



Затверджено Рішенням Правління
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 85/2025 від «12» червня 2025 року

введено в дію наказом
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 88 від «12» червня 2025 року

ОФЕРТА (ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА) Договору страхування подорожуючих Україною Загальні умови стандартного страхового продукту

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Оферта (публічна частина) Комплексного договору страхування подорожуючих Україною, що містить загальні умови стандартного страхового продукту «**Страхування подорожуючих Україною**» (далі – Оферта), з початком дії з «18» червня 2025 року, розроблена у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України, а також на підставі Політики з розроблення та впровадження страхових продуктів у Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «ПЗУ Україна», затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 18.04.2024 р. № 47/2024.

1.2. Оферта підписана уповноваженими представниками Страховика із застосуванням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), розміщена на вебсайті Страховика <https://pzu.com.ua/admin/upload/2025/doc-product/oferta-podorozhuyuchi-ukrainoyu.pdf>, є офіційною публічною пропозицією Приватного акціонерного товариства «**Страхова компанія «ПЗУ Україна**» (далі – Страховик), що адресується невизначеному колу клієнтів - дієздатних фізичних осіб та юридичних осіб (далі – Страхувальники), укласти зі Страховиком Договір страхування подорожуючих Україною (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання.

1.3. Договір страхування укладається за класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», ризик у межах класу страхування - страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання, та класом страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі», ризики у межах класу страхування: страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон, а також у відповідності з Цивільним кодексом України, Законами України «Про страхування», «Про електронну комерцію», іншими нормативно-правовими актами.

1.4. Порядок укладання Договору страхування.

1.4.1. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитися з умовами страхування, інформацією про фінансову послугу, інформацією про Страховика, що розміщені на веб-сторінці Страховика в мережі Internet <https://www.pzu.com.ua>.

1.4.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник знайомиться з цією Офертою, обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладання Договору страхування, та підтверджує надання згоди на обробку персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

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

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

1.4.3.2. місце проживання Застрахованої особи на момент укладання Договору страхування;

- 1.4.3.3. місце (місця, населені пункти) перебування у подорожі (поїздки), маршрут подорожі (поїздки);
- 1.4.3.4. конкретні дати поїздки, або ж необхідну кількість днів ліміту перебування в поїздки та бажаний Період страхування;
- 1.4.3.5. мета подорожі (поїздки): заняття фізичною працею за наймом під час подорожі, участь у спортивних змаганнях, відпочинок, оздоровлення, тощо;
- 1.4.3.6. наявність станів або захворювань у Застрахованої особи, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;
- 1.4.3.7. чи передбачено під час подорожі (поїздки) участь Застрахованої особи в активних видах спорту чи активному дозвіллі;
- 1.4.3.8. кількість Застрахованих осіб за одним Договором страхування;
- 1.4.3.9. інформація про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування;
- 1.4.3.10. інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта страхування, включаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі страхування).
- 1.4.4. Відповідно до зазначених Страхувальником відомостей та обраних ним умов страхування формується в електронному вигляді Акцепт (індивідуальна частина) Комплексного договору страхування подорожуючих в Україні (далі – Акцепт), який містить індивідуальні умови Договору страхування. Направленням Акцепту Страхувальнику Страховик вважає себе зобов'язаним, якщо Страхувальник прийме пропозицію, укласти Договір страхування шляхом підписання ним Акцепту.
- 1.4.5. Договір страхування складається з цієї Оферти (Публічної частини), Акцепту (Індивідуальної частини) та додатку 1 до Акцепту «Списку Застрахованих осіб», що є невід'ємними частинами Договору.
- 1.4.6. Договір страхування вважається укладеним з моменту його підписання Страхувальником та Страховиком.
- 1.4.7. Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, дату укладання, строк дії Договору страхування, об'єкт страхування та інші індивідуальні умови Договору.
- 1.4.8. На вказану Страхувальником адресу електронної пошти (або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником) надсилаються Акцепт разом із додатком у форматі .pdf, підписаний Сторонами, та Оферта у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, які разом містять істотні умови договору страхування згідно з законодавством України та підтверджують укладання Договору страхування у формі електронного документа.
- 1.4.9. Якщо Акцепт укладений Сторонами у паперовій формі, примірник Акцепту та додаток до нього надаються Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами. Оферта (публічна частина) Договору у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, надсилаються на вказану Страхувальником адресу електронної пошти або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником.
- 1.4.10. Після укладення Договору страхування Страхувальник зобов'язаний оплатити страхову премію відповідно до умов Акцепту.
- 1.4.11. **У разі зазначення у Договорі страхування Застрахованої особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку Застраховану особу про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така Застрахована особа протягом 5 (п'яти) календарних днів не повідомить Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь.**
- 1.5. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.
- 1.6. Об'єктом страхування майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю.

2. ПОНЯТТЯ І ТЕРМІНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. **Гостре захворювання** – розлад здоров'я, що виник раптово, розвинувся за короткий проміжок часу, характеризується гострим погіршенням стану здоров'я і потребує надання медичної допомоги.
- 2.2. **Загроза життю та здоров'ю** – стан Застрахованої особи, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до смерті або до тяжкого розладу функцій організму чи його окремого органу.
- 2.3. **Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого є суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та

іншого лікування. Ненадання медичної допомоги в період загострення може призвести до виникнення загрози життю.

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

2.5. Нещасним випадком вважається раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета тощо. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтяги зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо.

2.6. Травматичні ушкодження – ушкодження зовнішніми чинниками органів та систем організму, м'яких тканин, а саме: власне травми, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, переохолодження, обмороження, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами чи ліками; наслідки укусів змій, тварин, отруйних комах, які сталися із Застрахованою особою під час подорожі по Україні та потребують невідкладної медичної допомоги.

2.7. Невідкладна допомога – це комплекс лікувально-діагностичних заходів, включаючи реанімаційні заходи, які надаються Застрахованій особі при невідкладному стані, що виникає внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, і спрямовані на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших пошкоджень.

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

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

2.10. Асистуюча компанія - юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика щодо оперативної організації та фінансування медичних та інших витрат в обсязі, передбаченому Договором. Асистуюча компанія може здійснювати оплату медичних та інших витрат від імені та за рахунок Страховика.

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

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

2.13. Населений пункт постійного проживання – населений пункт (місто, селище міського типу, населений пункт сільської місцевості), забудована територія, в'їзди на яку і виїзди з якої позначаються дорожніми знаками, де Страхувальник/Застрахована особа постійно проживає або отримує соціальні послуги.

2.14. **Договір страхування (або Договір)** – Комплексний договір страхування подорожуючих в Україні, укладений Страховиком та Страхувальником відповідно до цієї Оферти.

