової виплати по ст. 21 (б, в, г) приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння ран. Якщо страхова виплата здійснена по ст. 21, то ст. 58 не застосовується.		
<b>22</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ:</b>	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5
	б) шепітна мова - до 1 м	15
	в) повна глухота (розмовна мова – 0)	25
Примітка: рішення про здійснення страхової виплати в зв'язку зі зниженням слуху у результаті травми приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців із дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до Лор-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по ст. 23, 24а (якщо на це є підстави)		
<b>23</b>	<b>РОЗРИВ ОДНІЄЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ, ЩО НАСТУПИВ У РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ, І ЯКИЙ НЕ СПРИЧИНИВ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ</b>	5
Примітки:		
- 1. Якщо в результаті травми відбувся розрив барабанної перетинки і настало зниження слуху, страхова виплата визначається по ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується.		
2. Якщо розрив барабанної перетинки відбувся в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка), ст. 23 не застосовується.		
<b>24</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОТИТ:</b>	
	а) гострий гнійний	3
	б) хронічний	5
Примітка: страхова виплата по ст. 24 б здійснюється додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено Лор-фахівцем після закінчення трьох місяців після травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми по відповідній статті.		
<b>ДИХАЛЬНА СИСТЕМА</b>		
<b>25</b>	<b>ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ КІСТОК, ХРЯЩА НОСА, ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ, ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ, ГРАТЧАСТОЇ КІСТКИ</b>	5

Примітка: якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа наступить його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичної установи і результатами огляду, страхова виплата проводиться по ст. 25 і 58 (якщо є підстави для застосування цієї статті) шляхом підсумовування.		
<b>26</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ЛЕГЕНІВ, ПІДШКІРНА ЕМФІЗЕМА, ГЕМОТОРАКС, ПНЕВМОТОРАКС, ПНЕВМОНІЯ, ЕКСУДАТИВНИЙ ПЛЕВРИТ, СТОРОННЄ ТІЛО (ТІЛА) ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ:</b>	
	а) з однієї сторони	5
	б) із двох сторін	10
Примітки: 1. Пневмонія, що розвилася в період лікування травми або після оперативного втручання, зробленого з приводу травми (за винятком ушкоджень грудної клітки й органів грудної порожнини), не дає підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо переломи ребер, грудини спричинили ускладнення, передбачені ст.26, страхова виплата по цій статті виплачується додатково до ст.28, 29.		
<b>27</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЇЇ ОРГАНІВ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) легеневу недостатність (яка виникла через 3 місяці із дня травми)	10
	б) видалення частки, частини легенів	40
	в) видалення однієї легені	60
Примітка: при здійсненні страхової виплати по ст. 27 (б, в) ст. 27 а) не застосовується.		
<b>28</b>	<b>- ПЕРЕЛОМ ГРУДИНИ</b>	5
<b>29</b>	<b>ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО РЕБРА</b>	3
Примітки: 1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах. - 2. Перелом хрящової частини ребра дає підстави для здійснення страхової виплати. 3. Якщо в довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних установ, буде зазначена різна кількість ушкоджених ребер, страхова виплата здійснюється з урахуванням більшого числа ребер.		
<b>30</b>	<b>ПРОНИКАЮЧЕ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ТОРАКОСКОПІЯ, ТОРАКОЦЕНТЕЗ, ТОРАКОТОМІЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ:</b>	
	а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребує проведення торакотомії	5
	<b>торакотомія:</b>	
	б) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) при ушкодженні органів грудної порожнини	15
	г) повторні торакотомії (незалежно від їхньої кількості)	10
Примітки: - 1. Якщо в зв'язку з ушкодженням грудної клітки і її органів було зроблене видалення легенів або їх частини, страхова виплата здійснюється у відповідності із ст.27; ст.30 при цьому не застосовується; ст.30 і 26 одночасно не застосовуються. 2. Якщо в зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найбільш складного втручання одноразово.		
<b>31</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ПЕРЕЛОМ ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ОПК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ</b>	5
Примітка: якщо в зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.		
<b>32</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ТРАХЕОСТОМІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а)охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш 3 місяців після травми	10



