

Договір добровільного страхування життя (приєднання)

ОФЕРТА №100.1001600/32

м. Київ, «01» жовтня 2023 року

Цей Договір добровільного страхування життя (надалі – Договір, Оферта) укладається відповідно до Закону України «Про страхування», Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) від 07.02.2018 р. зі змінами № 1 від 04.04.2019 р., в подальшому – «Правила страхування, Правила», та Ліцензії Державної Комісії з регулювання ринків фінансових послуг України серії АВ № 499971 від 18.12.2009 р.

Розділ І.

1. Страховик	Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна страхування життя», в особі В.о. Генерального директора Марини Євгенівни Наумової, що діє на підставі Статуту та Наказу №9 від 14.02.2022 р. Код ЄДРПОУ: 32456224. Адреса місцезнаходження: 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, 42. Адреса для листування: 04112, м. Київ, вул. Дегтярівська, 62. Телефон: 0-800-50-11-12, (044) 238-6-238, (044) 581-04-02, факс (044) 581-32-05.
2. Страхувальник	Дієздатна фізична особа віком від 18 років, яка приєдналась до цього договору відповідно до умов і положень цивільного законодавства України, підписавши Заяву-приєднання (Акцепт) до цього Договору, і таким приєднанням уклала Договір добровільного страхування життя.
3. Предметом Договору	є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи.
4. Строк дії Договору	Щодо кожної Застрахованої особи Договір діє протягом строку, вказаного в п. 6. Заяви-приєднання (Акцепту) Застрахованої особи. Дана Оферта діє до «30» вересня 2025 року включно.
5. Застраховані особи	Застрахованою особою за Договором є Страхувальник
6. Вигодонабувачі	6.1. Вигодонабувачами за випадком Смерть визначаються спадкоємці Страхувальника (Застрахованої особи), якщо інше не вказано в Заяві-приєднання (Акцепті) Страхувальника (Застрахованої особи). 6.2. За випадками, вказаними в п. 12.1.2 – 12.1.5. цього Договору, Вигодонабувачем встановлено Страхувальника (Застраховану особу).
7. Страхова сума.	
7.1.	Страхові суми за ризиками зазначені в Заяві-приєднання (Акцепті) Застрахованої особи.
7.2.	Страхова сума встановлюється в національній грошовій одиниці України – гривні.
8. Страховий тариф.	
8.1.	Страховий тариф для кожної Застрахованої особи та за кожним ризиком визначається в п. 4.3. Заяви-приєднання (Акцепту) Застрахованої особи. Величина гарантованого інвестиційного доходу, що застосовується у розрахунку страхового тарифу, становить: 2% річних - для страхового ризику (випадку), що зазначений у п. 12.1.1 Розділу І цього Договору; 0% річних - для страхових ризиків (випадків), що зазначені у п. 12.1.2.-12.1.4 Розділу І цього Договору
9. Страховий платіж та строки його сплати	
9.1.	Загальний страховий платіж за цим Договором вказується в п. 4.5. Заяви-приєднання (Акцепту) Застрахованої особи.
9.2.	Страховий платіж підлягає сплаті Застрахованою особою у строк, вказаний в п. 5. Заяви-приєднання (Акцепту) Застрахованої особи.
9.3.	Страховий платіж встановлюється в національній грошовій одиниці України – гривні.
10. Територія дії	
10.1.	Цей Договір діє на території :
10.1.1.	України, крім території, статус якої визначений уповноваженим органом на конкретний момент (дату) або проміжок часу, як тимчасово окупована та/або на якій ведуться воєнні (бойові) дії та/або на якій органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження;
10.1.2.	Всього світу, крім зон воєнних або збройних конфліктів, території Російської Федерації та Республіки Білорусь, а також з врахуванням положень щодо території України, викладених в п. 10.1.1 Розділу І Договору Виконання зобов'язань за Договором здійснюється на території України.

11. Визначення основних понять та термінів.

Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків, та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо) яких є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «Страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Міністерства надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства, відповідні органи інших держав тощо).

Неправдива інформація – заявлені, документовані або оголошені відомості, що не відповідають дійсним обставинам подій та явищ, що відбулися (наприклад про обставини та характер настання страхового випадку, тощо).

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

Страховий акт – документ, що складається Страховиком у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зазначено розмір страхової виплати.

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

Страховий випадок – подія, передбачена розділом 12 Розділу І цього Договору, яка відбулася після набуття чинності цього Договору, і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Вигодонабувачу.

Страховий платіж (страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику у відповідності з Договором.

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

Нещасний випадок – короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних та інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені, які відбулись проти та незалежно від волі Застрахованої особи, внаслідок котрих заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження) або настала її смерть. До нещасного випадку за цим Договором відносяться: стихійне явище, вибух, опік, обмороження, утоплення, дія електричного струму, удар блискавки, сонячний удар, напад зловмисників або тварин, падіння будь-якого предмету на Застраховану особу або падіння самої Застрахованої особи, раптове удушення, випадкове попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла, випадкове отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами, а також травми, які одержані під час руху засобів транспорту (автомобіля, поїзда, трамваю та інше) або під час катастрофи, при користуванні машинами, механізмами, зброєю і різними іншого типу та призначення інструментами. Факт настання нещасного випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку.

Під нещасним випадком, спричиненим дорожньо-транспортною пригодою, розуміється раптовий, непередбачений, незалежний від волі Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) вплив ззовні на Застраховану особу небезпечного фактора, в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб, характер, час та місце якого однозначно встановлені, під час безпосередньої участі Застрахованої особи у процесі руху на дорозі як учасника дорожнього руху (водія чи пасажир наземного транспортного засобу, пішохода, велосипедиста тощо), що супроводжувався пошкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності та функцій, деформацією та порушенням опорно-рухового апарату, та призвів до розладу здоров'я, травматичного ушкодження, тимчасової або постійної втрати працездатності, інвалідності чи смерті Застрахованої особи. Наземним транспортом вважається автомобільний транспорт та міський наземний електротранспорт, в тому числі електроскутер, електросамокат..

12. Перелік страхових випадків. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування.

12.1. Страховими випадками за цим Договором є:

- 12.1.1. **Смерть з будь-якої причини (внаслідок хвороби або нещасного випадку)**, яка настала протягом дії Договору.
- 12.1.2. **Стійка втрата працездатності**, а саме: встановлення Застрахованій особі інвалідності I, II або III групи з будь-якої причини (внаслідок хвороби або нещасного випадку).
- 12.1.3. **Критичні захворювання Застрахованої особи** згідно з умовами, зазначеними у Розділі II Договору.
- 12.1.4. **Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи в результаті нещасного випадку**, що трапився в період дії цього Договору, відповідно до переліку, вказаному Розділі III Договору.
- 12.1.5. **Смерть в результаті нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою**, що стався із Застрахованою особою в період дії цього Договору під час виконання Застрахованою особою її трудових (посадових) обов'язків за режимом роботи підприємства, у тому числі у відрядженні та під час слідування на роботу та з роботи, якщо це буде підтверджено документально.
- 12.2. Детальний опис страхового покриття надається в п.2 Розділу II Договору «Умови страхування».
- 12.3. Перелік виключень зі страхового покриття наведено в п.3 Розділу II до Договору.

13. Права та обов'язки Сторін.

13.1. **Страховик зобов'язується:**

- 13.1.1. Ознайомити Страхувальника (Застраховану особу) з Правилами та умовами Договору.
- 13.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту надходження від Застрахованої особи або Вигодонабувача заяви про страхову подію вжити заходів по отриманню необхідних документів для своєчасного проведення страхової виплати.
- 13.1.3. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання відповідних документів, вказаних у п. 4 Розділу II Договору, що підтверджують настання страхової події, прийняти рішення про страхову виплату або відмову у виплаті. Виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття рішення та оформлення страхового Акту.
- 13.1.4. У разі відмови у виплаті письмово повідомити про це Вигодонабувачу та/або Застрахованій особі протягом 10 (десяти) днів з моменту прийняття рішення про відмову у страховій виплаті з обґрунтуванням причин відмови.
- 13.1.5. Не розголошувати відомостей про майнове становище Страхувальника (Застрахованої особи), крім випадків, встановлених законом.
- 13.2. **Страховик має право:**
 - 13.2.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем інформацію та виконання ними вимог Правил і Договору.
 - 13.2.2. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, у т.ч. отримувати відомості щодо стану здоров'я Застрахованої особи, робити запити до медичних, правоохоронних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про причини та обставини страхового випадку.
 - 13.2.3. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) та Вигодонабувача інформацію, необхідну для встановлення факту страхового випадку та розміру страхової виплати, включаючи відомості щодо стану здоров'я Застрахованої особи.
 - 13.2.4. Відстрочити прийняття рішення про страхову виплату у випадках, передбачених п. 5.4. Розділу II Договору.
 - 13.2.5. Відмовити у страховій виплаті згідно з чинним законодавством України та умовами Договору.
 - 13.2.6. Ініціювати внесення змін до Договору або достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором.
- 13.3. **Страхувальник зобов'язується:**
 - 13.3.1. Ознайомитись із умовами Договору та Правилами страхування.
 - 13.3.2. Сплатити страховий платіж в розмірі та в строк, що визначені у Заяві-приєднання (Акцепті).
 - 13.3.3. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, сприяти збору документів, передбачених п.4 Розділу II Договору.
- 13.4. **Страхувальник має право:**

- 13.4.1. Одержати інформацію про Страховика згідно з чинним законодавством України.
 - 13.4.2. Достроково припинити дію Договору;
 - 13.4.3. Оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати в судовому порядку.
 - 13.4.4. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування;
 - 13.4.5. Отримати дублікат Заяви-приєднання (Акцепту) у випадку її втрати;
 - 13.4.6. Змінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку;
 - 13.5. Відмовитися від Договору шляхом повідомлення Страховика у письмовій формі 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня укладення Договору. Страховик зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня отримання від Страхувальника письмового повідомлення про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачений ним страховий внесок у повному обсязі. У разі відмови Страхувальника від Договору Договір буде вважатися не укладеним, будь-які випадки, що мають ознаки страхових, не будуть вважатися страховими, та жодних зобов'язань щодо виконання умов цього Договору Сторони не матимуть.
 - 13.6. **Обов'язки Вигодонабувача** за Договором розповсюджуються на вимоги п. 14 Розділу I Договору.
- 14. Дії Застрахованої особи / Вигодонабувача в разі настання страхового випадку. Перелік документів, які підтверджують настання страхового випадку.**
- 14.1. Протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дня, коли стало відомо про настання випадку, або (якщо мала місце госпіталізація Застрахованої особи) з дня виписки зі стаціонару в будь-який спосіб повідомити Страховика про настання випадку, що має ознаки страхового, та протягом строку, що не перевищує 90 (дев'яносто) робочих днів, подати Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком.
 - 14.2. Надати Страховику документи у відповідності до вимог п. 4 Розділу II Договору.
- 15. Порядок визначення розміру та умови здійснення страхової виплати.**
- 15.1. Страхова виплата за кожним страховим випадком здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці – гривні, та в межах страхової суми, визначеної умовами Договору та Заявою-приєднання (Акцептом) Застрахованої особи.
 - 15.2. Розміри страхових виплат за страховими випадками визначаються відповідно до п. 5 Розділу II Договору та з урахуванням п.3.4 Розділу II Договору.
 - 15.3. У разі визнання події, що відбулася, страховим випадком – страхова виплата проводиться Страховиком на підставі Заяви про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком, Страхового акту та документів, зазначених в п. 4 Розділу II Договору.
 - 15.4. Страхові виплати проводяться за кожним страховим випадком незалежно від інших виплат за іншими видами страхування, соціальної, матеріальної допомоги, виплат з фонду соціального страхування.
 - 15.5. В випадку визнання події страховою за декількома страховими ризиками, виплата проводиться за кожним страховим ризиком.
- 16. Причини відмови у страховій виплаті.**
- 16.1. Підстави для відмови у страховій виплаті наведені в п.6 Розділу II Договору.
 - 16.2. Відмова Страховика у виплаті може бути оскаржена в судовому порядку.
- 17. Порядок укладення Договору. Порядок внесення змін та припинення дії Договору.**
- 17.1. Текст цього Договору приєднання (оферти) підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України (надалі – Оферта).
 - 17.2. Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому. Страхувальники можуть з нею ознайомитися на інтернет – ресурсі за адресою <https://www.pzu.com.ua/about/docs/oferta-dlia-fop-32-2024.html> Страхувальник може приєднатися до Оферти шляхом приєднання та підписання Заяви-приєднання (Акцепту).
 - 17.3. Оферта є стандартною формою в розумінні положень цивільного законодавства України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому.
 - 17.4. Заява-приєднання (Акцепт) оформлюється в двох примірниках з унікальним номером. Два оригінальні примірники Заяви-приєднання (Акцепту) Страхувальник зобов'язаний підписати та передати Страховику на підтвердження укладення Договору, один з примірників Заяви-приєднання (Акцепту) з підписом представника Страховика залишається у Страхувальника.
 - 17.5. При укладенні договору страхування Страхувальникові на його вимогу надсилається електронна копія цієї Оферти, та за його вимогою видається копія Оферти на папері. Оферта разом з підписаною Страхувальником Заявою-приєднання (Акцептом) складає укладений Договір. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.
 - 17.6. Договір складається з Оферти та Заяви-приєднання (Акцепту) і вважається укладеним із моменту підписання Страхувальником Заяви-приєднання (Акцепту), у спрощений спосіб, у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України.
 - 17.7. Страхувальник має право подавати заяви та інші документи в межах цього Генерального договору із застосуванням електронного підпису відповідно до діючого законодавства України.
 - 17.8. Дія Договору припиняється за згодою Сторін, а також у разі:
 - 17.8.1. Закінчення строку дії Договору;
 - 17.8.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Вигодонабувачами за визнаними страховими випадками у повному обсязі у разі смерті Застрахованої особи;
 - 17.8.3. досягнення Застрахованою особою 85 років;
 - 17.8.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;
 - 17.8.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