2.15. **Ліміт відшкодування** – встановлений у Договорі страхування граничний розмір виплати страхового відшкодування, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або у відношенні страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися страхові виплати;

2.15.1. **Агрегатний ліміт**– встановлена Договором страхування гранична (максимальна) грошова сума виплат за всіма страховими випадками за період дії Договору, при цьому страхова сума зменшується на розмір виплаченого страхового відшкодування;

2.15.2. **Неагрегатний ліміт**– встановлена за Договором страхування страхова сума в межах якої виплачується страхове відшкодування по кожному страховому випадку, при цьому договір припиняє дію з моменту виплати страхового відшкодування по одному випадку в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми за мінусом франшизи (франшиз).

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

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

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

2.19. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

2.20. **Страхове відшкодування** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

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

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

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

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

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

2.26. **Страхувальник** – особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування;

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

2.28. **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза розподіляється на "безумовну" та "умовну" і може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків, так і в грошовому еквіваленті. **"Безумовна" франшиза** передбачає зменшення розміру страхового відшкодування по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи. **"Умовна" франшиза** передбачає звільнення Страховика від зобов'язань по відшкодуванню збитків, що не перевищують розміру такої франшизи. Якщо розмір збитку перевищує встановлену франшизу, то при розрахунку страхового відшкодування франшиза не враховується.

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

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

3.1. **Страховими ризиками** за цим Договором є:

3.1.1. За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» страховим ризиком є – страхування від **нещасного випадку (НВ)**,

який стався із Застрахованою особою в період дії страхового покриття за Договором під час подорожі (поїздки) Україною та призвів до настання страхового випадку:

3.1.1.1. смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

3.1.1.2. інвалідності Застрахованої особи - стійкої втрати працездатності Застрахованою особою (встановлення інвалідності I, II, III групи, або статусу «Дитина з інвалідністю»)) внаслідок нещасного випадку;

3.1.1.3. травматичного ушкодження внаслідок нещасного випадку.

3.1.2. За класом страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі» застрахованим ризиком є – **страхування медичних витрат (СМВ)**, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) Застрахованим особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України, а саме витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інші послуги (допомогу) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором.

3.1.2.1. Допомога (асистанс), передбачена п. 3.1.2. Оферти може надаватися Страхувальнику та/або Застрахованим особам у грошовій формі та/або шляхом надання відповідних послуг у зв'язку із невідкладними станами, що виникли внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку під час здійснення подорожі (поїздки) територією України і загрожують їх життю.

3.1.3. При настанні страхового випадку, ризик виникнення якого застрахований відповідно до п.3.1.2. Оферти, Страховик здійснює оплату вартості наступних послуг:

3.1.3.1. **Екстреної медичної допомоги:**

3.1.3.1.1. цілодобові консультації в телефонному режимі лікаря-координатора Асистуючої компанії;

3.1.3.1.2. виклик через лікаря-координатора Асистуючої компанії спеціалізованої бригади екстреної медичної допомоги;

3.1.3.1.3. надання екстреної медичної допомоги (лікувальні маніпуляції) на місці перебування в обсязі, необхідному за медичними показниками, на догоспітальному рівні;

3.1.3.1.4. транспортування спеціалізованою бригадою екстреної медичної допомоги до відповідного медичного закладу для надання подальшої медичної допомоги у разі, якщо є загроза життю Застрахованої особи.

3.1.3.2. **Невідкладної стаціонарної медичної допомоги:**

3.1.3.2.1. діагностичні та лікувальні заходи, спрямовані на виявлення та усунення причин гострого розладу здоров'я Застрахованої особи (обстеження, оперативне та консервативне лікування в спеціалізованих відділеннях, забезпечення необхідними медикаментами та витратними медичними матеріалами під час лікування);

3.1.3.2.2. Страховик оплачує медичні витрати в зв'язку з госпіталізацією на термін, що не перевищує 21 день. Після проведення операції Страховик відшкодовує витрати по одужанню на термін, що не перевищує 6 днів. Невідкладна стаціонарна медична допомога надається в державних медичних закладах. Організація та надання невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару на базі комерційних медичних закладів (за виключенням закладів високого цінового рівня, таких як клініка «Медіком», МЦ «Добробут», МЦ Святої Параскеви, ТОВ «Свята Катерина – Одеса», тощо) відбувається у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії. При цьому **франшиза** на кожний страховий випадок складає **25%**.

3.1.3.3. **Невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги:**

3.1.3.3.1. усунення гострих больових синдромів;

3.1.3.3.2. амбулаторні хірургічні втручання при невідкладних станах та травмах;

3.1.3.3.3. послуги травматологічного пункту.

3.1.3.3.4. Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога надається в державних медичних закладах. Організація та надання екстреної амбулаторно-поліклінічної допомоги на базі комерційних медичних закладів (за виключенням закладів високого цінового рівня, таких як, клініка «Медіком», МЦ «Добробут», МЦ Святої Параскеви, ТОВ «Свята Катерина – Одеса») відбувається у випадках, коли відсутня можливість організації допомоги в державних медичних закладах, виключно за рішенням Страховика та/або Асистуючої компанії. При цьому **франшиза** на кожний страховий випадок складає **25%**.

3.1.3.4. **Невідкладної стоматологічної допомоги** в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування, розмір ліміту зазначений в Акцепті:

3.1.3.4.1. цілеспрямовані заходи по усуненню гострого зубного болю (огляд стоматолога, рентгенодіагностика, анестезія, видалення зубу/кореню зубу, розкриття кореневого каналу, накладення

тимчасової пломби, зняття гострого болю при пульпіті, глибокому карієсі, лікування травматичних пошкоджень зубів, щелепи, якщо травма відбулась в період дії Договору).

3.1.3.5. **Медикаментозного забезпечення** при невідкладній амбулаторно – поліклінічній допомозі в межах ліміту, передбаченого Програмою, розмір якого зазначений в Акцепті.

3.1.3.6. **Медичних перевезень (медичної евакуації)** – транспортування Застрахованої особи у медичному супроводі до найближчого лікувального закладу. Медична евакуація Застрахованої особи (якщо за медичними показаннями вона не може самостійно дістатись) здійснюється оснащеним автомобілем або засобами санітарної авіації до місця фактичного проживання або до найближчого від місця постійного проживання лікувального закладу. Рішення про доцільність медичної евакуації та засоби її здійснення можуть приймати тільки лікарі, призначені Асистуючою компанією. Якщо Страхувальник (Застрахована особа чи особа, яка діє від її імені) відмовляється від евакуації, Страховик має право припинити оплату послуг, пов'язаних з лікуванням. Евакуація Застрахованої особи, на розсуд Страховика, може бути проведена у випадках, коли витрати на перебування Застрахованої особи у стаціонарі можуть перевищити ліміт страхової суми, за умови, що медична евакуація не протипоказана за станом здоров'я Застрахованої особи.