	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш 6 місяців після травми	20
Примітка: страхова виплата по ст.32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою по ст.31. У тому випадку, якщо Страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила за собою порушення функції гортані або трахеї, необхідно одержати висновок фахівця через 3 місяці після травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється по ст.31.		
<b>СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА</b>		
<b>33</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ</b>	25
<b>34</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ:</b>	
	а) I ступеня	10
	б) II – III ступеня	25
Примітка: якщо в довідці ф.№195 не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється по ст. 34а.		
<b>35</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН (ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ) НА РІВНІ:</b>	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
<b>36</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ</b>	20
Примітки:		
1. До великих магістральних судин варто відносити: аорту, легеневу, сонні артерії, безіменну вену, внутрішні яремні вени, верхню і нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів.		
До великих периферичних судин варто відносити: підключичні, пахвові, плечові, ліктьові і променеві артерії, клубова, стегнові, підколінні, передні і задні малогомілкові і великогомілкові артерії; плечеголовна, підключичні, пахвові, стегнові і підколінні вени.		
2. Якщо Страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, необхідно одержати висновок фахівця.		
3. Страхова виплата по ст. 34, 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені в лікувально-профілактичній установі після закінчення 3 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи. Раніше цього терміну виплата здійснюється по ст. 33, 35.		
4. Якщо в зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 5% страхової суми.		
<b>ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ</b>		
<b>37</b>	<b>ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, СКУЛОВОЇ КІСТКИ АБО НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ВИВИХ ЩЕЛЕПИ:</b>	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5
	б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
Примітки:		
1. При переломі щелепи, що випадково наступила під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.		
2. Перелом альвеолярного відростка, що наступив при втраті зубів, не дає підстави для страхової виплати.		
3. Якщо в зв'язку з травмою щелеп, виличної кістки проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
<b>38</b>	<b>- ЗВИЧНИЙ ВИВИХ ЩЕЛЕПИ</b>	10
Примітка: при звичному вивиху нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, виплаченої по ст.37. При рецидивах звичного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.		
<b>39</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ:</b>	

	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40
	б) щелепи	80
Примітки:		
1. При здійсненні страхової виплати в зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їхньої кількості.		
2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток страхової суми, що підлягає виплаті, визначається з урахуванням цих ушкоджень по відповідних статтях шляхом підсумовування.		
3. При здійсненні страхової виплати по ст.39 додаткова виплата за оперативні втручання не проводиться.		
<b>40</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ПОРОЖНИНИ РОТА (ПОРАНЕННЯ, ОПІК, ВІДМОРОЖЕННЯ), ЯКЕ СПРИЧИНИЛО УТВОРЕННЯ РУБЦІВ (НЕЗАЛЕЖНО ВІД ЇХНЬОГО РОЗМІРУ)</b>	3
<b>41</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відсутність кінчика язика	10
	б) відсутність дистальної третини язика	15
	в) відсутність язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	60
<b>42</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ЗУБІВ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відломлювання коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки, кореня), вивих зуба	2
	<b>втрату:</b>	
	б) 1 зуба	5
	в) 2-3 зубів	10
	г) 4-6 зубів	15
	д) 7-9 зубів	20
	е) 10 і більше зубів	25
Примітки:		
1. При переломі або втраті в результаті травми зубів з незмінними протезами страхова виплата не здійснюється з урахуванням втрати тільки опорних зубів. При ушкодженні в результаті травми змінних протезів страхова виплата не виплачується.		
2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей у віці до 5 років страхова виплата виплачується на загальних підставах.		
3. При втраті зубів і переломі щелепи розмір страхової виплати, що підлягає виплаті, визначається по ст.37 і 42 шляхом підсумовування.		
4. Якщо в зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата по ст.42а, а надалі цей зуб був вилучений, із страхової виплати, що підлягає виплаті, віднімається здійснені раніше страхові виплати.		
5. Якщо вилучений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах по ст.42, у випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.		
<b>43</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) ГЛОТКИ, СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, КИШЕЧНИКУ, А ТАКОЖ ЕЗОФАГОГАСТРОСКОПІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ЦИМИ УШКОДЖЕННЯМИ АБО З МЕТОЮ ВИДАЛЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, ЩО НЕ СПРИЧИНИЛО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ</b>	5
<b>44</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) СТРАВОХОДУ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) звуження стравоходу	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	100
Примітка: відсоток страхової суми, що підлягає виплаті по ст.44, визначається не раніше, ніж через 6 місяців із дня травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється попередньо по ст.43 і цей відсоток віднімається при ухваленні остаточного рішення.		