- 17.8.6. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 17.9. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати такого припинення.
- 17.9.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому викупну суму.
- 17.9.2. Викупна сума - це сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування життя та розраховується математично на день припинення договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв договір страхування життя, та розмір якої розраховується на підставі страхового платежу за період дії Договору, за вирахуванням сплати за час, протягом якого Договір діяв, а також розміру проведених страхових виплат за період дії Договору.
- 17.10. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику викупну суму, яка розраховується на підставі п. 17.8.2 Договору.
- 17.11. Договір може бути визнано недійсним з моменту його укладання у судовому порядку у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 17.12. В разі визнання Договору недійсним кожна зі Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане по цьому Договору, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені законодавством України.
- 17.13. Зміна Страховика, Страхувальника та/або Застрахованої особи цим Договором не передбачена.

18. Відповідальність Сторін

- 18.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Вигодонабувачу пені в розмірі 0,1 % від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення здійснення страхової виплати.
- 18.2. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею.
- 18.3. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених цим Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

19. Інші умови

- 19.1. Можливе досудове врегулювання спорів, що виникають між Сторонами, за умови згоди обох сторін.
- 19.2. У випадку виникнення суперечностей між умовами Договору та Правил, перевагу мають умови, передбачені Договором. У всьому іншому, не передбаченому цим Договором, Сторони керуються Правилами страхування та чинним законодавством України.

Розділ II. Умови страхування

- 1.** Страхові суми за кожним ризиком (випадком) зазначаються в Заяві-приєднання (Акцепті).

2. Перелік страхових випадків

- 2.1. Страховими випадками за цим Договором є:
- 2.1.1. **Смерть з будь-якої причини (внаслідок хвороби або нещасного випадку)**, яка настала протягом дії Договору.
- 2.1.2. **Стійка втрата працездатності**, а саме: встановлення Застрахованій особі протягом терміну дії Договору інвалідності I, II або III групи з будь-якої причини (внаслідок хвороби або нещасного випадку).
- 2.1.3. **Критичні захворювання Застрахованої особи** – вперше виявлене в період дії Договору захворювання з наведеного нижче переліку:
- 2.1.3.1. **Гострий інфаркт міокарда** – відмирання частини міокарда (серцевого м'яза) в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні, який підтверджений оригіналами медичної документації:
- 2.1.3.1.1. Новими типовими ішемічними змінами в електрокардіограмі, а саме зміною сегментів ST-T (депресія або елевация сегмента ST, створення дуги Парді), появою нових та раптових даних про блокаду лівої ніжки пучка Гіса, появою нового патологічного зубця Q;
- 2.1.3.1.2. Характерним підвищенням серцевого біомаркеру «Тропонін», а саме Тропонін Т > 1,0 нг / мл, АссуТnI > 0,5 нг / мл або еквівалент порогу з іншими методами вимірювання тропоніна I;
- 2.1.3.1.3. Інші типові ознаки інфаркту міокарда, виявлені за допомогою інструментальних та лабораторних методів обстеження, а також анамнез захворювання, характерний для інфаркту міокарда, та клінічна картина, характерна для інфаркту міокарда;
- 2.1.3.1.4. Гострий інфаркт міокарда визнається страховим випадком, якщо захворювання вперше діагностовано під час дії Договору, з дати інфаркту минуло 30 (тридцять) календарних днів та Застрахована особа залишилася живою;
- 2.1.3.1.5. В разі смерті Застрахованої особи внаслідок гострого інфаркту міокарда протягом 30 календарних днів від дати встановлення діагнозу, страхова виплата за страховим випадком, визначеним п. 2.1.3. Розділу II Договору не здійснюється, при цьому застосовуються положення пункту 2.1.1. Розділу II Договору;
- 2.1.3.1.6. Інші гострі коронарні синдроми, включаючи стенокардію, не є страховим випадком.
- 2.1.3.2. **Інсульт або інфаркт головного мозку**, який викликаний цереброваскулярними порушеннями мозкового кровообігу внаслідок кровотечі, емболії або тромбозу, і супроводжуються раптовим настанням неврологічного дефіциту незворотного характеру з об'єктивними неврологічними і патологічними змінами, які діагностовано невропатологом та підтверджені даними магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими надійними методами візуалізації.

- 2.1.3.2.1. Інсульт або інфаркт головного мозку визнається страховим випадком, якщо захворювання вперше діагностовано під час дії Договору, з дати діагностування минуло 30 (тридцять) календарних днів та Застрахована особа залишилася живою;
- 2.1.3.2.2. Діагноз «інсульт або інфаркт головного мозку» повинен бути підтверджений документально та ґрунтуватися на анамнезі, характерному для даного захворювання; клінічній картині (стійка неврологічна симптоматика); зміні тканин головного мозку, виявлених за допомогою променевих методів діагностики (комп'ютерна томографія (КТ) та/або магнітно-резонансна томографія (МРТ); змінах, виявлених в лікворі (спинномозковій рідині); інших типових ознаках, виявлених лабораторними та інструментальними методами діагностики;
- 2.1.3.2.3. В разі смерті Застрахованої особи внаслідок інсульту або інфаркту головного мозку протягом 30 (тридцяти) календарних днів від дати встановлення діагнозу, страхова виплата за страховим випадком, визначеним п. 2.1.3. Розділу II Договору не здійснюється, при цьому застосовуються положення пункту 2.1.1. Розділу II Договору.
- 2.1.3.2.4. При цьому страховими випадками за пунктом 2.1.3.2. Розділу II Договору не визнаються:
- 2.1.3.2.4.1. Церебральні симптоми, пов'язані з оборотним неврологічним дефіцитом, тривалістю до 30 календарних днів (Транзиторні ішемічні атаки, дрібновогнищевий інсульт);
- 2.1.3.2.4.2. Пошкодження тканини головного мозку внаслідок травми, інфекції, інфекційного васкуліту і запальних захворювань;
- 2.1.3.2.4.3. Безсимптомний, прихований інсульт, виявлений виключно методами візуалізації (МРТ, КТ, інші методи візуального обстеження).
- 2.1.3.3. **Злоякісні новоутворення** - захворювання, що проявляється у наявності злоякісного новоутворення, яке характеризується прогресуючим неконтрольованим зростанням, поширенням злоякісних клітин та інвазією у здорові тканини, та деструкцією нормальних і оточуючих новоутворення тканин. Позитивний діагноз раку має отримати гістопатологічне підтвердження.
- 2.1.3.3.1. Будь-яке онкологічне захворювання, незалежно від стадії, при наявності ВІЛ-інфікування не визнається страховим випадком.
- 2.1.3.3.2. **У випадку діагностування наступних захворювань розмір страхової виплати складатиме (розрахунок наведено у відсотках від страхової суми):**
- Хвороба Ходжкіна і неходжкінська лімфома стадії 1 (за класифікацією Енн-Арбор) — 5% (п'ять відсотків) від страхової суми за ризиком.
 - Пухлини, які виявляють злоякісні зміни карциноми in situ (включаючи дисплазію шийки матки CIN-1, CIN-2 і CIN-3), або гістологічно описані як передракові захворювання - 10% (десять відсотків) від страхової суми за ризиком.
 - Всі раки шкіри, за винятком тих випадків, коли є докази наявності метастазів, або коли пухлина є злоякісною меланомою з максимальною товщиною більше 1,5 мм, підтвердженою за допомогою гістологічного дослідження з використанням методу Бреслоу - 5% (п'ять відсотків) від страхової суми за ризиком.
 - Незагрозючі життю раки, такі як раки передміхурової залози, які гістологічно описані як T1 (a) або T1 (b) за класифікацією TNM або мають еквівалентну чи меншу стадію за іншою класифікацією - 10% (десять відсотків) від страхової суми за ризиком.
 - Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози - 10% (десять відсотків) від страхової суми за ризиком.
 - Неінвазивний папілярний рак сечового міхура, гістологічно описаний як такий, що має стадію TaNOM0 або менше - 10% (десять відсотків) від страхової суми за ризиком.
 - Хронічна лімфоцитарна лейкемія на стадії, меншій за I стадію за класифікацією RAI або стадію AI за Бінетом - 10% (десять відсотків) від страхової суми за ризиком.
- 2.1.3.4. **Аорто-коронарне шунтування** – фактично перенесене аорто-коронарне шунтування за допомогою торакотомії з метою корекції або лікування захворювання коронарної артерії.
- 2.1.3.4.1. Виключення з покриття: ангіопластика та/або інші маніпуляції на артеріях, ендоскопічні хірургічні маніпуляції.
- 2.1.3.4.2. Рішення про страхову виплату не може бути прийняте до проведення операції.
- 2.1.3.5. **Термінальна стадія захворювання легень**, що призводить до хронічної дихальної недостатності (у т.ч. незворотній значний фіброз легень внаслідок COVID-19).
- 2.1.3.5.1. Діагноз повинен бути підтверджений наявністю всіх нижченаведених критеріїв:
- незмінне стійке зниження об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1 або FEV1) до показника, меншого за 1 літр,
 - необхідність постійної тривалої кисневої терапії з метою корекції гіпоксемії,
 - незмінне стійке зниження парціального тиску кисню при аналізі газів крові до показника 55 мм рт.ст. та менше ($PaO_2 \leq 55 \text{ mmHg}$),
 - наявність задишки в стані спокою.
- 2.1.3.5.2. Термінальна стадія захворювання легень при наявності ВІЛ-інфікування не визнається страховим випадком.
- 2.1.3.5.3. Діагноз повинен бути підтверджений лікарем-пульмонологом.
- 2.1.3.6. **Виразжена деменція (включаючи хворобу Альцгеймера).**
- 2.1.3.6.1. Визначення: Хвороба Альцгеймера - прогресуюче дегенеративне захворювання головного мозку, що характеризується дифузною атрофією по всій корі головного мозку з характерними гістопатологічними змінами. Деменція - органічне психічне порушення, яке характеризується загальною втратою інтелектуальних здібностей, включаючи порушення пам'яті, судження і абстрактного мислення, а також зміною особистості.
- 2.1.3.6.2. Діагноз повинен бути підтверджений усіма нижченаведеними критеріями:
- стійке незворотне порушення функцій головного мозку, спричинене хворобою Альцгеймера або деменцією іншої етіології;
 - значні когнітивні порушення внаслідок хвороби Альцгеймера або деменції іншої етіології, підтверджені результатами стандартизованих тестів;
 - необхідність постійного спостереження за Застрахованою особою з метою попередження нанесення шкоди Застрахованою особою самій собі або іншим особам, викликана наявністю хвороби Альцгеймера або деменції іншої етіології.