3.1.3.7. **Репатріації тіла** (ритуальні послуги не покриваються). Здійснюється найбільш економічним, з точки зору Страховика, транспортним засобом з дотриманням усіх необхідних формальностей.

Медична евакуація та репатріація здійснюються тільки за участю Асистуючої компанії.

4. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ.

4.1.1. Страхова сума за Договором страхування встановлюється окремо за ризиками «Нещасний випадок» і «Страхування медичних витрат» і зазначається в п.п. 1.5.5.1., 1.5.6.1. __ Акцепту.

4.1.2. Якщо Договір укладено щодо групи Застрахованих осіб, страхова сума на кожну Застраховану особу зазначається в Додатку 1 до Акцепту «Списку Застрахованих осіб».

4.1.3. Договором встановлені ліміти відшкодування на окремі послуги за ризиком «Страхування медичних витрат». Розмір лімітів залежить від обраної Програми страхування і зазначається в п. 1.5.12. Акцепту.

4.1.4. Страховий тариф за ризиком, передбаченими в п. 3.1.1. Оферти, встановлюється відповідно до Тарифної політики Страховика та зазначається в Акцепті.

4.1.5. Визначення тарифу щодо ризиків, зазначених в п. 3.1.2. Оферти, не передбачено цим Договором відповідно до п.п. 139, 156 та 165 Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затверджене Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182.

4.1.6. Страхова премія за Договором страхування визначається шляхом множення страхової суми та страхового тарифу та зазначається у Договорі страхування, окрім випадків, коли страховий тариф не визначається згідно з п.4.1.5. Оферти.

4.1.7. Розмір страхової премії залежить від обраної Страхувальником Програми страхування, строку дії Страхового покриття за Договором, аналізу інформації, наданої Страхувальником до укладання Договору страхування. Розмір страхової премії, порядок та строки її оплати зазначаються в п.1.5.10. та 1.5.11. Акцепту.

4.1.8. Франшиза не застосовується крім випадків, зазначених в п. 3.1.3.2.2. та 3.1.3.3.4. Оферти.

5. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1.1. Договір страхування набирає чинності з дати його підписання Сторонами та діє до 24-ї години дня, зазначеного в Акцепті, як дата закінчення строку дії Договору, за умови надходження на поточний рахунок Страховика страхової премії в розмірі та в строки, зазначені в Акцепті.

5.1.2. В межах загального строку дії Договору страхування визначається Період страхування, дати початку та закінчення якого зазначаються в Акцепті.

5.1.3. Строк страхового покриття за Договором страхування щодо Застрахованої особи починає дію з 00 годин дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку періоду страхування, та діє до 24-ї години дня, вказаного в Акцепті як дата закінчення Періоду страхування.

5.1.4. У випадку ненадходження страхової премії за Договором в розмірі та в строки, зазначені в п.п. 1.5.10., 1.5.11. Акцепту, Договір вважається таким, що не набрав чинності, а страхове покриття за Договором не діє.

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

5.1.6. Територія дії Договору зазначена в Акцепті.

5.1.7. У будь-якому разі дія цього Договору не поширюється на населений пункт постійного проживання Застрахованої особи, зони/райони військових конфліктів, всякого роду воєнних або бойових дій, території проведення антитерористичної операції, операції об'єднаних сил, тимчасово окуповані території, території, які вийшли з-під контролю органів влади України, населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, населені пункти, що розташовані на лінії розмежування (у тому числі, відповідно до Наказу Міністерства з розвитку громад та територій України від 28.02.2025 № 376 «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією», інших документів, прийнятих замість зазначеного Наказу, або відповідно до листа державного уповноваженого органу, або відповідно до інших документів, що регулюватимуть питання формування переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії, на момент настання страхового випадку).

6. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. *Страховий захист не діє стосовно:*

6.1.1. осіб, віком понад 70 років;

6.1.2. дітей, віком до 1 року;

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

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

6.1.5. осіб, які мають психічні розлади;

6.1.6. осіб, які визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку;

6.1.7. осіб з інвалідністю I групи, неповнолітніх осіб зі статусом «Дитина з інвалідністю»;

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

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

6.2. *Страховик не організовує та не здійснює оплату медичної допомоги/медичних послуг у зв'язку із розладом здоров'я Застрахованої особи, що пов'язані з:*

6.2.1. наданням медичної допомоги за місцем постійного проживання Застрахованої особи;

6.2.2. медичним обслуговуванням або лікуванням Застрахованої особи, яке не є невідкладним і призначене не внаслідок гострого захворювання або нещасного випадку;

6.2.3. лікуванням будь-яких хронічних хвороб в стадії ремісії, проходження профілактичних оглядів, диспансерних оглядів та обстежень;

6.2.4. лікуванням психічних захворювань, депресивних станів, психологічних проблем, порушень мови, алкогольної, тютюнової та іншої залежності, абстинентного синдрому, детоксикаційної терапії;

6.2.5. патронажем (веденням) вагітності, допомогою при пологах (за винятком невідкладної медичної допомоги до 26 тижня вагітності (включно));

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

6.2.7. лікуванням захворювань шкіри та придатків шкіри (псоріаз, екзема, оніхомікози, мікози, atopічний дерматит, ламкість та випадіння волосся, себорея, вугровий висип, тощо);

6.2.8. лікуванням вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), в тому числі Синдрому набутого імунодефіциту (СНІД), хвороби human T-cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням;

6.2.9. протезуванням, придбанням протезів та ортопедичних апаратів;

6.2.10. щепленням;

6.2.11. стоматологічним лікуванням, крім випадків невідкладної стоматологічної допомоги, яка не перевищує необхідну допомогу для зняття болю, в межах ліміту, розмір якого зазначені в Акцепті;

6.2.12. лікуванням, призначеним та здійсненим особою, з якою Застрахована особа перебуває у родинних стосунках;

6.2.13. пластичною та відновлювальною хірургією (крім випадків поєднання такого хірургічного втручання з екстремим хірургічним втручанням та спрямованим на функціональне та анатомічне відновлення деформованої чи втраченої частини тіла людини внаслідок нещасного випадку). Розмір відшкодування не повинен перевищувати 30% ліміту страхової виплати на організацію Невідкладної стаціонарної допомоги, зазначеного в п. 1.5.12.1. Акцепту;

6.2.14. витратами на поховання та ритуальні послуги;

6.3. Не покривається страхуванням і **не вважається страховим випадком** розлад здоров'я, отриманий в результаті:

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

6.3.2. терористичного акту, дії вибухових пристроїв або дій, яких вжито з метою запобігання, подавлення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, терористичного акту, обмеження свободи пересування чи затримання;

6.3.3. служби в Збройних силах та військових формуваннях;

6.3.4. занять спортом, пов'язаними з підвищеною небезпекою для життя та здоров'я, а саме: парашутний спорт, дельтапланеризм, авто- і мотоспорт, будь-які стрибки за допомогою спеціальних засобів (еластичний трос, трамплін тощо), рафтинг, дайвінг, велоспорт, скелелазіння, спелеотуризм, гірськолижний спорт, водні лижі, крім випадків коли страхове покриття розповсюджується на заняття спортом, про що прямо зазначено в Акцепті та Страхувальником було сплачено додаткову страхову премію.