<b>45</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ОПІК, ПОРАНЕННЯ) ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ, ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5
	б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, вихідникового отвору	15
	в) спаєчну хворобу, стан після операції з приводу спаєчної непрохідності	25
	г) кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози	50
	д) протиприродний вихідниковий отвір (колостома)	100
Примітки:		
1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах «а», «б», «в», страхова виплата виплачується за умови, що ці ускладнення є тільки після закінчення 3 місяців з дня травми, а передбачені в пунктах «г» і «д» – після закінчення 6 місяців з дня травми. Зазначені ускладнення травми визнаються тільки в тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичної установи. Раніше цих термінів страхова виплата виплачується по ст.43 і цей відсоток не віднімається при ухваленні остаточного рішення.		
2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному підпункті, страхова виплата виплачується одноразово. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних підпунктах, страхова виплата виплачується з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
<b>46</b>	<b>Грижа, що утворилася на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в області післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої грижі</b>	10
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.46 виплачується додатково до страхової виплати, визначеної в зв'язку з травмою органів живота, якщо вона з'явилася як прямий наслідок цієї травми.		
2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові і пахово-мошонкові), що виникли в результаті підняття ваги, не дають підстав для страхової виплати.		
<b>47</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ АБО ВИПАДКОВОГО ГОСТРОГО ОТРУЄННЯ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) підкапсульний розрив печінки, що не потребує оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, що розвився безпосередньо в зв'язку з травмою, гепатоз	5
	б) печінкову недостатність	10
<b>48</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура	15
	б) ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки	25
	г) видалення частини печінки і жовчного міхура	35
<b>49</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребує оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30
<b>50</b>	<b>Ушкодження шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі, що спричинило:</b>	
	а) утворення несправжньої кісти підшлункової залози	20
	б) резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунка	60
Примітка: при наслідках травми, перерахованих в одному підпункті, страхова виплата виплачується одноразово. Однак, якщо травма різних органів спричинить ускладнення, зазначені в різних підпунктах, страхова виплата виплачується з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
<b>51</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЖИВОТА, У ЗВ'ЯЗКУ З ЯКИМИ ЗРОБЛЕНІ:</b>	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5

	б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	10
	в) лапаротомія при ушкодженні органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їхньої кількості)	10
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати по ст.47-50, стаття 51 (крім підпункту «г») не застосовується.		
2. Якщо в результаті однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька органів будуть вилучені, а інші – ушиті, страхова виплата виплачується по відповідних статтях і ст.51 одноразово.		
3. У тому випадку, коли в результаті однієї травми будуть ушкоджені органи травної, сечовидільної або статевої системи (без їхнього видалення), додатково виплачується страхова виплата по ст.55 (5%).		
<b>СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЄВА СИСТЕМИ</b>		
<b>52</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ НИРКИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребує оперативного втручання	5
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
<b>53</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ (НИРОК, СЕЧОВОДІВ, СЕЧОВОГО МІХУРА, СЕЧІВНИКА), ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) цистит, уретрит	5
	б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит	10
	в) зменшення обсягу сечового міхура	15
	г) гломерулонефрит, пієлонефрит, звуження сечоводу, сечівника	25
	д) синдром тривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, “краш-синдром”, синдром розтрошення), хронічну ниркову недостатність	30
	е) непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої свищі	40
Примітки:		
1. Якщо в результаті травми наступило порушення функції декількох органів сечостатевої системи, відсоток страхової суми, що підлягає виплаті, визначається по одному з підпунктів ст.53, що враховує найбільш важке ушкодження.		
2. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми, перерахованими в підпунктах «а», «в», «г», «д» і «е» ст.53, виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього терміну страхова виплата виплачується по ст.52 або 55(а) і цей відсоток не віднімається при ухваленні остаточного рішення.		
<b>54</b>	<b>ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:</b>	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, зроблені в зв'язку з травмою (незалежно від їхньої кількості)	10
Примітка: якщо в зв'язку з травмою було зроблене видалення нирки або її частин, страхова виплата виплачується по ст.52 (б, в); ст.54 при цьому не застосовується.		
<b>55</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СТАТЄВОЇ АБО СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:</b>	
	а) поранення, розрив, опік, відмороження	5
	б) згвалтування у віці:	
	до 15 років	50
	с 15 до 18 років	30
	18 років і більше	15
	в) викидень внаслідок нещасного випадку	30