2.1.3.6.3. Страхова виплата проводиться у випадку, якщо захворювання остаточно діагностовано - встановлений чіткий діагноз «виражена деменція» або «хвороба Альцгеймера», що підтверджується результатами клінічних досліджень та достовірних спеціальних інструментальних досліджень, що є типовими для даного захворювання (комп'ютерна, магнітно-резонансна або позитронно-емісійна томографія головного мозку), а також висновком лікаря-невролога.

2.1.3.7. Ниркова недостатність в термінальній стадії.

2.1.3.7.1. Визначення: термінальна стадія ниркової недостатності, при якій встановлено незворотні порушення функцій обох нирок, в результаті чого був розпочатий постійний нирковий діаліз та/або проведена операція з пересадки донорської нирки.

2.1.3.7.2. Страховим випадком не вважається:

- ниркова недостатність в стадії компенсації;
- ниркова недостатність з відсутністю необхідності в постійному нирковому діалізі або трансплантації нирки.

2.1.4. **Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованій особі, які є наслідком нещасного випадку, який стався в період дії Договору, із переліку, вказаного у Розділі III Договору (надалі – травма).**

2.1.4.1. Травматичне ушкодження, травма – порушення цілісності структури та фізіологічних функцій тканин і органів Застрахованої особи під впливом зовнішніх агентів (механічних, хімічних, електричних тощо), що супроводжується місцевою та загальною реакцією організму, яке сталося в період дії Договору.

2.1.4.2. Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованій особі, що настали внаслідок нещасного випадку, який мав місце під час дії Договору відповідно до пункту 2.1.4, визнаються страховим випадком в тому числі і після закінчення дії Договору з урахуванням положень Розділі III Договору.

2.1.4.3. Із метою уникнення неоднозначного тлумачення положень Розділі III Договору окремі положення підлягають наступному розумінню:

- 1) у примітці 1 до ст. 8 Розділу III Договору під формулюванням «Статті 7 і 8 одночасно не застосовуються.» розуміється, що за наявності у Застрахованої особи одночасно декількох ушкоджень, вказаних у ст. 7 та 8, виплата проводиться по тій статті, яка передбачає найбільший % страхової виплати;
- 2) у примітках до ст. 14, 32, 43 Розділу III Договору формулювання «страхова виплата вираховується» / «за вирахуванням» означає, що фактичний розмір страхової виплати за ст. 14, 32, 43 становить різницю між зазначеним у цих статтях % страхової виплати та розміром відповідної раніше проведеної страхової виплати.

2.1.5. **Смерть в результаті нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою, що стався із Застрахованою особою в період дії цього Договору під час виконання Застрахованою особою її трудових (посадових) обов'язків за режимом роботи підприємства, у тому числі у відрядженні та під час слідування на роботу або з роботи, якщо це буде підтверджено документально.**

2.1.5.1. Виключення з покриття. Не вважається страховим випадок, що стався із Застрахованою особою в результаті дорожньо-транспортної пригоди у разі:

2.1.5.1.1. якщо нещасний випадок не був спричинений дорожньо-транспортною пригодою;

2.1.5.1.2. якщо нещасний випадок визнається таким, що не пов'язаний з виробництвом відповідно до вимог законодавства України (за виключенням випадку смерті Застрахованої особи в результаті дорожньо-транспортної пригоди, що сталася під час слідування Застрахованої особи на роботу або з роботи);

2.1.5.1.3. порушення Застрахованою особою, яка на момент настання страхового випадку є водієм наземного автомобільного транспортного засобу та/або пішоходом, правил дорожнього руху чи техніки безпеки;

2.1.5.1.4. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного (при концентрації алкоголю в крові на рівні 0,3 проміле та більше), наркотичного чи токсичного сп'яніння; або керування транспортним засобом без отримання посвідчення водія на право керування транспортними засобами відповідної категорії; або свідомої передачі Застрахованою особою керування третій особі, яка знаходилась в аналогічному стані, або особі, яка не має прав водія на управління транспортним засобом відповідної категорії.

2.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку відповідно п. 2.1.1., п. 2.1.5. Розділу II Договору, або Стьйка втрата працездатності Застрахованою особою (встановлення інвалідності I, II або III групи), вказана у п. 2.1.2. Розділу II Договору, що настала внаслідок нещасного випадку, який мав місце під час дії Договору, та є безпосереднім його наслідком, визнається страховим випадком в тому числі після закінчення дії Договору, але за умови, що між датою настання нещасного випадку та датою смерті Застрахованої особи або встановлення інвалідності Застрахованій особі минув строк не більший, ніж один календарний рік.

2.3. Цей Договір діє на території :

2.3.1. України, крім території, статус якої визначений уповноваженим органом на конкретний момент (дату) або проміжок часу, як тимчасово окупована та/або на якій ведуться воєнні (бойові) дії та/або на якій органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження;

2.3.2. Всього світу, крім зон воєнних або збройних конфліктів, території Російської Федерації та Республіки Білорусь, а також з врахуванням положень щодо території України, викладених в п. 2.3.1 Розділу II Договору.

3. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування.

3.1. **Не вважаються страховими випадками, якщо інше не передбачено Договором, події, зазначені в п. 2.1.2-2.1.5 Розділу II Договору, що сталися з Застрахованою особою внаслідок:**

3.1.1. Скоєння Застрахованою особою або Вигодонабувачем по відношенню до Застрахованої особи дій, в яких судом встановлено склад злочину або участі Застрахованої особи у терористичній діяльності, що має бути підтверджено відповідним обвинувальним вироком суду.

3.1.2. Самогубства або наслідків замаху Застрахованої особи на самогубство, спроб навмисного самоушкодження, у тому числі здійсненого у стані розумового або психосоматичного розладу, а також випадку, прямо або опосередковано викликаного психічним або нервовим захворюванням чи розладом будь-якого походження, або його наслідками, що підтверджено документально компетентними органами;

- 3.1.3. Керування Застрахованою особою транспортним засобом в стані алкогольного сп'яніння при концентрації алкоголю в крові на рівні 0,3 проміле та більше, а також наркотичного або токсичного сп'яніння, або без отримання особою посвідчення водія на право керування транспортними засобами відповідної категорії; або свідомої передачі Застрахованою особою керування третій особі, яка знаходилась в аналогічному стані, або особі, яка не має прав водія на управління транспортним засобом відповідної категорії;
- 3.1.4. Дій або бездіяльності Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що стали безпосередньою причиною нещасного випадку, а також отруєння алкоголем або його сурогатами, наркотичними або токсичними речовинами, що були прийняті Застрахованою особою свідомо з метою сп'яніння.
- 3.1.5. Самолікування, отруєння в результаті вживання лікарських препаратів без призначення лікаря, лікування у осіб та в закладах, які не мають відповідної кваліфікації та ліцензії;
- 3.1.6. Впливу радіації або ядерної енергії, наслідків ядерних вибухів;
- 3.1.7. Терористичних актів;
- 3.1.8. Участі Застрахованої особи у війнах, воєнних чи збройних конфліктах, воєнних чи бойових діях, в тому числі під час проходження військової служби, та інших діях, які можна кваліфікувати як воєнні (незалежно від того, оголошена війна чи ні); революціях, заколотах, повстаннях, громадських заворушеннях, масових безпорядках, опорах правоохоронним органам, страйках, військовому перевороті чи захопленні державної влади, терористичних актах. Окрім цього, на період дії правового режиму воєнного стану в Україні, також не вважається страховим випадком смерть Застрахованої особи під час участі цієї Застрахованої особи у виконанні завдань з оборони України у складі Збройних Сил України, правоохоронних органів або інших військових формувань; виконанні завдань територіальної оборони та руху опору, як на платній, так і безоплатній основі; наданні волонтерської допомоги; подоланні наслідків бойових дій, терористичного акту, збройного конфлікту, тимчасової окупації;
- 3.1.9. Подорожі Застрахованої особи повітрям у будь-якій якості, крім як у якості пасажира на ліцензійному авіатранспорті регулярним або чартерним рейсом, що керується ліцензованим пілотом, має належно підготовлений екіпаж та належить ліцензованому повітряному перевізнику;
- 3.1.10. Занять небезпечними видами спорту, що обмежуються наведеним переліком: дельтапланеризм, бойовими единоборствами, авіаспорт, спелеологія, поло, полювання, кінний спорт (скачки), скелелазінням, альпінізмом, рафтингом (перегони на човнах гірськими потоками), парашутним спортом, дайвінгом (за виключенням рекреаційного дайвінгу), як аматора (початківця) без інструктора, а також в якості професійного спортсмена та/або участі у спортивних змаганнях. Під заняттям спортом розуміється регулярні систематичні заняття на результат для досягнення спортивних результатів. При цьому, аматорські заняття видами спорту, що не відносяться до викладених вище, до виключень не відносяться;
- 3.1.11. Нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою в місцях позбавлення волі;
- 3.1.12. Виконання смертного вироку, винесеного Застрахованій особі в країнах, де застосовується смертне покарання;
- 3.2. Не вважаються страховими випадками, якщо інше не передбачено Договором, події, зазначені в п. 2.1.4 Розділу II Договору, що сталися з Застрахованою особою внаслідок:**
 - 3.2.1.1. різного роду психічних захворювань, розладів нервової системи, психічних відхилень, розладів поведінки, неврозів і залежностей, епілепсії, епілептичних нападів, паралічів та інших судом незалежно від причин, які їх викликали, що є документально підтверджені висновками медичних установ;
 - 3.2.1.2. небезпечного хобі Застрахованої особи, такого як мисливство, бейсджампінг, паркур, зачепінг, досліди з хімічними та вибухонебезпечними речовинами або пристроями;
 - 3.2.1.3. порушення Застрахованою особою правил безпеки під час виконання робіт (в т.ч. з підвищеною небезпекою) та/або правил, що стосуються безпечного використання (експлуатації) промислової продукції (приладів, механізмів, обладнання тощо), якщо це буде підтверджено відповідними документами, за виключенням нещасних випадків на виробництві.
- 3.3. Додаткові виключення зі страхових випадків та обмеження страхування з приводу захворювань Застрахованої особи за ризиками, вказаними в п. 2.1.3 Розділу II Договору:**
 - 3.3.1. Не визнається страховим випадок встановлення Застрахованій особі Критичного захворювання з переліку п. 2.1.3. в разі смерті Застрахованої особи протягом 30 (тридцяти) календарних днів від дати встановлення діагнозу такого Критичного захворювання (або від дати проведення оперативного втручання відповідно п.п. 2.1.3.4.);
 - 3.3.2. відсутність підтвердження наявності критичного захворювання інструментальними методами дослідження;
 - 3.3.3. стани та захворювання, що не відповідають визначенням та критеріям перерахованих критичних захворювань;
 - 3.3.4. виникнення критичного захворювання, вказаного у п. 2.1.3.3. Розділу II Договору, за умови виявлення у Застрахованої особи ВІЛ-інфікування.
 - 3.3.5. Страхове покриття за ризиком Критичних захворювань не надається протягом 15 (п'ятнадцяти) днів від дати приєднання Застрахованої особи до Договору вперше.
- 3.4. Особливі умови прийняття на страхування:**
 - 3.4.1. Приймаються на страхування особи, вік яких перевищує 68 повних років на дату підписання Застрахованою особою Заяви-приєднання (Акцепту). При цьому для таких осіб страхові виплати розраховуються, виходячи із наступних розмірів страхових сум:
 - 3.4.1.1. За випадком п. 2.1.1. – 25 000 (двадцять п'ять тисяч) гривень.
 - 3.4.1.2. За випадком п. 2.1.2. – 22 000,00 (двадцять дві тисячі) гривень.
 - 3.4.1.3. За випадком п. 2.1.3. – 22 000,00 (двадцять дві тисячі) гривень.
 - 3.4.1.4. За випадком п. 2.1.4. – 30 000,00 (тридцять тисяч) гривень.
 - 3.4.1.5. За випадком п. 2.1.5. – 10 000 (десять тисяч) гривень.
 - 3.4.2. Не можуть бути прийняті на страхування:
 - 3.4.2.1. особи, робота яких пов'язана з підвищеним ризиком, а саме: військовослужбовці, що безпосередньо приймають участь у бойових діях, в тому числі які проходять строкову військову службу за призовом, міліціонери патрульної служби, рятувальники, пожежники, підземні робітники, прохідники, шахтарі, вибухотехніки, промислові водолази, альпіністи;
 - 3.4.2.2. особи, що перебувають в місцях позбавлення волі;