6.3.5. самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи;

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

6.3.7. пересування Застрахованою особою на електросамокаті та інших електричних засобах пересування, таких як гірборди, гіроскутери, моноколеса та інші.

6.3.8. порушенням Застрахованою особою правил та норм пожежної безпеки.

6.4. **Згідно умовами Договору Страховик не відшкодовує:**

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

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

6.4.3. витрати пов'язані з моральною шкодою, неустойками (штрафами, пенями), упущеною вигодою тощо;

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

6.6. Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат, у ситуаціях, коли випадок, що має ознаки страхового, відбувся поза межами території дії Договору або до початку чи після закінчення Періоду страхування.

6.7. Страховик не здійснює страхової виплати в разі настання нещасного випадку (згідно п. 3.1.1 Оферти), якщо нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою, прямо чи опосередковано пов'язаний з хворобами різного роду, в тому числі професійними та їхніми наслідками, або негативними наслідками діагностичних та лікувальних процедур.

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

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

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ.

7.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

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

7.1.2. на одержання страхової виплати в разі настання страхового випадку на умовах і в порядку, визначеному Договором;

7.1.3. ініціювати внесення змін до Договору та на дострокове припинення дії Договору в порядку, передбаченому Договором, з письмовим повідомленням Страховика про причини такого рішення;

7.1.4. у випадку втрати Договору, що укладений у паперовій формі, у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дублікату (втрачений примірник Договору є недійсним). У випадку втрати Договору, укладеного у вигляді електронного документу, за письмовою заявою Страхувальника Страховик направляє Страхувальнику електронний примірник підписаного Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання заяви;

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

7.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

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

7.2.2. упродовж 2 (двох) робочих днів після того, як стало відомо, повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику (в тому числі відомостей, зазначених у Договорі);

7.2.3. у разі збільшення ступеня страхового ризику укласти на вимогу Страховика додаткову угоду до Договору і сплатити додаткову страхову премію, розмір якої розраховує Страховик;

7.2.4. своєчасно та в повному обсязі вносити страхову премію за Договором;

7.2.5. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори щодо предмета Договору.

7.2.6. повернути страхову виплату при виникненні обставин, передбачених законодавством або Договором, що позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати, **протягом 10 робочих днів** з дати виникнення цих обставин;

7.2.7. у разі настання події, що має ознаки страхового випадку діяти відповідно до **Розділу 10** Оферти;

7.2.8. надати Страховику документи, необхідні для здійснення страхової виплати, у строки, передбачені Договором;

7.2.9. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передавання інформації, що є конфіденційною та/або комерційною Страховика, іншим особам, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

7.2.10. ознайомити всіх Застрахованих осіб з умовами Договору та вимагати їх виконання. Порушення умов цього Договору Застрахованою особою розцінюється як порушення умов цього Договору самим Страхувальником;

7.2.11. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків внаслідок настання страхового випадку;

7.2.12. повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію про настання випадку, що має ознаки страхового, протягом 24 годин;

7.2.13. погоджувати з Асистуючою компанією всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг у разі настання подій, обумовлених Договором, а також виконувати розпорядження та/або рекомендації Асистуючої компанії;

7.2.14. надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників

до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної з подією, яка може бути визнана страховим випадком;

7.2.15. в разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, надавати Страховику всю необхідну

інформацію для встановлення факту настання страхового випадку, обставин та причин його виникнення;

7.2.16. надати Страховику на його вимогу документи щодо ідентифікації та верифікації особи Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача (у разі визначення такої особи у Договорі) з метою дотримання вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

7.2.17. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором.

7.3. Страховик має право:

7.3.1. перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання додаткових документів, що мають значення для визначення ступеня ризику, в будь-який момент строку дії Договору;

7.3.2. у разі зміни обставин, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику та збільшення ступеня страхового ризику, протягом строку дії Договору вимагати від Страхувальника внесення змін до умов цього Договору та сплати додаткової страхової премії. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до умов цього Договору та (або) сплати додаткової страхової премії достроково припинити дію цього Договору на підставі невиконання Страхувальником своїх зобов'язань.

7.3.3. на дострокове припинення дії цього Договору згідно із законодавством України та умовами цього Договору;

7.3.4. робити запити в правоохоронні органи, фінансові установи, медичні заклади і інші підприємства, установи і організації, які володіють інформацією про причини, обставини випадку, що має ознаки страхового та розмір заподіяного збитку, а також самостійно з'ясовувати причини і обставини випадку, який має ознаки страхового;

7.3.5. якщо на підставі наданих документів (Розділ II Оферти) неможливо встановити обставини, причини настання події, що має ознаки страхового випадку, а також факт або ступінь завданої шкоди, призначити експертизу;

7.3.6. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору;

7.3.7. брати участь у судовому процесі при розгляді будь-яких справ, прямо або опосередковано пов'язаних з настанням випадку, що має ознаки страхового;

7.3.8. вимагати повернення страхової виплати (повністю або частково), якщо на те виникнуть підстави, передбачені умовами Договору та (або) чинним законодавством України в тому числі якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, які позбавляють одержувача страхової виплати права на одержання зазначених коштів (повністю або частково);

7.3.9. з метою дотримання вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення Страховик має право вимагати, документи щодо ідентифікації та верифікації особи Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача.

7.4. Страховик зобов'язаний:

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

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

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

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

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

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

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

7.5. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати **пені у розмірі 0,01%** суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла за період прострочення.

7.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати **штрафу у розмірі 0,01%** від суми не виконаного або неналежно виконаного зобов'язання.

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

7.8. Сторона Договору звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом. Сторона, яка зазнала дії обставин непереборної сили, повинна письмово сповістити іншу Сторону про настання цих обставин не пізніше 3 (трьох) діб з часу їхнього виникнення. Повідомлення повинне містити дані про настання та характер обставин, а також їхні можливі наслідки. Належним доказом існування обставин непереборної сили є відповідні документи, видані компетентними органами.

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

8.1. Внесення змін та доповнень до Договору здійснюється шляхом підписання Додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору з моменту її підписання Сторонами. Будь-які виправлення та/або закреслення в Договорі вважаються недійсними.