Примітка: страхова виплата по ст. 55 виплачується на підставі постанови про порушення карної справи і рішення суду.		
<b>56</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО:</b>	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена	30
	в) втрати матки у жінок у віці:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	50 років і більше	15
	г) втрати статевого члена та обох яєчок	50
<b>57</b>	<b>ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ, ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) видалення однієї маткової труби, одного яєчника	15
	б) видалення обох маткових труб, обох яєчників	30
	в) втрату матки (у тому числі з придатками) у віці:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	50 років і більше	15
Примітка: у тих випадках, коли під час операції з приводу позаматкової вагітності одночасно з вагітною трубою видаляється (перев'язується) і друга маткова труба в зв'язку з її захворюванням або з метою стерилізації, страхова виплата виплачується по ст.57(а).		
<b>М'ЯКІ ТКАНИНИ</b>		
<b>58</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ, ПЕРЕДНЬОБОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПІДЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ, ВУШНИХ РАКОВИН, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ:</b>	
	а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см <sup>2</sup>	2
	б) утворення рубців площею 1,0 см <sup>2</sup> і більше або довжиною 5 см і більше	5
	в) значне порушення косметики	10
	г) різке порушення косметики	30
	д) спотворення	70
Примітки:		
1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, втягнені або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини. - Спотворення – це різка зміна природного виду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного або інших насильницьких впливів.		
2. Якщо в зв'язку з переломом кісток лицевого черепа зі зсувом відламків була зроблена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата виплачується з урахуванням перелому і післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тій чи іншій мірі.		
3. Якщо в результаті ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобоккової поверхні шиї, підщелепної області утворився рубець або пігментна пляма й у зв'язку з цим була виплачена відповідна частина страхової суми, а потім застрахований одержав другу травму, яка спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), знову виплачується страхова виплата з урахуванням наслідків повторної травми.		
<b>59</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ВОЛОСЯНОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ, ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ УТВОРЕННЯ РУБЦІВ ПЛОЩЕЮ:</b>	
	а) від 2,0 до 5,0 см <sup>2</sup> або довжиною 5 см і більше	2
	б) від 5 см <sup>2</sup> до 0,5% поверхні тіла	5
	в) від 0,5% до 2,0%	10
	г) від 2,0% до 4,0%	15
	д) від 4,0% до 6,0%	20
	е) від 6,0% до 8,0%	25

	ж) від 8,0% до 10,0%	30
	з) від 10,0% до 15,0%	35
	и) від 15,0% і більше	40
Примітки:		
1. 1 % поверхні досліджуваного тіла дорівнює площі долонної поверхні його кисті і пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, вимірюваної від променево-зап'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівок II-V п'ясткових кісток (без врахування I пальця).		
2. При визначенні площі рубців слід враховувати рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту враженої ділянки шкіри.		
3. Якщо страхова виплата виплачується за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і ін.), ст.59 не застосовується.		
<b>60</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО УТВОРЕННЯ ПІГМЕНТНИХ ПЛЯМ ПЛОЩЕЮ:</b>	
	а) від 1,0% до 2,0% поверхні тіла	3
	б) від 2,0% до 10,0%	5
	г) від 10,0% до 15,0%	10
	г) 15,0% і більше	15
Примітки:		
1. Рішення про страхову виплату по ст.58, 59 і 60 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння поверхні ран, але не раніше ніж 1 місяць після травми.		
2. Загальна сума виплат по ст.59 і 60 не повинна перевищувати 40%.		
<b>61</b>	<b>- ОПІКОВА ХВОРОБА, ОПІКОВИЙ ШОК</b>	10
Примітка: страхова виплата по ст.61 виплачується додатково до страхової виплати, виплачуваної в зв'язку з опіком.		
<b>62</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН:</b>	
	а) не вилучені сторонні тіла	2
	б) м'язова грижа, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площею не менш 2см <sup>2</sup> , розрив м'язів	3
	в) розрив сухожиль, за винятком пальців кисті, взяття ауто трансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата	5
Примітки:		
1. Страхова виплата в зв'язку з гематомою, що не розсмокталась, м'язовою грижею або посттравматичним періоститом виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення травми мають місце після закінчення 1 місяця з дня травми.		
2. Рішення про страхову виплату (разового відшкодування) по ст.62 приймається на підставі даних огляду, проведеного не раніше, ніж через 1 місяць після травми.		
<b>ХРЕБЕТ</b>		
<b>63</b>	<b>ПЕРЕЛОМ, ПЕРЕЛОМО-ВИВИХ АБО ВИВИХ ТІЛ, ДУЖОК І СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ І КУПРИКА):</b>	
	а) одного-двох	20
	б) трьох-п'яти	30
	в) шести і більше	40
<b>64</b>	<b>РОЗРИВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ЗВ'ЯЗОК (ПРИ ТЕРМІНІ ЛІКУВАННЯ НЕ МЕНШ 14 ДНІВ), ПІДВИВИХ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КУПРИКА)</b>	5
Примітка: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не здійснюється.		
<b>65</b>	<b>- ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО ПОПЕРЕЧНОГО АБО ОСТИСТОГО ВІДРОСТКА</b>	3
<b>66</b>	<b>ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ</b>	10
<b>67</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ КУПРИКА:</b>	
	а) підвивих куприкових хребців	2
	б) вивих куприкових хребців	5