- 3.5. При застосуванні положень Договору має бути встановлено прямий причинно-наслідковий зв'язок між винятками зі страхування та обставинами випадку, що стався.

4. Дії Застрахованої особи / Вигодонабувача в разі настання страхового випадку. Перелік документів, які підтверджують настання страхового випадку.

- 4.1. Протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дня, коли стало відомо про настання випадку, або (якщо мала місце госпіталізація Застрахованої особи) виписки зі стаціонару в будь-який спосіб повідомити Страховику про настання випадку, що має ознаки страхового, та протягом строку, що не перевищує 90 (дев'яносто) робочих днів подати Страховику письмову заяву за формою, встановлену Страховиком.
- 4.1.1. Повідомлення про настання страхового випадку здійснюється Застрахованою особою / Вигодонабувачем за контактами:
Телефон: 044 581 99 98 ; 067 242 10 07; 050 190 98 50; 0 800 501 112
Електронна пошта: sl@pzu.com.ua
- 4.1.2. При зверненні Страховику необхідно повідомити наступну інформацію:
- 1) ПІБ та дату народження Застрахованої особи;
 - 2) ПІБ заявника та яке відношення заявник має до Застрахованої особи;
 - 3) Причини та обставини настання події, а також її наслідки (діагноз, встановлений Застрахованій особі);
 - 4) Контактні дані заявника, Застрахованої особи або її членів родини.
- 4.2. Надати Страховику протягом строку, що не перевищує 90 (дев'яносто) робочих днів, наступні належним чином оформлені та засвідчені документи:
- письмову заяву за формою, що встановлена Страховиком;
 - копію паспорту Вигодонабувача або документу, що його замінює;
 - копію картки платника податків (ІПН) Вигодонабувача;
 - документи, необхідні для прийняття рішення про страхову виплату, а саме:
- 4.2.1. Документи, що підтверджують факт та причину настання страхового випадку, передбаченого п. 2.1.1. Розділу II Договору:
- 4.2.1.1. свідоцтво про смерть Застрахованої особи - нотаріально засвідчена копія;
 - 4.2.1.2. проста копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті;
 - 4.2.1.3. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує причини, обставини події – якщо страховий випадок настав внаслідок нещасного випадку – копія, завірена нотаріально або закладом, що видав документ;
 - 4.2.1.4. в випадку смерті в медичному закладі – оригінал посмертного епікризу (за потреби оригінал може бути повернений його пред'явнику, в цьому випадку Страховик залишає на розгляді копію);
 - 4.2.1.5. для спадкоємців (якщо Вигодонабувач відсутній) - свідоцтво про право на спадщину, видане нотаріусом. При цьому свідоцтво про спадщину, надається з урахуванням строку, передбаченого чинним законодавством для його одержання відповідною особою-спадкоємцем.
- 4.2.2. Документи, що підтверджують факт та причину настання страхового випадку, передбаченого п. 2.1.2. Розділу II Договору:
- 4.2.2.1. завірену нотаріально копію або оригінал (в такому випадку Страховик залишає на розгляді копію та повертає оригінал Застрахованій особі) довідки про встановлення інвалідності (довідка до акту огляду МСЕК);
 - 4.2.2.2. висновок МСЕК про встановлення групи інвалідності або виписку з акту огляду МСЕК із зазначенням діагнозу, з приводу якого встановлено інвалідність;
 - 4.2.2.3. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує причини, обставини події – якщо страховий випадок настав внаслідок нещасного випадку – копія, завірена нотаріально або закладом, що видав документ;
- 4.2.3. Документи, що підтверджують факт та причину настання страхового випадку, передбаченого п. 2.1.3. Розділу II Договору:
- 4.2.3.1. Виписний епікриз / виписки з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок, виданий спеціалізованим медичним закладом, та який містить детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину; результат обстеження; результати лабораторних та інструментальних методів обстеження та діагностики (ЕКГ, Ехо-кардіографія, біохімічні маркери – тропонінові тести, онкомаркери, гістологічне обстеження, рентгенологічне обстеження, комп'ютерна томографія - КТ та/або магнітно-резонансна томографія – МРТ, результати спірографії) або інші обстеження, які характерні і підтверджують діагноз встановленого захворювання; повний діагноз, з обов'язковим зазначенням ураженого органу, клінічної стадії; показаннями до оперативного лікування та протокол операції (в разі проведення); результат лікування та подальші рекомендації.
 - 4.2.3.2. для випадку зазначеного у п.2.1.3.6 Розділу II Договору необхідно обов'язково надати результати обстеження головного мозку за допомогою інструментальних методів дослідження (комп'ютерної, магнітно-резонансної або позитронно-емісійної томографії), що проводились для встановлення діагнозу; висновок лікаря-невролога про огляд, проведений не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня встановлення заключного діагнозу, в т.ч. результати психодіагностичних досліджень (оцінка за шкалою MMSE, Хачинського тощо).
- 4.2.4. Документи, що підтверджують факт та причину настання страхового випадку, передбаченого п. 2.1.4. Розділу II Договору:
- 4.2.4.1. Документи, зазначені у п. 4.2.2.3. Розділу II Договору, якщо такі документи були складені;
 - 4.2.4.2. Документи закладів охорони здоров'я встановленого зразка, належним чином заповнені, засвідчені підписом відповідальної особи та скріплені печаткою закладу охорони здоров'я, зокрема:
 - 4.2.4.2.1. виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого з вказаними прізвищем, іменем, по батькові хворого-Застрахованої особи, датою звернення за медичною допомогою, повним діагнозом, анамнезом, результатами досліджень, що проводились для встановлення діагнозу, проведеним лікуванням, датою виписки з закладу охорони здоров'я – оригінал або копія, засвідчена закладом охорони здоров'я, що її видав;

- 4.2.4.2.2. документи про медичний огляд (обстеження) Застрахованої особи профільним лікарем, проведене хірургічне втручання чи спеціальний вид терапії, інші медичні документи, що дозволяють достовірно визначити факт, причини та обставини настання страхового випадку, розмір страхової виплати тощо;
- 4.2.4.2.3. результати рентгенологічних, функціональних, лабораторних та інших методів інструментальних досліджень, що проводились Застрахованій особі з метою встановлення діагнозу (в т.ч. оригінали рентгенівських знімків, плівки магнітно-резонансної томографії тощо), з відповідним висновком профільного лікаря (оригінал або копія, засвідчена закладом охорони здоров'я, що її видав);
- 4.2.5. Документи, що підтверджують факт та причину настання страхового випадку, передбаченого п. 2.1.5. Розділу II Договору:
 - 4.2.5.1. Документи, зазначені у п. 4.2.1. Розділу II Договору;
 - 4.2.5.2. Акт про нещасний випадок на виробництві (форма Н-1 чи інша форма, встановлена законодавством України);
 - 4.2.5.3. Документи, що підтверджують факт настання нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою, а саме, належним чином засвідчену довідку з відповідного компетентного органу МВС України із зазначенням:
 - 4.2.5.3.1. що Застрахована особа є особою, постраждалою (потерпілою) внаслідок дорожньо-транспортної пригоди;
 - 4.2.5.3.2. місця, часу та обставин настання події;
 - 4.2.5.3.3. реєстраційного та ідентифікаційного номеру транспортного засобу, в якому під час дорожньо-транспортної пригоди перебувала Застрахована особа, чи який став причиною дорожньо-транспортної пригоди із Застрахованою особою-пішоходом;
 - 4.2.5.3.4. повного імені (назви) та адреси власника (користувача) зазначеного вище транспортного засобу;
 - 4.2.5.3.5. відомостей про учасників дорожньо-транспортної пригоди.
- 4.2.6. Вимоги до медичної документації:
 - 4.2.6.1. Наявність штампу медичного закладу або оформлення на власному бланку лікувального закладу, що містить код ЄДРПОУ та контактні дані такого лікувального закладу;
 - 4.2.6.2. Наявність підпису та печатки лікаря, що проводив обстеження та лікування;
 - 4.2.6.3. До розгляду приймаються оригінали медичної документації, які в випадку необхідності можуть бути повернені Застрахованій особі для подальшого лікування. В такому випадку Страховик залишає собі копію такого медичного документа.
 - 4.2.6.4. У випадку неможливості надати оригінали документів, необхідність надання оригіналів яких передбачена п. 4.2.1 – 4.2.4 Розділу II Договору, для підтвердження страхового випадку надаються нотаріально посвідчені копії, або копії, посвідчені підписом лікуючого лікаря та печаткою лікувального закладу, або канцелярією лікувального закладу, який видав такий документ.
- 4.2.7. Якщо нещасний випадок або інша подія, яка призвела до настання страхового випадку, відбувся за межами території України, Страховику повинні бути надані медичні та інші документи, що дозволяють ідентифікувати факт страхового випадку та характер отриманих ушкоджень. Документи іноземною мовою повинні підтверджуватися нотаріально завіреним (апостильованим) перекладом.
- 4.2.8. Будь-які витрати на отримання, завірення та, за потреби, переклад на українську мову документів, несе Вигодонабувач (спадкоємець).
- 4.2.9. Страховик має право запитувати додаткові документи та інформацію, окрім наведених в п.п. 4.2.1. – 4.2.6. Розділу II Договору, в разі виникнення в цьому потреби.
- 4.2.10. Для пришвидшення прийняття в роботу документів по страховій справі – скановані копії документів згідно з умовами п. 4.2 Розділу II Договору можна надіслати на електронну пошту claims@pzu.com.ua, обов'язково зазначивши в темі листа ПІБ Застрахованої особи та найменування Страхувальника.

5. Порядок визначення розміру та умови здійснення страхової виплати.