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

8.2.1. закінчення строку дії Договору страхування;

8.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою (або Вигодонабувачем) у повному обсязі;

8.2.3. несплати Страхувальником страхової премії в повному обсязі у встановлений Договором строк. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим, починаючи з 00 годин дня, наступного за днем, зазначеним в Договорі страхування як кінцева дата сплати страхової премії, якщо інше письмово не погоджено між Сторонами Договору страхування;

8.2.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

8.2.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

8.2.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

8.2.7. сумарної страхової виплати в розмірі, еквівалентному страховій сумі (ліміту виплати) за всіма страховими випадками, що сталися в період дії цього Договору, якщо інше не зазначене у Договорі страхування;

8.2.8. у випадках передбачених частиною першою статті 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»;

8.2.9. в інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.

8.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика.

8.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 3 календарні дні до дати припинення дії Договору страхування.

8.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування в **розмірі до 60 %** сплаченої страхової премії (розмір витрат зазначається в Акцепті), фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування.

8.6. Формула для розрахунку частини страхового платежу до повернення:

$СП_{пов} = (СП_{спл} / Л_{заг} \times (Л_{заг} - Л_{викор})) - В - СВ$, де

СП_{пов} – страховий платіж до повернення,

СП_{спл} – страховий платіж сплачений,

Л_{заг} – строк дії страхового покриття (періоду страхування) згідно Договору страхування, в днях;

Л_{викор} – кількість днів, фактично* використаних Страхувальником;

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

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

8.7. Фактичною кількістю днів, яку використав Страхувальник, вважається та кількість днів, яка пройшла з дати, зазначеної в Акцепті як дата початку Періоду страхування до дати дострокового припинення дії Договору.

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

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

8.10. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування в **розмірі до 60 %** сплаченої страхової премії, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування та тих страхових виплат, що будуть виплачені за заявленими випадками, які можуть бути визнані страховими.

8.11. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії Договору страхування виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку) Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому п. 8.10 Оферти.

8.12. Повернення платежів здійснюється протягом **15 (п'ятнадцяти)** робочих днів від дати дострокового припинення Договору згідно з реквізитами для повернення сплаченого Страхового платежу або його частини, наданих Страхувальником, якщо інше письмово не погоджено між Сторонами Договору страхування.

8.13. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії цього Договору звернення Страхувальника/Застрахованої особи щодо отримання страхової виплати внаслідок настання випадку, який може бути визнаний страховим, не врегульовано, повернення страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті.

8.14. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору, за яким залишилися не врегульовані страхові випадки, здійснюється протягом **15 (п'ятнадцяти)** робочих днів після здійснення страхової виплати (у разі прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим) або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.

8.15. У випадку відсутності реквізитів для повернення сплаченого Страхового платежу або його частини, повернення Страхового платежу або його частини здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання зазначених реквізитів.

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

9. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

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

9.3. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п.9.1. цієї Оферти, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 робочих днів після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

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

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

10.1.1. номер Договору страхування;

10.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;

10.1.3. місцезнаходження Застрахованої особи (населений пункт, контактний телефон);

10.1.4. докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

10.2. Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та перевіряє чинність Договору.

10.3. Повідомити Асистуючу компанію про інформацію, згідно з п. 10.1. Оферти, може довірена особа Застрахованої особи, її родич чи співробітник або лікар закладу охорони здоров'я.

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

10.5. Після повідомлення Застрахованою особою Асистуючої компанії, така Застрахована особа має в подальшому дотримуватися всіх рекомендацій Асистуючої компанії щодо своїх подальших дій.

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

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

10.8. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими співпрацює Асистуюча компанія.

10.9. У виключних випадках (екстрена медична допомога), Застрахована особа може отримати послуги в найближчому медичному закладі, про що вона повинна повідомити Асистуючу компанію протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку.

10.10. У випадку відсутності в регіоні, в якому перебуває Застрахована особа, медичних закладів, з якими співпрацює Асистуюча компанія, Застрахована особа самостійно організовує та оплачує медичні послуги, про що вона попереджає Асистуючу компанію телефоном. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним Договором.

10.11. В разі самостійної оплати медичних послуг з поважних причин надати Страхувальник/Застрахована особа надає Страховику документи визначені в розділі 11 Оферти.

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

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ ВИПАДКУ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ТА НЕОБХІДНІ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

11.1. Оплата медичних послуг, передбачених цим Договором, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків за такі послуги.

11.2. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою) з поважних причин або за умови, що Застрахована особа узгодила суму витрат із Асистуючою компанією при настанні страхового випадку, витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

11.3. У виняткових випадках, коли Страхувальник/Застрахована особа, самостійно оплатила витрати за надані послуги без попереднього узгодження суми витрат з Асистуючою компанією, Страховик може відшкодувати суму в **межах 150 грн.**, за умови повідомлення про страховий випадок протягом **5-ти діб** з моменту його настання, і пред'явлення документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

11.4. Для отримання страхової виплати **Страховику надаються наступні документи:**

11.4.1. заява на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);

11.4.2. оригінал або копія Договору страхування;

11.4.3. паспорт особи, що отримує страхову виплату;

11.4.4. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, що отримує страхову виплату;

11.4.5. свідоцтво про народження, якщо вік Застрахованої особи – до 14-ти років;

11.4.6. документи, що підтверджують опікунство, право на спадщину, згідно з законодавством України, у випадках втрати дієздатності або смерті Страхувальника – фізичної особи;

11.4.7. у передбачених законом випадках та за запитом Страховика Страхувальник (або Вигодонабувач) зобов'язані надати документи передбачені законодавством України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

11.5. У разі самостійного звернення в медичні заклади додатково до вищезазначених документів, надаються:

11.5.1. касовий (фіскальний) чек та товарний чек, або квитанція про сплату (прибутково-касовий ордер) з переліком і вартістю наданої медичної допомоги (актом виконаних робіт), печаткою лікувальної установи, із зазначенням прізвища, ініціалів та підпису особи, що видала вищезазначені документи (крім касового чека). При зверненні до спеціаліста – фізичної особи-підприємця – свідоцтво про державну реєстрацію (копія), виписка з Єдиного державного реєстру (ЄДР), в якій вказані види діяльності підприємця, копія ліцензії на медичну практику (якщо діяльність вимагає ліцензії), копія свідоцтва платника податку, витяг з прейскуранту;

11.5.2. консультативний висновок, копія або витяг з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування), що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг (з підписом та печаткою лікаря);

11.6. у випадку придбання медикаментів в аптеках додатково до вищезазначених документів надаються:

11.6.1. касовий (фіскальний) чек;