	в) перелом куприкових хребців	10
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою хребта (у тому числі крижової кістки і куприка) проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.		
2. У тому випадку, якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата виплачується з урахуванням обох ушкоджень шляхом підсумовування.		
3. У тому випадку, якщо в результаті однієї травми відбудеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперечних або остистих відростків, страхова виплата виплачується по статті, що передбачає найбільш важке ушкодження, одноразово.		
<b>ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ</b>		
<b>68</b>	<b>ПЕРЕЛОМ ЛОПАТКИ, КЛЮЧИЦІ, ПОВНИЙ АБО ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО, ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СПОЛУЧЕНЬ:</b>	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного сполучення	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох сполучень або перелом, вивих однієї кістки і розрив одного сполучення, перелоמו-вивих ключиці	10
	в) розрив двох сполучень і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного сполучення	15
	г) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб)	15
Примітки:		
1. У випадку, якщо в зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в ст.68, проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. У випадку, якщо в зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про страхову виплату по ст.59 приймається за результатами огляду, проведеного після загоєння рани.		
3. Страхова сума в зв'язку з переломом, що не зрісся (несправжній суглоб) виплачується в тому випадку, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою установи. Ця виплата є додатковою.		
<b>ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>69</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА (СУГЛОБОВОЇ ЗАПАДИНИ ЛОПАТКИ, ГОЛІВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, АНАТОМІЧНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ, ГОРБИКІВ, СУГЛОБОВОЇ СУМКИ):</b>	
	а) розрив сухожилів, капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів (в тому числі великого горбика), перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча	5
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки і вивих плеча	10
	в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелоמו-вивих плеча	15
<b>70</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) звичний вивих плеча	15
	б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	в) «розбавтаний» плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	40
- Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.70 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженнями області плечового суглоба в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичною установою після закінчення <b>6 місяців</b> після травми і підтверджені довідкою цієї установи.		
2. У випадку, якщо в зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми.		
3. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.		
<b>ПЛЕЧЕ</b>		
<b>71</b>	<b>ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):</b>	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15