- 5.1. Страхова виплата за кожним страховим випадком здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці – гривні, та в межах страхової суми, визначеної умовами Договору та Заявою-приєднання (Акцептом) Застрахованої особи.
- 5.2. Розмір страхової виплати за кожним страховим випадком розраховується наступним шляхом:
 - 5.2.1. В випадку смерті Застрахованої особи з будь-якої причини (внаслідок хвороби або нещасного випадку) за п. 2.1.1 Розділу II Договору., розмір страхової виплати становить 100 (сто) відсотків страхової суми за вказаним страховим випадком.
 - 5.2.2. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи за п. 2.1.2. Розділу II Договору, розмір страхової виплати становить 100 (сто) відсотків страхової суми, встановленої за випадком Стійка втрата працездатності.
 - 5.2.3. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи за п. 2.1.2. Розділу II Договору, розмір страхової виплати становить 80 (вісімдесят) відсотків страхової суми, встановленої за випадком Стійка втрата працездатності.
 - 5.2.4. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи внаслідок нещасного випадку за п. 2.1.2. Розділу II Договору, розмір страхової виплати становить 60 (шістдесят) відсотків страхової суми, встановленої за випадком Стійка втрата працездатності.
 - 5.2.5. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи внаслідок захворювання за п. 2.1.2. Розділу II Договору, розмір страхової виплати становить 10 (десять) відсотків страхової суми, встановленої за випадком Стійка втрата працездатності.
 - 5.2.6. В випадку, якщо Застрахованій особі було підвищено групу інвалідності, що була встановлена до приєднання до Договору, і таке підвищення спричинене тим самим захворюванням або наслідками перенесеної травми, що і попередньо встановлена група, то виплата розраховується як щодо вперше встановленої інвалідності відповідної групи з урахуванням страхової суми, наведеної в п. 5.2.9.1.2 Розділу II Договору.

- 5.2.7. В випадку, якщо Застрахованій особі було підвищено групу інвалідності, що раніше була встановлена в період дії щодо неї Договору, то виплата становить різницю між проведеною раніше виплатою щодо меншої групи інвалідності та призначеною виплатою для підвищеної групи інвалідності.
- 5.2.8. В випадку встановлення Застрахованій особі діагнозу **Критичного захворювання** з переліку п. 2.1.3. Розділу II Договору розмір страхової виплати становить 100 (сто) відсотків страхової суми за вказаним страховим випадком. Виплата проводиться за умови, що після встановлення діагнозу Застрахована особа залишається живою щонайменше 30 (тридцять) календарних днів. При цьому в випадку, якщо документи, що підтверджують встановлення діагнозу Критичного захворювання, подаються раніше зазначеного періоду у 30 календарних днів, проводиться авансова виплата в розмірі 30 (тридцять) відсотків від страхової суми. По закінченню зазначеного періоду 30 календарних днів проводиться доплата в розмірі 70 (сімдесят) відсотків від страхової суми. Дане твердження не відноситься до п. 2.1.3.2 Розділу II Договору.
Після проведення страхової виплати, страхове покриття за вказаним страховим випадком припиняє свою дію. Максимальна страхова виплата за ризиком, зазначеним в п. 2.1.3. Розділу II Договору не може перевищувати 100 (сто) відсотків страхової суми за ризиком.
- 5.2.8.1. У випадку встановлення Застрахованій особі діагнозу з переліку п. 2.1.3.3.2. Розділу II Договору розмір страхової виплати визначається відповідно наведеним в зазначеному пункті відсоткам від страхової суми. Після проведення страхової виплати, страхове покриття за вказаним страховим випадком продовжує свою дію зі зменшеною на розмір проведеної виплати страховою сумою щодо даної Застрахованої особи.
- 5.2.8.2. У випадку встановлення Застрахованій особі, що до дати приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) перенесла захворювання з переліку п. 2.1.3.3. Розділу II Договору, рецидиву такого захворювання, що підтверджується документально та результатами обстежень, страхова виплата встановлюється в розмірі 10 (десять) відсотків від страхової суми (з урахуванням страхової суми, наведеної в п. 3.4.1. Розділу II Договору). Після проведення страхової виплати, страхове покриття за вказаним страховим випадком продовжує свою дію зі зменшеною на розмір проведеної виплати страховою сумою щодо даної Застрахованої особи.
- 5.2.9. Розрахунок страхової виплати за випадком п. 2.1.2. та 2.1.3. Розділу II Договору для осіб, що на дату приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) мають встановлену групу інвалідності з будь-якої причини або перенесли до приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) одне з захворювань із п. 2.1.3. Розділу II Договору відповідно:
- 5.2.9.1. У випадку **встановлення у процесі розгляду страхового випадку наявності** причинно-наслідкового зв'язку між:
- 1) встановленою Застрахованій особі до моменту приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) інвалідністю,
 - або діагностованим до моменту приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) критичним захворюванням,
 - або отриманим до моменту приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) травматичним ушкодженням, та
 - 2) встановленням або підвищенням Застрахованій особі групи інвалідності або діагностування у неї критичного захворювання в період дії Договору (що розраховується починаючи з моменту приєднання Застрахованої особи до Договору), страхові виплати розраховуються, виходячи із наступних розмірів страхових сум:
- 5.2.9.1.1. За випадком п. 2.1.1. – 50 000,00 (п'ятдесят тисяч) гривень.
 - 5.2.9.1.2. За випадком п. 2.1.2. – 55 000,00 (п'ятдесят п'ять тисяч) гривень.
 - 5.2.9.1.3. За випадком п. 2.1.3. – 55 000,00 (п'ятдесят п'ять тисяч) гривень.
 - 5.2.9.1.4. За випадком п. 2.1.4. – 50 000,00 (п'ятдесят тисяч) гривень.
 - 5.2.9.1.5. За випадком п. 2.1.5. – 20 000 (двадцять тисяч) гривень.
- 5.2.9.2. У випадку **встановлення у процесі розгляду страхового випадку відсутності** причинно-наслідкового зв'язку між:
- 1) встановленою Застрахованій особі до моменту приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) інвалідністю,
 - або діагностованим до моменту приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) критичним захворюванням,
 - або отриманим до моменту приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) травматичним ушкодженням, та
 - 2) встановленням або підвищенням Застрахованій особі групи інвалідності або діагностування у неї критичного захворювання в період дії Договору (що розраховується починаючи з моменту приєднання до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)), страхові виплати розраховуються виходячи із страхових сум, зазначених у Заяві-приєднання (Акцепті) Застрахованої особи.
- 5.2.10. За страховим випадком, передбаченим пунктом 2.1.4. Розділу II Договору, страхова виплата здійснюється на умовах та у розмірі, зазначеному у Розділі III Договору, при цьому розрахунок наведено у відсотках від страхової суми за страховим випадком. Страхові виплати здійснюються за кожним страховим випадком, передбаченим пунктом 2.1.4. Розділу II Договору, окремо та в повному обсязі, але в сукупності не можуть перевищувати 100% страхової суми, встановленої за цим страховим випадком для окремої Застрахованої особи.
- 5.2.11. У разі **смерті Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою**, зазначеного у п. 2.1.5 Розділу II Договору, страхова виплата здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої для цього випадку.
- 5.3. У разі визнання події, що відбулася, страховим випадком – страхова виплата проводиться Страховиком на підставі Заяви про страхову виплату, Страхового акту та документів, зазначених в п 4 Розділу II Договору.
- 5.4. Страховик має право відкласти прийняття рішення за подією та здійснення страхової виплати у випадках:
- 5.4.1. якщо за фактами, які стали причиною настання випадку, розпочато кримінальне провадження або почато судовий процес – до закінчення досудового слідства або судового розгляду;

- 5.4.2. якщо для встановлення причин смерті необхідно зробити запити до медичних закладів, правоохоронних органів або інших підприємств, установ, організацій, державних структур – до моменту отримання відповідей на запити.
- 5.4.3. У випадку відстрочення прийняття рішення за подією та здійснення страхової виплати Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання останнього з документів повинен письмово повідомити про це Страхувальника, Вигодонабувача з обґрунтуванням причин відстрочення.
- 5.4.4. Максимальний термін відстрочення не може перевищувати 3 (три) місяців.
- 5.5. Для прийняття рішення щодо визнання випадку страховим за всіма випадками, крім смерті Застрахованої особи, Страховик має право вимагати проведення медичного обстеження (огляду) Застрахованої особи.
- 5.6. Страховик здійснює виплату в разі присвоєння застрахованій особі **III групи** інвалідності, в т.ч. в разі, якщо в документах про інвалідність зазначено, що по закінченню регламентованого законодавством терміну буде проводитися перегляд цієї інвалідності.
- 5.7. Страховик також здійснює виплату по випадкам за ризиком "встановлення Застрахованій особі інвалідності", якщо протягом дії Договору страхування Застрахованій особі-інваліду присвоєно вищу групу інвалідності по відношенню до групи інвалідності, що діяла на момент приєднання Застрахованої особи до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)), навіть якщо захворювання, що сприяло присвоєнню інвалідності і підвищенню групи інвалідності - одне й те саме (з урахуванням розмірів страхової суми, вказаної у п. 5.2.9. Розділу II Договору, а для осіб, вік яких перевищує 68 повних років на дату приєднання Застрахованої особи до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) – з урахуванням розмірів страхової суми, вказаної у п. 3.4.1 Розділу II Договору).
- 5.8. Страховик також здійснює виплату по випадкам за ризиком "встановлення Застрахованій особі інвалідності", що настали внаслідок захворювання/травми, що виникли у Застрахованої особи до приєднання Застрахованої особи до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) (з урахуванням розмірів страхової суми, вказаної у п. 5.2.9. Розділу II Договору, а для осіб, вік яких перевищує 68 повних років на дату приєднання Застрахованої особи до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) – з урахуванням розмірів страхової суми, вказаної у п. 3.4.1 Розділу II Договору).

6. Причини відмови у страховій виплаті.

- 6.1. Підставами для відмови у страховій виплаті, окрім наведених в п.п. 3.1. – 3.2. Розділу II Договору, визначені наступні обставини та умови:
- 6.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), Вигодонабувача, спадкоємців Застрахованої особи, що спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи), Вигодонабувача, спадкоємців встановлюється відповідно до чинного законодавства України.
- 6.1.2. Подання Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем або спадкоємцем Застрахованої особи свідомо неправдивих відомостей або приховування суттєвої інформації про факт настання страхового випадку.
- 6.1.3. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем або спадкоємцем про настання страхового випадку (згідно умов п. 4.1 Розділу II Договору) без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин настання страхового випадку.
- 6.1.4. Ненадання документів, які підтверджують факт настання страхового випадку відповідно вимог п. 4 Розділу II Договору.
- 6.1.5. Встановлення факту того, що на дату приєднання Застрахованої особи до цього Договору (підписання Заяви-приєднання (Акцепту)) Застрахована особа підпадала під визначення пункту 3.4.2 Розділу II Договору та не могла бути застрахована.
- 6.2. Відмова Страховика у виплаті може бути оскаржена в судовому порядку.