11.6.2. товарний чек з зазначенням прізвища Застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи або штампом "Оплачено", ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек;

11.6.3. рецепт на медикаменти/засоби медичного призначення, виписаний на стандартному рецептурному бланку, який містить назву та кількість лікувального засобу, дату виписки, прізвище пацієнта, печатку, ПІБ та підпис лікаря, що виписав рецепт;

11.7. Для отримання страхової виплати внаслідок нещасного випадку додатково до документів, зазначених в п. 11.4., Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем надаються:

11.7.1. акт про нещасний випадок невинного характеру за формою НТ (невинного травматизму), а в разі його відсутності – документи лікувально-профілактичного закладу з підтвердженням факту отримання травми;

11.7.2. документи, видані експертними командами з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО), лікарсько-консультативною комісією закладу охорони здоров'я (ЛКК), іншими уповноваженими органами, що підтверджують встановлення групи інвалідності;

11.7.3. рентгенологічні знімки, заключення лабораторних та інструментальних методів дослідження, а також інші документи за запитом Страховика, якщо це необхідно для прийняття рішення про страхову виплату;

11.7.4. результати досліджень на наявність алкоголю та наркотичних речовин, якщо такі дослідження проводились;

11.7.5. в разі смерті Страхувальника/Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку:

- свідоцтво про смерть Страхувальника/Застрахованої особи;
- протокол розтину, або акт судово-медичної експертизи;
- документи про правонаступництво (для Спадкоємців).

11.7.6. Матеріали правоохоронних та судових органів – у разі необхідності.*

*Документи надаються у разі, якщо у зв'язку з подією, яка призвела до страхового випадку, було розпочато кримінальне провадження або інше судове провадження.

11.8. Інші документи, за обґрунтованим запитом Страховика, необхідні для прийняття рішення про страхову виплату.

11.9. Документи, необхідні для здійснення виплати страхового відшкодування, надаються Страховику у формі: оригінальних примірників, нотаріально завірених копій або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих паперів з оригінальними примірниками документів. При цьому Страховик залишає у себе завірени копії документів, а оригінали повертає Страхувальнику.

11.10. Документи та/або інформація можуть бути надані Страхувальником шляхом направлення на адресу корпоративної електронної пошти Страховика, яка надсилається оператором контакт-центру Страховика в смс-повідомленні на номер телефону, вказаний під час фіксації Повідомлення про подію, або іншим способом (подання особисто представнику Страховика, подання за допомогою засобів поштового зв'язку тощо). Відповідальність за надання, достовірність інформації, зазначеної в копіях наданих документів, несе Страхувальник.

11.11. Надаючи копії документів, Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. електронні, цифрові) є такими, що виготовлені з існуючого оригіналу документа; їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачене останнім страхове відшкодування.

11.12. Документ, цифрова копія якого надається Страховику та/або його представнику, повинен відповідати таким вимогам:

а) повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;

- документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);

- документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi); б) повинен бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

11.13. Якщо документи, необхідні для здійснення виплати страхового відшкодування, не надані у повному обсязі та/чи у належній формі, або оформлені із порушенням чинних норм, то виплата страхового відшкодування не проводиться до ліквідації цих недоліків Страхувальником. Про це Страховик повідомляє Страхувальника (та/або Вигодонабувача) у письмовій формі протягом п'яти робочих днів з дати виявлення таких недоліків.

12. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ ВИПЛАТ.

12.1. Розмір страхового відшкодування за ризиком «Страхування медичних витрат», у разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою) з поважних причин або за умови, що Застрахована особа узгодила суму витрат із Асистуючою компанією при настанні страхового випадку,

розраховується в розмірі понесених Застрахованою особою витрат, але не більше страхової суми, встановленої Договором за ризиком «Страхування медичних витрат» та лімітів відшкодування на окремі види послуг, передбачених в Акцепті, і відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

12.2. Оплата медичних послуг, передбачених цим Договором, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків за такі послуги в межах встановленої Договором страхової суми за ризиком «Страхування медичних витрат» та в межах встановлених лімітів відшкодування за окремими видами медичної допомоги, зазначеними в Акцепті.

12.3. Розмір страхової виплати за ризиком «Нещасний випадок» розраховується:

12.3.1. в межах ліміту відшкодування за окремими ризиками (групою ризиків);

12.3.2. в межах страхової суми, визначеної цим Договором для кожної Застрахованої особи;

12.3.3. за мінусом зазначеної в Договорі франшизи у випадках, якщо вона застосовується;

12.4. Якщо нещасний випадок, що відбувся із Застрахованою особою в період дії Договору, обумовив настання послідовності подій, зазначених у п.3.1.1.3 – 3.1.1.1., то розмір страхової виплати по кожному черговому страховому випадку із цієї послідовності подій визначається, виходячи зі страхової суми, що діє на момент настання такого нещасного випадку, та зменшується на суму страхових виплат, раніше здійснених Страховиком в зв'язку з таким нещасним випадком. Так, якщо Страхувальник/Застрахована особа отримала страхову виплату за випадком травматичного ушкодження внаслідок нещасного випадку, а потім настане її смерть або інвалідність внаслідок того ж нещасного випадку, то із суми, належної до виплати за цими випадками, вираховується раніше здійснена страхова виплата.

12.5. При настанні страхового випадку розмір страхової виплати визначається наступним чином:

12.5.1. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Страховик виплачує Вигодонабувачу або спадкоємцям 100% страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи за ризиком «Нещасний випадок».

12.5.2. У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок нещасного випадку розмір страхової виплати визначається у відсотках від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи за ризиком «Нещасний випадок»:- 100% - у разі встановлення першої групи інвалідності;- 70% - у разі встановлення другої групи інвалідності;- 50% - у разі встановлення третьої групи інвалідності;- 100% - у разі присвоєння статусу «Дитина з інвалідністю».

12.5.3. У разі отримання травми Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати обчислюється згідно з Таблицею виплат (Додаток 2 до цієї Оферти) відповідно до діагнозу отриманої травми в межах страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи.

12.6. У разі смерті або встановлення інвалідності Застрахованій особі, після отримання Застрахованою особою частини страхової виплати, Застрахованій особі, спадкоємцям виплачується різниця між виплатою, передбаченою в разі встановлення інвалідності або смерті Застрахованої особи, та здійсненою страховою виплатою.

12.7. Страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України.

12.8. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхову виплату при настанні страхового випадку отримують її законні представники. У разі визначення у Договорі декількох Вигодонабувачів страхова виплата розподіляється між ними у рівних частинах.

12.9. Страхову виплату за страховим випадком може отримати також інша особа за письмовим розпорядженням Страхувальника/Застрахованої особи, оформленим згідно з чинним законодавством України.