	б) подвійний перелом	20
<b>72</b>	<b>ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТИ, ЯКИЙ СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРИСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)</b>	45
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.72 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення будуть встановлені в лікувально-профілактичній установі після закінчення <b>9 місяців</b> після травми.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області плеча проводилося оперативне втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми.		
<b>73</b>	<b>ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ АБО ЇЇ ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:</b>	
	а) з лопаткою, ключицею або їхньою частиною	80
	б) плеча на будь-якому рівні	75
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100
Примітка: якщо страхова виплата виплачується по ст.73, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>74</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА:</b>	
	а) гемартроз, пронаційний підвих передпліччя	2
	б) відрив кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки в області суглобу, вивих кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки в області суглобу, вивих передпліччя (обох кісток)	10
	г) перелом плечової кістки в області суглобу	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками в області суглобу	20
Примітка: у випадку, якщо в результаті однієї травми мають місце різні ушкодження, вказані в ст.74, страхова виплата проводиться відповідно до підпункту, що враховує найбільш важке ушкодження.		
<b>75</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відсутність рухів у суглобі	20
	«розбобтаний» ліктьовий суглоб, у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	30
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.75 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженнями області ліктьового суглоба, у тому випадку, якщо порушення рухів у цьому суглобі, буде встановлено лікувально-профілактичною установою після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
2. У цьому випадку, якщо в зв'язку з травмою області ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
<b>ПЕРЕДПЛІЧЧЯ</b>		
<b>76</b>	<b>ПЕРЕЛОМ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ (ВЕРХНЯ, СЕРЕДНЯ, НИЖНЯ ТРЕТИНА):</b>	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
<b>77</b>	<b>ПЕРЕЛОМ, ЩО НЕ ЗРИСЯ (НЕСПРАВЖНІЙ СУГЛОБ) КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ:</b>	
	а) однієї кісти	15
	б) двох кісток	30
Примітка: страхова виплата по ст.77 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з травмою передпліччя, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
<b>78</b>	<b>ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО:</b>	



	а) до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) до екзартикуляції в ліктьовому суглобі	70
	в) до ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
Примітки:		
- 1. Якщо в зв'язку з травмою області передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
2. Якщо страхова виплата виплачується по ст.78, додаткова виплата за оперативні втручання та післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>79</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА:</b>	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя в області суглобу	10
	в) перилунарний вивих кістки	15
<b>80</b>	Ушкодження області променево-зап'ясткового суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) у цьому суглобі	-
- Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.80 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженням області променево-зап'ясткового суглоба в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичною установою після закінчення <b>6 місяців</b> після травми й підтверджено довідкою цієї установи.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області променево-зап'ясткового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми.		
<b>КИСТЬ</b>		
<b>81</b>	<b>ПЕРЕЛОМ АБО ВИВИХ КІСТОК ЗАП'ЯСТЯ, П'ЯСТКОВИХ КІСТОК ОДНІЄЇ КИСТІ:</b>	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більш кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, перелоמו-вивих кисті	15
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання ( за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. При переломі (вивиху) у результаті однієї травми кісток зап'ястя (п'ясткових кісток) і човноподібної кістки страхова виплата виплачується з врахуванням кожного пошкодження шляхом підсумовування.		
<b>82</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ КИСТІ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба	60
	в) ампутацію єдиної кисті	100
Примітка: страхова виплата в зв'язку з переломом, що не зрісся, (несправжнім суглобом) кісток зап'ястя або п'ясткових кісток виплачується додатково по ст.82(а) в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення <b>6 місяців</b> після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
<b>ПАЛЬЦІ КИСТІ</b>		
<b>ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ</b>		
<b>83</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відрив нігтьової пластинки	2

	б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця	3
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітки: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати. 2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
<b>84</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	10
	б) відсутність рухів у двох суглобах	15
Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції 1 пальця виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
<b>85</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги	5
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги	10
	в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги)	15
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
	д) ампутацію пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	25
Примітка: якщо страхова виплата виплачена по ст.85, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ</b>		
<b>86</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відрив нігтьової пластинки	2
	б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця	3
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій.	5
Примітки: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для виплати страхової суми. 2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
<b>87</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	5
	б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця	10
Примітка: страхова сума в зв'язку з порушенням функцій пальця виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
<b>88</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги	3
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги	5
	в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг	10
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця	15
	д) втрату пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	20