Розділ III.		
ТАБЛИЦЯ № 1		
РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ У РАЗІ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ТА/АБО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ		
Стаття	Характер ушкодження	Розмір виплати, % від страхової суми
КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ЧЕРЕПА:	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
2	ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ ТРАВМАТИЧНІ ГЕМАТОМИ:	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3	УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 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. Страхова виплата по статті 3 здійснюється тільки в разі перебування хворого на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні та при наявності висновку лікаря-невролога та даних енцефалограми або результатів іншого інструментального обстеження, проведеного для уточнення діагнозу.	
2. 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.	
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, перераховані в будь-якому пункті статті 1, 2 чи 3, страхова виплата здійснюється одноразово по одному пункту відповідної статті, що передбачає найбільш важке ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
4	УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (ТРАВМАТИЧНЕ, ТОКСИЧНЕ, ГІПОКСИЧНЕ), ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВИНИКНЕННЯ:
а) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
б) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
в) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
г) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, деменції	70
д) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів, а саме нетримання чи затримка сечі, порушення акта дефекації	100
Примітки:	
1. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми нервової системи, зазначеними в статті 4, здійснюється одноразово по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важкі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми і підтверджені документально. При цьому страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої відповідно до статей 1, 2, 3, 5, 6, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.	
2. При зниженні гостроти зору або зниженні слуху в результаті черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється по відповідних статтях шляхом підсумовування.	
5	ПЕРИФЕРИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ
	10
Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів сталося при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється по статті 1; стаття 5 при цьому не застосовується.	
6	УШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, КІНСЬКОГО ХВОСТА, ПОЛІОМІЄЛІТ, БЕЗ ВКАЗІВКИ СИМПТОМІВ:
а) забій	10
б) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт	30
в) частковий розрив	50
г) повний розрив спинного мозку	100
Примітки:	
1. Якщо страхова виплата була здійснена по пунктах «а», «б», «в» статті 6, але надалі виникли ускладнення, перераховані в статті 4 і підтверджені довідкою закладу охорони здоров'я, страхова виплата по статті 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.	
7	ТРАВМАТИЧНІ НЕВРИТИ НА ОДНІЙ КІНЦІВЦІ (ЗА ВИНЯТКОМ НЕВРИТІВ ПАЛЬЦЕВИХ НЕРВІВ)
	5
8	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ПОРАНЕННЯ) ШИЙНОГО, ПЛЕЧОВОГО, ПОПЕРЕКОВОГО, КРИЖОВОГО СПЛЕТЕНЬ
а) травматичний плексит	10
б) частковий розрив сплетення	40
в) розрив сплетення	70
Примітки:	
1. Статті 7 і 8 одночасно не застосовуються.	
2. Невралгії, невропатії, що виникли в зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення страхової виплати.	
9	ПОВНИЙ РОЗРИВ НЕРВІВ:
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
ОРГАНИ ЗОРУ	
10	ПАРАЛІЧ АКОМОДАЦІЇ ОДНОГО ОКА
	15

11	ГЕМІАНОПСІЯ (ВИПАДІННЯ ПОЛОВИНИ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА), УШКОДЖЕННЯ М'ЯЗІВ ОЧНОГО ЯБЛУКА (ТРАВМАТИЧНА КОСООКІСТЬ, ПТОЗ, ДИПЛОПІЯ)	15
12	ЗВУЖЕННЯ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА:	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13	ПУЛЬСУЮЧИЙ ЕКЗОФТАЛЬМ ОДНОГО ОКА	10
14	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
Примітки:		
1. Опіки ока без зазначення ступеня опіку, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не є підставою для здійснення страхової виплати.		
2. Якщо ушкодження, перераховані в статті 14, спричиняють зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється у відповідності до статті 20; стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з пошкодженням очного яблука проводились виплати згідно із статтею 14, але травма в подальшому ускладнилась зниженням гостроти зору, і це є підставою для здійснення страхової виплати у більшому розмірі, проведена раніше страхова виплата вираховується.		
3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не є підставою для здійснення страхової виплати.		
15	УШКОДЖЕННЯ СЛЪЗОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ОДНОГО ОКА:	
	а) що не спричинило порушення функцій слъзовидільних шляхів	5
	б) що спричинило порушення функцій слъзовидільних шляхів	10
16	НАСЛІДКИ ТРАВМИ ОКА:	
	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
Примітки:		
1. Якщо в результаті однієї травми сталося кілька патологічних змін, перерахованих у статті 16, страхова виплата здійснюється одноразово, підсумовування не відбувається.		
2. Якщо лікар-окуліст не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми ока установить патологічні зміни, перераховані в статтях 10, 11, 12, 13, 15 (пункт «б»), 16 і зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням усіх наслідків шляхом підсумовування, але не більш ніж 50% за одне око.		
17	УШКОДЖЕННЯ ОКА (ОДНОГО ЧИ ДВОХ), ЩО СПРИЧИНИЛО ПОВНУ ВТРАТУ ЗОРУ ОДНОГО ОКА АБО ОБОХ ОЧЕЙ, ЩО ВОЛОДІЛИ ЗОРОМ НЕ НИЖЧЕ 0,01	100
18	ВИДАЛЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ ОЧНОГО ЯБЛУКА СЛІПОГО ОКА	10
19	ПЕРЕЛОМ ОРБИТИ	10
20	ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ (ДИВ. ДОПОВНЕННЯ № 1 ДО ЦЬОЇ ТАБЛИЦІ)	
Примітки:		
1. Страхова виплата по статті 20 здійснюється додатково до страхової виплати, проведеної раніше в період дії договору страхування в зв'язку з травмою органів зору виключно у разі, якщо зниження гостроти зору є прямим наслідком цієї травми.		
2. Рішення про страхову виплату в зв'язку зі зниженням гостроти зору, що сталося в результаті травми, приймається після закінчення лікування, але не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) і інших наслідків перенесеного ушкодження.		
3. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то вважається, що вона була такою, як у неушкодженого. Однак, якщо гострота зору непошкодженого ока виявиться нижчою, ніж пошкодженого, вважається, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.		
4. Якщо в результаті травми були ушкоджені обидва ока і дані про гостроту зору до травми відсутні, вважається, що гострота зору їх складала 1,0.		
5. Якщо в зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталик або застосована лінза, що коригує, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.		
ОРГАНИ СЛУХУ		
21	УШКОДЖЕННЯ ВУШНОЇ РАКОВИНИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	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 пунктах «б», «в», «г» статті 21 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння ран. Якщо страхова виплата здійснена по статті 21, то стаття 56 не застосовується.		
22	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ:	
	а) шепітна мова на відстані від 1м 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 ніж через 3 (три) місяці із дня травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа направляється до лікаря-отоларинголога для визначення наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по статті 23, пункту «а» статті 24 (якщо на це є підстави).		
23	РОЗРИВ ОДНІЄЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ, ЩО СТАВСЯ У РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ, І ЯКИЙ НЕ СПРИЧИНІВ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ	2
Примітки:		

1. Якщо в результаті травми відбувся розрив барабанної перетинки і встановлено зниження слуху, страхова виплата проводиться по статті 22; стаття 23 при цьому не застосовується.

2. Якщо розрив барабанної перетинки відбувся в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка), стаття 23 не застосовується.

24	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОТИТ:	
	а) гострий	1
	б) хронічний	3

Примітка: страхова виплата по пункту «б» статті 24 здійснюється додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено лікарем-отоларингологом не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми по відповідній статті.

ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
25	а) ПЕРЕЛОМ БЕЗ ЗМІЩЕННЯ, ВИВИХ КІСТОК, ХРЯЩА НОСА	2
	б) ПЕРЕЛОМ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ, ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ, ГРАТЧАСТОЇ КІСТКИ, КІСТОК НОСА ЗІ ЗМІЩЕННЯМ	5

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа сталася його деформація і це підтверджено довідкою закладу охорони здоров'я і результатами огляду, страхова виплата проводиться по статтях 25 і 56 (якщо є підстави для застосування цих статей) шляхом підсумовування.

2. У разі ушкодження одночасно кількох кісток, перерахованих у пункті «б» статті 25, виплата проводиться одноразово у визначеному у цьому підпункті розмірі, підсумовування не відбувається.

26	УШКОДЖЕННЯ ЛЕГЕНІВ, ПІДШКІРНА ЕМФІЗЕМА, ГЕМОТОРАКС, ПНЕВМОТОРАКС, ПНЕВМОНІЯ, ЕКСУДАТИВНИЙ ПЛЕВРИТ, СТОРОННЄ ТІЛО (ТІЛА) ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ:	
	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 є підставою для здійснення страхової виплати.

2. Якщо переломи ребер, грудини спричинили ускладнення, передбачені статтею 26, страхова виплата по цій статті виплачується додатково до статей 28 та 29.

27	УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЇЇ ОРГАНІВ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) легеневу недостатність (яка виникла не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми)	10
	б) видалення частки, частини легень	40
	в) видалення однієї легені	60

Примітка: при здійсненні страхової виплати по пунктах «б» або «в» статті 27, пункт «а» статті 27 не застосовується.

28	ПЕРЕЛОМ ГРУДИНИ	5
29	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО РЕБРА	3

Примітки:

1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.

2. Перелом хрящової частини ребра є підставою для здійснення страхової виплати тільки в разі його підтвердження інструментальними методами дослідження (УЗД, КТ, МРТ).

3. Якщо в довідках, отриманих з різних закладів охорони здоров'я, буде зазначена різна кількість ушкоджених ребер, страхова виплата здійснюється з урахуванням більшого числа ребер.

30	ПРОНИКАЮЧЕ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ТОРАКОСКОПІЯ, ТОРАКОЦЕНТЕЗ, ТОРАКОТОМІЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ:	
	а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребує проведення торакотомії	5
	б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) торакотомія 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 проведено видалення легень або їх частин, страхова виплата здійснюється у відповідності із статті 27; стаття 30 при цьому не застосовується.

2. Статті 30 і 26 одночасно не застосовуються.

3. Якщо в зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш складного втручання одноразово.

31	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ПЕРЕЛОМ ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ОПІК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ	5
-----------	--	---

Примітка: якщо в зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.

32	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ТРАХЕОСТОМІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш ніж 3 (трьох) місяців з дня травми	10
	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш ніж 6 (шести) місяців з дня травми	20

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 32 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою по статті 31.

2. Якщо у зв'язку з пошкодженням трахеї, гортані, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомією проводились страхові виплати згідно з пунктом «а» статті 32, але травма в подальшому ускладнилась і це є підставою для здійснення страхової виплати по пункту «б» статті 32, проведена раніше страхова виплата по пункту «а» статті 32 вираховується.

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА

33	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	10
34	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ:	
	а) I ступеня	10
	б) II ступеня	25
Примітка: якщо в документах закладів охорони здоров'я не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється по пункту «а» статті 34.		
35	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН (ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ) НА РІВНІ:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	20

Примітки:

1. До великих магістральних судин відносяться: аорта, легенева, сонна артерії, безіменна вена, внутрішня яремна вена, верхня і нижня порожнисті вени, ворітна вена, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів.

До великих периферичних судин відносяться: 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 травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, виплата проводиться не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми на підставі висновку фахівця.

3. Страхова виплата по статтях 34, 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми і підтверджені документально. Раніше цього терміну виплата здійснюється по статтях 33, 35.

4. Якщо в зв'язку з ушкодженням великих периферичних судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 5% страхової суми.

ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ

37	ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, СКУЛОВОЇ КІСТКИ АБО НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ВИВИХ ЩЕЛЕПИ:	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5
	б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
	в) звичний вивих щелепи	10

Примітки:

1. При переломі щелепи, що сталася випадково під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.

2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не є підставою для здійснення страхової виплати.

3. Якщо в зв'язку з травмою щелепи, виличної кістки проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.

4. При звичному вивиху нижньої щелепи (пункт «в» статті 37) страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої по пунктах «а», «б» статті 37. При рецидивах звичного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.

38	ПОВНА ВТРАТА ЗУБІВ (КРІМ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ):	
	а) 1-2 зубів	2
	б) 3-5 зубів	5
	в) 6-9 зубів	10
	г) 10 і більше зубів	15

Примітки:

1. Стаття 38 застосовується виключно у разі проведення страхових виплат відповідно до статті 1 та/або статті 37 та/або статті 25 та/або статті 56 Таблиці.

2. Якщо внаслідок травми пошкоджено незйомний зубний протез (коронку), страхова виплата проводиться лише у разі повної втрати опорного зуба.

3. Якщо внаслідок травми пошкоджено зйомний зубний протез, страхова виплата по статті 38 не здійснюється.

39	УШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40

Примітки:

1. Страхова виплата в зв'язку з відсутністю щелепи або її частини зменшується на розмір усіх раніше проведених виплат по статті 38.