12.10. В будь-якому випадку сума страхових виплат в зв'язку з одним чи декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, обумовлену Договором.

12.11. Належну страхову виплату Страховик здійснює через банківську систему або на рахунок одержувача, відповідно до інформації, зазначеної в „Заяві на виплату”.

13. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

13.1. Підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування є:

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

13.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення та/або участь у протиправних діях, що призвело до настання страхового випадку;

13.1.3. навмисне заподіяння Страхувальником/Застрахованою особою своєму здоров'ю шкоди (в тому числі відмовою від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотриманням призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму тощо) чи тілесних пошкоджень;

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

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

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

13.1.7. відмова Страхувальника (Застрахованої особи) від огляду та аналізу на встановлення стану алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння безпосередньо після нещасного випадку;

13.1.8. неповідомлення Страховика у строки, визначені Договором страхування, про факти та обставини, що збільшують ризики настання страхового випадку (у тому числі: про заняття спортом, пов'язаним з підвищеним ризиком для життя і здоров'я, про наявність захворювань чи станів, які є обмеженнями страхування), інші факти та обставини що можуть вплинути на ступінь ризику;

13.1.9. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) обов'язків, передбачених Договором;

13.1.10. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов, визначених у п.п.10.1 -10.5. Оферти.

13.1.11. інші підстави, визначені законодавством України.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

04112, м. Київ, вул. Дегтярівська, 62 (в електронному вигляді на адресу електронної пошти for-pzu@pzu.com.ua).

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

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

15. ІНШІ УМОВИ

15.1. Підписанням Договору страхування Страхувальник повідомляє та підтверджує, що:

15.1.1. з умовами Договору він ознайомлений та згодний;

15.1.2. вся інформація, надана ним під час укладання Договору, є актуальною, повною та достовірною;

15.1.3. не існує будь-яких обставин та обмежень, що можуть перешкодити укладенню Договору;

15.1.4. до укладання Договору він отримав інформацію про стандартний страховий продукт «**Страхування подорожуючих Україною**» в тому числі **Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Страхування подорожуючих Україною»** (<https://pzu.com.ua/admin/upload/2025/doc-product/inform-doc-podorozhuuyuchi-ukrainoyu.pdf>), інформацію про Страховика та іншу інформацію, передбачену ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» <https://www.pzu.com.ua>;

15.1.5. інтереси Страхувальника були дотримані шляхом виконання вимог статті 86 цього Закону;

15.1.6. отримав інформацію, необхідну для ідентифікації Страховика відповідно до статті 87 цього Закону, а також інформацію про процедуру подання скарг та досудового врегулювання спорів;

15.1.7. йому повідомлено інформацію про страхового посередника, передбачену ст. 88 Закону України «Про страхування», якщо Договір укладається за його посередництвом.

15.1.8. до укладання Договору повідомлено інформацію, передбачену частинами 9 та 10 ст. 86 Закону України «Про страхування», якщо страховий продукт пропонується разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору.

15.2. Страхувальник надає Страховику безумовну згоду на обробку його персональних даних, включення їх до бази персональних даних Страховика у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» з

метою проведення Страховиком своєї діяльності, відмовляється від письмового повідомлення про включення його персональних даних до бази персональних даних Страховика та про передачу його персональних даних третій особі. Згода на обробку персональних даних надається на строк, необхідний для досягнення мети обробки персональних даних і може бути відкликана за письмовою заявою, направленою Страховику;

15.2.1. Страхувальник обізнаний про свої права у відповідності до статті 8 Закону України «Про захист персональних даних»;

15.2.2. Страховик повідомив йому відомості, визначені частиною другою статті 12 Закону України «Про захист персональних даних»:

Володільцем персональних даних є Страховик.

Страховиком оброблятимуться такі персональні дані: прізвище, ім'я та по батькові; серія та номер паспорта (чи іншого документа, що підтверджує особу суб'єкта персональних даних), ким та коли виданий документ; реєстраційний номер облікової картки платника податків; дата народження; місце проживання та реєстрації; громадянство; стан здоров'я; фотографія (в тому числі цифрове зображення) суб'єкта персональних даних; номери телефонів; адреси електронної пошти (E-mail); інша інформація, необхідна для досягнення мети обробки персональних даних Страховиком.

Обробка персональних даних включає в себе: збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання, аналіз, систематизацію, поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих) систем, тощо.

Страховик самостійно визначає процедуру обробки персональних даних. Персональні дані оброблятимуться з метою ведення діловодства, отримання та користання статистичної інформації (в тому числі використання такої інформації в маркетингових цілях (дослідження ринку, визначення потенційної цільової аудиторії, проведення інших маркетингових досліджень), підготовки адміністративної та іншої інформації з питань здійснення страхової діяльності, реалізації визначених законодавством України прав та обов'язків суб'єктів персональних даних тощо.

Персональні дані передаватимуться асистуючим компаніям та іншим особам з метою здійснення страхової діяльності Страховиком;

15.3. Страхувальник поінформований, що у разі надання неправдивих відомостей під час укладання Договору, він (або Вигодонабувач) буде позбавлений права на отримання страхового відшкодування.

15.4. Вигодонабувач має право з метою отримання страхового відшкодування за своєю власною ініціативою вчиняти будь-які дії, які повинен чи має право вчиняти Страхувальник. При цьому, вчинення таких дій Вигодонабувачем буде породжувати такі ж самі правові наслідки, якби такі дії були вчинені Страхувальником.

15.5. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси (в тому числі адреси електронної пошти) банківських реквізитів тощо, що можуть вплинути на виконання Сторонами своїх обов'язків за Договором:

15.5.1. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами одна одній за Договором страхування, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, а також надані/повідомлені телефоном, електронною поштою, у месенджерах (Viber, WhatsApp, Telegram тощо) з наступним направленням повідомлення або оригіналів документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів посильним (якщо інше не передбачено Договором для конкретного випадку). Документи (листи), що направляються Сторонами одна одній вважаються врученими належним чином до моменту обміну оригіналами.

15.5.2. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про зміну адреси місця проживання або свого місцеперебування або електронну адресу протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту настання такого факту. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про зміни, зазначені в цьому пункті, документи Страховика, надіслані на останню відому Страховику адресу Страхувальника або Вигодонабувача, вважаються врученими належним чином.

15.5.3. Страхувальник згоден з тим, що у разі зміни Страховиком найменування, місцезнаходження, реквізитів, Страховик повідомляє Страхувальника або Вигодонабувача про такі зміни шляхом оприлюднення відповідної інформації на вебсайті Страховика в мережі Інтернет: <https://www.pzu.com.ua>, що вважається належним повідомленням.