Примітки:		
1. Якщо страхова сума виплачена по ст.88, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. При ушкодженні декількох пальців кисті в період дії одного договору страхування страхова сума виплачується з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Однак розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.		
<b>ТАЗ</b>		
<b>89</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ТАЗА:</b>	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток або розрив одного сполучення, подвійний перелом однієї кістки	10
	в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох сполучень	15
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з переломом кісток таза або розривів сполучень проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми <b>одноразово</b> .		
2. Розрив лобкового, крижово-клубового сполучення (сполучень) під час пологів дає підставу для виплати страхової суми на загальних підставах по ст.89 (б або в).		
<b>90</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ТАЗА, ЩО СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ РУХІВ У ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБАХ:</b>	
	а) в одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40
Примітка: страхова сума в зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) виплачується по ст.90 додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою таза, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичною установою <b>через 6 місяців</b> після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
<b>НИЖНЯ КІНЦІВКА</b>		
<b>ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>91</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА:</b>	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
	б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів)	10
	в) вивих стегна	15
	г) перелом голівки, шийки проксимального метафіза стегна	20
Примітки:		
1. У тому випадку, якщо в результаті однієї травми наступлять різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова сума виплачується відповідно за підпунктом, який передбачає найбільш важке ушкодження.		
2. Якщо в зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми <b>однократно</b> .		
<b>92</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відсутність рухів (анкілоз)	20
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) шийки стегна	30
	в) ендопротезування	40
	г) «розбавтаний» суглоб у результаті резекції голівки стегна	45
Примітки:		
1. Страхова сума в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в ст.92, виплачується додатково до страхової суми, виплаченої з приводу травми суглоба.		
2. Страхова сума по ст.92(б) виплачується в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
<b>СТЕГНО</b>		
<b>93</b>	<b>ПЕРЕЛОМ СТЕГНА:</b>	

	а) на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина)	25
	б) подвійний перелом стегна	30
<b>94</b>	<b>ПЕРЕЛОМ СТЕГНА, ЩО СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)</b>	30
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою області стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми <b>одноразово</b> .		
2. Страхова сума по ст.94 виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлено в лікувально-профілактичній установі по закінченні <b>9 місяців</b> після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
<b>95</b>	<b>ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ СТЕГНА:</b>	
	а) однієї кінцівки	70
	б) єдиної кінцівки	100
Примітка: якщо страхова сума була виплачена по ст.95, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>КОЛІННИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>96</b>	<b>- УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА</b>	
	а) гемартроз	2
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, ушкодження меніска	5
	в) перелом: надколінка, міжвиросткового узвишся, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки	10
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової	15
	д) перелом виростків 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. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова сума виплачується одноразово відповідно до підпункту ст.96, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області колінного суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл) додатково виплачується 10% страхової суми <b>одноразово</b> .		
<b>97</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) відсутність рухів у суглобі	20
	б) «розбобтаний» колінний суглоб у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	30
	в) ендопротезування	40
Примітка: страхова сума по ст.97 виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою цього суглоба.		
<b>ГОМІЛКА</b>		
<b>98</b>	<b>ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):</b>	
	а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15

Примітки:		
1. Страхова сума по ст.98 визначається при:		
- переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині;		
- переломах діяфіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні;		
- переломах великогомілкової кістки в області діяфіза (верхня, середня, нижня третина) і переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині.		
2. Якщо в результаті травми наступив внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діяфіза, страхова сума виплачується по ст.96 і 98 або ст.101 і 98 шляхом підсумовування.		
<b>99</b>	<b>ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІССЯ, НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБУ (ЗА ВИНЯТКОМ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ):</b>	
	а) малогомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20
Примітки:		
1. Страхова сума по ст.99 виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені в лікувально-профілактичній установі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи.		
2. Якщо в зв'язку з травмою гомілки проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
<b>100</b>	<b>ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:</b>	
	а) ампутації гомілки на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляцію в колінному суглобі	70
	в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
Примітка: якщо страхова сума була виплачена в зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>101</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА:</b>	
	а) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
	б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	в) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15
Примітки:		
1. При переломах кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжуються розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області гомілковостопного суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
<b>102</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі	20
	б) «розбавтаний» гомілковостопний суглоб у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	40
	в) екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі	50
Примітка: якщо в результаті травми гомілковостопного суглоба наступили ускладнення, перераховані в ст.102, страхова сума виплачується по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкий наслідок.		
<b>103</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ:</b>	
	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15
<b>СТОПА</b>		
<b>104</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СТОПИ:</b>	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)	5