2. Якщо травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, розмір страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень по відповідних статтях шляхом підсумовування.

3. При здійсненні страхової виплати по статті 39 додаткова виплата за оперативні втручання не проводиться.

40	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ПОРОЖНИНИ РОТА (ПОРАНЕННЯ, ОПІК, ОБМОРОЖЕННЯ), ЯКЕ СПРИЧИНИЛО УТВОРЕННЯ РУБЦІВ (НЕЗАЛЕЖНО ВІД ЇХНЬОГО РОЗМІРУ)	3
41	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність кінчика язика	10
	б) відсутність дистальної третини язика	15

	в) відсутність язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	60
42	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) ГЛОТКИ, СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, КИШЕЧНИКУ, А ТАКОЖ ЕЗОФАГОСТРОСКОПІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ЦИМИ УШКОДЖЕННЯМИ АБО З МЕТОЮ ВИДАЛЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, ЩО НЕ СПРИЧИНИЛО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ	5
43	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) СТРАВОХОДУ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) звуження стравоходу	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	100
Примітка: страхова виплата по статті 43 проводиться не раніше, ніж через 6 (шість) місяців із дня травми. Якщо раніше була проведена страхова виплата по статті 42, така виплата вираховується.		
44	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ОПІК, ПОРАНЕННЯ) ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5
	б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечнику, 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)	80
Примітки: 1. При ускладненнях травми, передбачених у пунктах «а», «б», «в» статті 44, страхова виплата проводиться за умови, що ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми, а передбачені в пунктах «г» і «д» статті 44 – не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми. Зазначені ускладнення травми визнаються страховим випадком тільки в тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою закладу охорони здоров'я. Раніше цих термінів страхова виплата проводиться по статті 42 і така виплата не віднімається при ухваленні остаточного рішення. 2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному пункті статті 44, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах цієї статті, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
45	ГРИЖА, ЩО УТВОРИЛАСЯ НА МІСЦІ УШКОДЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, ДІАФРАГМИ АБО В ОБЛАСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ, ЯКЩО ОПЕРАЦІЯ ПРОВІДИЛАСЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, АБО СТАН ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ТАКОЇ ГРИЖІ	5
Примітки: 1. Страхова виплата по статті 45 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми. 2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові і пахово-мошонкові), що виникли в результаті підняття ваги, не є підставою для здійснення страхової виплати.		
46	УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ АБО ВИПАДКОВОГО ГОСТРОГО ОТРУЄННЯ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) підкапсульний розрив печінки, що не потребує оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, що розвився безпосередньо в зв'язку з травмою, гепатоз	5
	б) печінкову недостатність	10
Примітка: якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в пункті «а» статті 46, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах цієї статті, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
47	УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура	15
	б) ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки	25
	г) видалення частини печінки і жовчного міхура	35
48	УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребує оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30
49	УШКОДЖЕННЯ ШЛУНКА, ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, КИШЕЧНИКУ, БРИЖІ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) утворення несправжньої кісти підшлункової залози	20
	б) резекцію шлунка, кишечнику, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунка	60
Примітка: якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному пункті статті 47, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
50	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЖИВОТА, У ЗВ'ЯЗКУ З ЯКИМИ ЗРОБЛЕНІ:	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5
	б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	10
	в) лапаротомія при ушкодженні органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15

г) повторні лапаротомії (незалежно від їхньої кількості)		5
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати по статтях 46-49, стаття 50 (крім пункту «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.50 одноразово.		
СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМИ		
51	УШКОДЖЕННЯ НИРКИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребує оперативного втручання	5
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
52	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ (НИРОК, СЕЧОВОДІВ, СЕЧОВОГО МІХУРА, СЕЧІВНИКА), ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	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 розтрощення), хронічну ниркову недостатність	30
	е) непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої свищі	40
Примітки:		
1. Якщо в результаті однієї травми сталося порушення функції декількох органів сечостатевої системи, вказаних в статті 52, страхова виплата проводиться одноразово по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
2. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми, перерахованими в пунктах «а», «в», «г», «д» і «е» статті 52, виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми.		
53	ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ, ПРОВЕДЕНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, зроблені в зв'язку з травмою (незалежно від їхньої кількості)	5
Примітка: якщо в зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата проводиться по пунктах «б», «в» статті 51; стаття 53 при цьому не застосовується.		
54	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СТАТЕВОЇ АБО СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:	
	а) поранення, розрив, опік, обмороження	5
55	УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, обох яєчок, частини статевих членів	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 статевих членів та обох яєчок	60
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
56	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ, ПЕРЕДНЬОБОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПІДЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ, ВУШНИХ РАКОВИН, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ:	
	а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см ²	2
	б) утворення пігментних плям площею від 1,0 см ² до 0,5% поверхні тіла	3
	в) утворення рубців площею 1,0 см ² і більше або довжиною 5 см і більше	5
	г) утворення пігментних плям площею 0,6% поверхні тіла та більше	7
	д) значне порушення косметики (від 30% до 50% від вказаних областей)	10
	е) різке порушення косметики (від 51% до 70% від вказаних областей)	30
	є) спотворення (71% від вказаних областей та більше), асиметрія обличчя	50
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 проводиться з урахуванням перелому і післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичну 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 Застрахована особа одержала другу травму, яка спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), знову виплачується страхова виплата з урахуванням наслідків повторної травми.		
57	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ВОЛОСЯНОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ, ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ УТВОРЕННЯ РУБЦІВ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 2,0 см ² до 5,0 см ² або довжиною 5 см і більше	2
	б) від 5,1 см ² до 0,5% поверхні тіла	5
	в) від 0,6% до 2,0% поверхні тіла	10

г) від 2,1% до 4,0% поверхні тіла	15
д) від 4,1% до 6,0% поверхні тіла	20
е) від 6,1% до 8,0% поверхні тіла	25
ж) від 8,1% до 10,0% поверхні тіла	30
з) від 10,1% до 15,0% поверхні тіла	35
и) від 15,1% поверхні тіла 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 голівки II-V п'ясткових кісток (без врахування I пальця).
2. При визначенні площі рубців враховуються рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту враженої ділянки шкіри.
3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і ін.), стаття 57 не застосовується.

58	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО УТВОРЕННЯ ПІГМЕНТНИХ ПЛЯМ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 1,0% до 2,0% поверхні тіла	3
	б) від 2,1% до 10,0% поверхні тіла	5
	г) від 10,1% до 15,0% поверхні тіла	10
	г) 15,1% поверхні тіла і більше	15

Примітки:
1. Рішення про страхову виплату по статтях 56, 57 і 58 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння поверхні ран, але не раніше ніж через 1 (один) місяць з дня травми.
2. Загальна сума виплат по статтях 57 і 58 не повинна перевищувати 40%.
3. Післяопераційні рубці не є підставою для здійснення страхових виплат по статтях 39, 56, 57 та 58.

59	ОПІКОВА ХВОРОБА, ОПІКОВИЙ ШОК	10
-----------	--------------------------------------	-----------

Примітка: страхова виплата по статті 59 проводиться додатково до страхової виплати, що здійснюється в зв'язку з опіком.

60	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН:	
	а) м'язова грижа, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площею не менш 2 см ² , підтверджена інструментальними методами, розрив м'язів	3
	б) розрив сухожиль, за винятком сухожиль 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 встановлені не раніше ніж через 2 (два) місяці з дня травми.

ХРЕБЕТ		
61	ПЕРЕЛОМ, ПЕРЕЛОМО-ВИВИХ АБО ВИВИХ ТІЛ, ДУЖОК І СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ І КУПРИКА):	
	а) одного-двох	20
	б) трьох-п'яти	30
	в) шести і більше	40
62	РОЗРИВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ЗВ'ЯЗОК (ПРИ ТЕРМІНІ ЛІКУВАННЯ НЕ МЕНШ 14 ДНІВ), ПІДВИВИХ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КУПРИКА)	5

Примітка: при рецидивах підвивиху хребця страхова виплата не здійснюється.

63	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО ПОПЕРЕЧНОГО АБО ОСТИСТОГО ВІДРОСТКА	3
64	ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ	10
65	УШКОДЖЕННЯ КУПРИКА:	
	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. Якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох ушкоджень шляхом підсумовування.
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, перераховані в будь-якому пункті статті 61-63, страхова виплата здійснюється одноразово по одному пункту відповідної статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ		
66	ПЕРЕЛОМ ЛОПАТКИ, КЛЮЧИЦІ, ПОВНИЙ АБО ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО, ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СПОЛУЧЕНЬ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного сполучення	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох сполучень або перелом, вивих однієї кістки і розрив одного сполучення, перелома-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. Якщо в зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в статті 66, проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.
2. Якщо в зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про страхову виплату по статті 57 приймається за результатами огляду, проведеного після загоєння рани.
3. Страхова виплата в зв'язку з переломом, що не зрісся (несправжній суглоб), проводиться в тому випадку, якщо це ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально. Пункт «г» статті 66 застосовується виключно у разі проведення страхових виплат по пунктах «а», «б» чи «в» статті 66.

ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ

67	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА (СУГЛОБОВОЇ ЗАПАДИНИ ЛОПАТКИ, ГОЛІВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, АНАТОМІЧНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ, ГОРБИКІВ, СУГЛОБОВОЇ СУМКИ):	
	а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
	б) розрив капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча	5
	в) перелом двох кісток, перелом лопатки і вивих плеча	10
	г) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелома-вивих плеча	15
Примітка: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 67, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
68	УШКОДЖЕННЯ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА, ЯКІ СПРИЧИНILI:	
	а) звичний вивих плеча	15
	б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	в) «розбвтанний» плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	40

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 68 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженнями області плечового суглоба в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджені документально.
2. Якщо в зв'язку з травмою плечового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми.
3. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.

ПЛЕЧЕ

69	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15
	б) подвійний перелом	20
70	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, ЯКИЙ СПРИЧИНIV УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	45

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 70 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня 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.

71	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ АБО ЇЇ ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
	а) з лопаткою, ключицею або їхньою частиною	70
	б) плеча на будь-якому рівні	60
	в) однієї кінцівки на рівні плеча	100

Примітка: якщо страхова виплата проводиться по статті 71, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ

72	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА:	
	а) гемартроз (підтверджений пункцією суглоба), пронаційний підвивих передпліччя	2
	б) відрив кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
	г) перелом плечової кістки	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками	20

Примітка: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 72, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

73	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	б) «розбвтанний» ліктьовий суглоб, у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	30

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 73 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженнями області ліктьового суглоба, у тому випадку, якщо порушення рухів у цьому суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.
2. Якщо в зв'язку з травмою області ліктьового суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

74	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ (ВЕРХНЯ, СЕРЕДНЯ, НИЖНЯ ТРЕТИНА):	
	а) перелом, вивих однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
75	ПЕРЕЛОМ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНІЙ СУГЛОБ) КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30
Примітки:		
1. Страхова виплата по статті 75 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою передпліччя, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
2. 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.		
76	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО:	
	а) до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) до екзартикуляції в ліктьовому суглобі	70
	в) до ампутації однієї кінцівки на рівні передпліччя	100
Примітка: Якщо страхова виплата здійснюється по статті 76, додаткова виплата за оперативні втручання та післяопераційні рубці не проводиться.		
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
77	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перилунарний вивих кістки	15
Примітка: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 77, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
78	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВІДСУТНОСТІ РУХІВ (АНКІЛОЗУ) У ЦЬОМУ СУГЛОБІ	15
Примітки:		
1. Страхова виплата по статті 78 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженням області променево-зап'ясткового суглоба в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми й підтверджено документально.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області променево-зап'ясткового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми.		
КИСТЬ		
79	ПЕРЕЛОМ АБО ВИВИХ КІСТОК ЗАП'ЯСТЯ, П'ЯСТКОВИХ КІСТОК ОДНІЄЇ КИСТІ:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більш кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, 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 проводиться з врахуванням кожного пошкодження шляхом підсумовування.		
80	УШКОДЖЕННЯ КИСТІ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба	50
	в) ампутацію однієї кисті	100
Примітка: страхова виплата по пункту «а» статті 80 проводиться додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
ПАЛЬЦІ КИСТІ		
ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ		
81	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) ушкодження сухожилля (сухожилля) розгинача пальця	3
	б) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилля) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітки:		
1. Гнійне запалення навколонигтьового валика (пароніхія) не є підставою для здійснення страхової виплати.		
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилльним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження першого пальця кисті, вказані в статті 81, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
82	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі (анкілоз)	10
	б) відсутність рухів у двох суглобах	15

Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції першого пальця проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.