	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	15
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. При переломах або вивихах кісток стопи, що наступили в результаті різних травм, страхова сума виплачується з урахуванням факту кожної травми.		
<b>105</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) трьох і більш кісток, а також таранної або п'яtkової кістки	15
	в) артродез підтаранного суглоба, в поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	20
	<b>ампутацію на рівні:</b>	
	г) плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	30
	д) плеснових або заплеснових кісток	40
	е) таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50
Примітки:		
1. Страхова сума в зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.105 (а, б, в), виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо вони будуть установлені лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи, а по підпунктах «г», «д», «е» - незалежно від терміну, що пройшов із дня травми.		
2. У тому випадку, якщо страхова сума виплачується в зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>ПАЛЬЦІ СТОПИ</b>		
<b>106</b>	<b>ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ ФАЛАНГИ (ФАЛАНГ), УШКОДЖЕННЯ СУХОЖИЛЛЯ (СУХОЖИЛЬ):</b>	
	а) одного пальця	3
	б) двох-трьох пальців	5
	в) чотирьох-п'яти пальців	10
Примітка: якщо в зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
<b>107</b>	<b>ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦІВ СТОПИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:</b>	
	Першого пальця:	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба	10
	другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:	
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно-фалангового суглобів	10
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
	е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно-нігтьових суглобів	20
Примітка:		
1. У тому випадку, якщо страхова сума виплачується по ст.107, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. Якщо в зв'язку з травмою була зроблена ампутація пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		

<b>108</b>	<b>УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:</b>	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	5
	в) остеомієліт, у тому числі гематогенний остеомієліт	10
Примітки:		
1. Ст.108 застосовується при тромбофлебитах, лімфостазі і порушеннях трофіки, що наступили внаслідок травми опорно-рухового апарату (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів).		
2. Запалення пальців стоп, що нагноїлись, не дають підстав для виплати страхової суми.		
<b>109</b>	<b>ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК, ГЕМОРАГІЧНИЙ, АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК, ЩО РОЗВИВСЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ</b>	5
Примітка: виплата страхової суми по ст.109 проводиться додатково до виплат, зроблених у зв'язку з травмою.		
<b>110</b>	<b>ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУСННЯ, АСФІКСІЯ (ЗАДУХА), КЛІЩОВИЙ АБО ЕНЦЕФАЛІТ ПІСЛЯ ЩЕПЛЕННЯ (ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТ), ВРАЖЕННЯ ЕЛЕКТРОСТРУМОМ (АТМОСФЕРНОЮ ЕЛЕКТРИКОЮ), УКУСИ ЗМІЙ, ОТРУЙНИХ КОМАХ, ПРАВЕЦЬ, БОТУЛІЗМ (ПРИ ВІДСУТНОСТІ ДАНИХ ПРО УРАЖЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ЗАЗНАЧЕНИХ ПОДІЙ КОНКРЕТНИХ ОРГАНІВ)</b>	
	при стаціонарному лікуванні:	
	а) 6-10 днів	5
	б) 11-20 днів	10
	в) понад 20 днів	15
Примітка: якщо в довідці зазначено, що події, перераховані в ст.110, спричинили за собою ушкодження яких-небудь органів, страхова сума виплачується по відповідних статтях. Ст.110 при цьому не застосовується.		
<b>111</b>	<b>ЯКЩО ЯКА-НЕБУДЬ СТРАХОВА ПОДІЯ, ЩО ТРАПИЛАСЬ ІЗ ЗАСТРАХОВАНИМ У ПЕРІОД ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, НЕ ПЕРЕДБАЧЕНА ДАНОЮ ТАБЛИЦЕЮ, АЛЕ ПОТРЕБУЄ СТАЦІОНАРНОГО І (АБО) АМБУЛАТОРНОГО БЕЗПЕРЕРВНОГО ЛІКУВАННЯ В ЦІЛОМУ НЕ МЕНШІ 5 ДНІВ, ТО ВИПЛАЧУЄТЬСЯ РАЗОВА СТРАХОВА ВИПЛАТА У РОЗМІРІ:</b>	
<b>111/1</b>	<b>ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 5 ДО 10 ДНІВ ВКЛЮЧНО;</b>	1
<b>111/2</b>	<b>ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 11 ДО 15 ДНІВ ВКЛЮЧНО;</b>	2
<b>111/3</b>	<b>ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 16 ДО 30 ДНІВ ВКЛЮЧНО;</b>	3
<b>111/4</b>	<b>- ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 31 ДО 45 ДНІВ ВКЛЮЧНО;</b>	4
<b>111/5</b>	<b>ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ПОНАД 45 ДНІВ</b>	5
Примітка: якщо при ушкодженні м'яких тканин застосовувалися ПХО, виплати здійснюються згідно статей 111/3 - 111/5		