83 УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:		
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 здійснюється по статті 83, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
84 УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:		
а) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця		3
б) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, кістковий панарицій		5

Примітки:

- Гнійне запалення навколонигтьового валика (пароніхія) не є підставою для здійснення страхової виплати.
- Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.
- Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження пальців кисті (крім першого пальця), вказані в статті 84, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

85 УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:		
а) відсутність рухів в одному суглобі (анкілоз)		5
б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця		10

Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції пальця проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.

86 УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:		
а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги		3
б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги		5
в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг		10
г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця		15
д) втрату пальця з п'ястковою кісткою або її частиною		20

Примітки:

- Якщо страхова виплата здійснюється відповідно до статті 86, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.
- При ушкодженні декількох пальців кисті страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Однак загальний розмір страхових виплат, проведених відповідно до статей 81-86 в період дії договору страхування, не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.

ТАЗ		
87 УШКОДЖЕННЯ ТАЗА:		
а) перелом однієї кістки		5
б) перелом двох кісток або розрив одного сполучення, подвійний перелом однієї кістки		10
в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох сполучень		15

Примітки:

- Якщо в зв'язку з переломом кісток таза або розривів сполучень проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.
- Розрив лобкового, крижово-клубового сполучення (сполучень) під час пологів є підставою для здійснення страхової виплати на загальних підставах по пунктах «б» або «в» статті 87.

88 УШКОДЖЕННЯ ТАЗА, ЩО СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ РУХІВ (АНКІЛОЗ) У ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБАХ:		
а) в одному суглобі		20
б) у двох суглобах		40

Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться по статті 88 додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою таза, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.

НИЖНЯ КІНЦІВКА		
ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
89 УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА:		
а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)		5
б) ізолюваний відрив вертлюга (вертлюгів)		10
в) вивих стегна		15
г) перелом голівки, шийки проксимального метафіза стегна		20

Примітки:

- Якщо в результаті однієї травми сталися різні ушкодження тазостегнового суглоба, вказані в статті 89, страхова виплата проводиться відповідно до пункту цієї статті, який передбачає найбільш важке ушкодження.

2. Якщо в зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

90 УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
а) відсутність рухів (анкілоз)	20
б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) шийки стегна	30
в) ендопротезування	40
г) «розбавтаний» суглоб у результаті резекції голівки стегна	45

Примітки:

1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в статті 90, проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої з приводу травми суглоба.

2. Страхова виплата по пункту «б» статті 90 проводиться в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.

СТЕГНО

91 ПЕРЕЛОМ СТЕГНА:	
а) на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина)	25
б) подвійний перелом стегна	30
92 ПЕРЕЛОМ СТЕГНА, ЩО СПРИЧИНІВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	
	30

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з травмою області стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

2. Страхова виплата по статті 92 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.

93 ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ СТЕГНА:	
а) однієї кінцівки	60
б) єдиної кінцівки	100

Примітка: якщо страхова виплата здійснюється по статті 93, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

КОЛІННИЙ СУГЛОБ

94 УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба, вивих надколінка	2
б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, розрив чи надрив меніска, підтверджений інструментальними методами	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. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження колінного суглоба, вказані в статті 94, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, 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 3% страхової суми одноразово.

95 УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
а) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
б) «розбавтаний» колінний суглоб у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	30
в) ендопротезування	40

Примітка: страхова виплата по статті 95 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою цього суглоба.

ГОМІЛКА

96 ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):	
а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів	5
б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 96 проводиться при переломах великогомілкової кістки в області діафіза (верхня, середня, нижня третина) і переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині.

2. Якщо в результаті однієї травми стався внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафізу, страхова виплата проводиться по статтях 94 і 96 або статтях 99 і 96 шляхом підсумовування.

97 ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ, ЩО ПРИЗВІВ ДО ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ, НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБУ (ЗА ВИНЯТКОМ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ):	
а) малогомілкової кістки	5
б) великогомілкової кістки	15
в) обох кісток	20

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 97 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджені документально.

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.

98 ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні	50
б) екзартикуляцію в колінному суглобі	55
в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100

Примітка: якщо страхова виплата була проведена в зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

99 УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА:	
а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
б) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомількового синдесмозу	5
в) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
г) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15

Примітки:

1. При переломах кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжуються розривом міжгомількового 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.

3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження гомілковостопного суглоба, вказані в статті 99, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

100 УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
а) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі (анкілоз)	20
б) «розбаваний» гомілковостопний суглоб у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	40
в) екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі	50

Примітка: якщо в результаті однієї травми гомілковостопного суглоба виникли ускладнення, перераховані в статті 100, страхова виплата проводиться по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важкий наслідок.

101 УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ) АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ:	
а) при консервативному лікуванні	5
б) при оперативному лікуванні	15

СТОПА

102 УШКОДЖЕННЯ СТОПИ:	
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 зап'яски (Шопара) або зап'яско-плесновому суглобі (Лісфранка)	15

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з переломом або вивихом кісток стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

2. При переломах або вивихах кісток стопи, вказаних в статті 102, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

3. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ушкодження, перераховані в одному з пунктів статті 102, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень.

103 УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
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 зап'яски (Шопара) або зап'яско-плесновому суглобі (Лісфранка)	20
г) ампутацію на рівні плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	30
д) ампутацію на рівні плеснових або зап'яскових кісток	40
е) ампутацію на рівні таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50

Примітки:

1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами «а», «б» або «в» статті 103 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо вони встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджені документально, а по пунктах «г», «д», «е» статті 103 - незалежно від терміну, що пройшов із дня травми.

2. Якщо страхова виплата проводиться в зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

ПАЛЬЦІ СТОПИ

104 ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ ФАЛАНГИ (ФАЛАНГ), УШКОДЖЕННЯ СУХОЖИЛЛЯ (СУХОЖИЛЬ):	
а) одного пальця	3
б) двох-трьох пальців	5
в) чотирьох-п'яти пальців	10

Примітка: якщо в зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

105	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦІВ СТОПИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
	Першого пальця:	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба	10
	Другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:	
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно-фалангового суглобів	10
	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. Якщо страхова виплата здійснюється по статті 105, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.
2. Якщо в зв'язку з травмою була зроблена ампутація пальця стопи з плесновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

106	УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	5
	в) остеомієліт, у тому числі гематогенний остеомієліт	10

Примітки:

1. Стаття 106 застосовується при тромбофлебитах, лімфостазах і порушеннях трофіки, що сталися внаслідок травми опорно-рухового апарату (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів), якщо ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми.
2. Гнійні запалення пальців стопи страховим випадком не вважаються.
3. Страхова виплата по статті 106 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої раніше в період дії договору страхування за будь-якою травмою, виключно у разі, якщо зазначені у статті 106 ушкодження є прямими наслідками такої травми.

107	ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК, ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК, ЩО РОЗВИНУВСЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ	5
------------	--	---

Примітка: страхова виплата по статті 107 проводиться додатково до виплат, здійснених раніше за будь-якою травмою, виключно у разі, якщо зазначені у статті 107 ускладнення є прямими наслідками такої травми.

108	ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ ПРОМИСЛОВИМИ АБО ПОБУТОВИМИ ХІМІЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ ЧИ ГАЗАМИ, АСФІКСІЯ, УКУСИ ТВАРИН, ЗМІЙ, ОТРУЙНИХ КОМАХ, ОПІКИ, УРАЖЕННЯ БЛИСКАВКОЮ АБО ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ, ОБМОРОЖЕННЯ ВИКЛЮЧНО У РАЗІ ПЕРЕБУВАННЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ НА БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЦІЛОДОБОВОМУ СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ:	
	а) від 6 до 12 календарних днів поспіль	5
	б) від 13 до 21 календарних днів поспіль	7
	в) 22 календарні дні поспіль та більше	10

Примітка:

1. Якщо у документах закладу охорони здоров'я зазначено, що перераховані у статті 108 нещасні випадки спричинили ушкодження будь-яких органів Застрахованої особи, передбачені цією Таблицею, страхова виплата здійснюється згідно з відповідними статтями цієї Таблиці. Стаття 108 при цьому не застосовується.
2. У разі перебування Застрахованої особи на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні менш ніж 6 (шість) календарних днів поспіль, страхова виплата не здійснюється.
3. Страхова виплата у разі настання нещасного випадку, передбаченого статтею 108, проводиться одноразово виключно у разі первинного цілодобового стаціонарного лікування.

109	В разі отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів, не передбачених статтями 1 – 108 цієї Таблиці, страхова виплата проводиться виключно у разі перебування Застрахованої особи з приводу отриманого ушкодження на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні не менш ніж 6 (шість) календарних днів поспіль та здійснюється одноразово у таких розмірах в залежності від кількості днів вказаного лікування:	
	а) від 6 до 12 календарних днів поспіль	2
	б) від 13 до 21 календарних днів поспіль	3
	в) 22 календарні дні поспіль та більше	5

Доповнення № 1
до «Таблиці № 1 розмірів страхових виплат у разі
травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів»

Зниження гостроти зору:

Гострота зору		Розмір страхової виплати, % страхової суми	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % страхової суми
До травми	Після травми		До травми	Після травми	
1,0	0,9	3	0,7	0,2	15
	0,7-0,8	5		0,1	20
	0,4-0,6	10		нижче 0,1	30
	0,3	15		0,0	40
	0,2	20	0,6	0,4-0,5	5
	0,1	30		0,2-0,3	10
	нижче 0,1	40		0,1	15
	0,0	50		нижче 0,1	20
0,9	0,8	3	0,5	0,0	25
	0,6-0,7	5		0,3-0,4	5
	0,4-0,5	10		0,1-0,2	10
	0,3	15		нижче 0,1	15
	0,2	20	0,4	0,0	20
	0,1	30		0,2-0,3	5
	нижче 0,1	40		0,1	10
	0,0	50		нижче 0,1	15
0,8	0,7	3	0,3	0,0	20
	0,6	5		0,1-0,2	5
	0,4-0,5	10		нижче 0,1	10
	0,3	15		0,0	20
	0,2	20	0,2	0,1	5
	0,1	30		нижче 0,1	10
	нижче 0,1	40		0,0	20
	0,0	50		нижче 0,1	10
0,7	0,6	3	0,1	0,0	20
	0,5	5		нижче 0,1	10
	0,3-0,4	10	нижче 0,1	0,0	20

Страховик:

ПрАТ СК «ПЗУ Україна страхування життя»

Адреса місцезнаходження: 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, 42

Адреса для листування: 04112, м. Київ, вул. Дегтярівська, 62

Код ЄДРПОУ: 32456224

П/р: UA283005280000026508001334138

Банк: АТ „ОТП Банк”

Код банку: 300528

Адреса електронної пошти: corporate.life@pzu.com.ua

Телефон: 0-800-50-11-12, (044) 238-6-238, (044) 581-04-02

В.о. Генерального директора



М.Є.Наумова