15.5.4. У разі зміни банківського рахунку для сплати страхових премії (якщо умовами Договору страхування передбачено сплату страхової премії періодичними платежами) Страховик повідомляє про це

Страхувальника засобами електронного зв'язку, зазначеними Страхувальником в Акцепті при укладенні Договору страхування та/ або направленням письмового повідомлення на адресу, вказану Страхувальником.

15.6. Цей Договір страхування може бути додатковим договором до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими (у тому числі, але не обмежуючись: до туристичних послуг).

15.7. У випадках, не врегульованих цим Договором, Сторони керуються законодавством України.

15.8. Додатками до цієї Оферти є :

-Додаток 1 «Програми страхування»

-Додаток 2 «Таблиця страхових виплат при травматичних ушкодженнях»

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

Контакт-центр Страховика : ТОВ «СОС Сервіс Україна»

Тел. 311 (абонентам МТС та Київстар)

0-800-50-311-5 (безкоштовно)

+38 044 230 84 97 (цілодобова багатоканальна лінія)

ПрАТ СК «ПЗУ Україна»

Місцезнаходження: вул. Січових Стрільців, 40, м. Київ, 04053, Україна

Поштова адреса: вул. Дегтярівська, 62, м. Київ, 04112, Україна

тел. (044) 238 62 38, факс: (044) 581 04 55

Код ЄДРПОУ 20782312

www.pzu.com.ua, for-pzu@pzu.com.ua

Голова Правління

Мачей Шишко

Член Правління

Наталія Маркова

Додаток 1 до
Оферти (публічної частини)
Договору страхування подорожуючих Україною

Програми страхування

Назва Програми страхування	Відпочинок				
Страхова сума по ДМС	10 000	15 000	20 000	35 000	50 000
Страхова сума НВ	10 000	15 000	20 000	35 000	50 000
Добровільне медичне страхування	Добровільне медичне страхування				
Назва послуги	Ліміт, грн.				
Невідкладна медична допомога	2000	3000	4000	7 000	10 000
Екстрена стаціонарна допомога	5000	6000	7000	12 300	18 000
Екстрена амбулаторно-поліклінічна допомога	1000	2000	3000	5 200	7 500
Екстрена стоматологічна допомога	200	500	1 000	1 700	2 500
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічній допомозі	300	500	1 000	1 800	2 500
Медичні перевезення/Репатріація тіла	1500	3000	4 000	7 000	9 500
	Добровільне страхування від нещасних випадків				
Смерть, Інвалідність I,II, III групи	+	+	+	+	+
Смерть, Інвалідність I,II,III групи, Травматичні ушкодження					
Смерть, встановлення статусу "Дитина з інвалідністю", Травматичні ушкодження					

Назва Програми страхування	Відпочинок II				
Страхова сума по ДМС	10 000	15 000	20 000	35 000	50 000
Страхова сума НВ	10 000	15 000	20 000	35 000	50 000
Добровільне медичне страхування	Добровільне медичне страхування				
Назва послуги	Ліміт, грн.				
Невідкладна медична допомога	2000	3000	4000	7 000	10 000
Екстрена стаціонарна допомога	5000	6000	7000	12 300	18 000
Екстрена амбулаторно-поліклінічна допомога	1000	2000	3000	5 200	7 500
Екстрена стоматологічна допомога	200	500	1 000	1 700	2 500
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічній допомозі	300	500	1 000	1 800	2 500
Медичні перевезення/Репатріація тіла	1500	3000	4 000	7 000	9 500
	Добровільне страхування від нещасних випадків				
Смерть, Інвалідність I,II, III групи					
Смерть, Інвалідність I,II,III групи, Травматичні ушкодження	+	+	+	+	+
Смерть, встановлення статусу "Дитина з інвалідністю", Травматичні ушкодження					

Назва Програми страхування	Оздоровлення				
Страхова сума по ДМС	10 000	15 000	20 000	35 000	50 000
Страхова сума НВ	10 000	15 000	20 000	35 000	50 000
Добровільне медичне страхування	Добровільне медичне страхування				
Назва послуги	Ліміт, грн.				
Невідкладна медична допомога	2000	3000	4000	7 000	10 000
Екстрена стаціонарна допомога	5000	6000	7000	12 300	18 000
Екстрена амбулаторно-поліклінічна допомога	1000	2000	3000	5 200	7 500
Екстрена стоматологічна допомога	200	500	1 000	1 700	2 500
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічній допомозі	300	500	1 000	1 800	2 500
Медичні перевезення/Репатріація тіла	1500	3000	4 000	7 000	9 500
	Добровільне страхування від нещасних випадків				
Смерть, Інвалідність I,II, III групи					
Смерть, Інвалідність I,II,III групи, Травматичні ушкодження					
Смерть, встановлення статусу "Дитина з інвалідністю", Травматичні ушкодження	+	+	+	+	+

Додаток 2 до Оферти (публічної частини)
договору страхування подорожуючих Україною

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

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від ліміту відповідально сті
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 3/5 до 13 днів включно	2
	б) струс головного мозку при терміні лікування 14 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10
	г) не вилучені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розтрощення речовини головного мозку (без вказівки симптоматики)	30
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилися оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
2. У тому випадку, коли в результаті однієї травми наступлять ушкодження, перераховані в одній статті, страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
4	УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (ТРАВМАТИЧНЕ, ТОКСИЧНЕ, ГІПОКСИЧНЕ), ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВИНИКНЕННЯ:	
	а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей у віці до 16 років	5

	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	10
	в) епілепсії	15
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	д) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
	е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, деменції	70
	з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	100
Примітки: 1. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми нервової системи, зазначеними в ст. 4, здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичною установою не раніше 3 місяців із дня травми і підтверджені довідкою цієї установи. При цьому страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку зі страховими подіями, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100%. 2. У тому випадку, якщо страхувальником представлені довідки про лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється по статтях 1,2, 3, 5, 6 і ст.4 шляхом підсумовування. 3. При зниженні гостроти зору або зниженні слуху в результаті черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і зазначених ускладнень по відповідних статтях шляхом підсумовування.		
5	ПЕРИФЕРИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ	10
Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється по ст.1; ст.5 при цьому не застосовується.		
6	УШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, КІНСЬКОГО ХВОСТА, ПОЛІОМІЄЛІТ, БЕЗ ВКАЗІВКИ СИМПТОМІВ:	
	а) струс	5
	б) забій	10
	в) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний розрив спинного мозку	100
Примітки: 1. У тому випадку, якщо страхова виплата була здійснена по ст.6 (а, б, в, г), але надалі виникли ускладнення, перераховані в ст.4 і підтверджені довідкою лікувально-профілактичної установи, страхова виплата по ст.4 здійснюється додатково до виплаченої раніше. 2. Якщо в зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
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. Ст.7 і 8 одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, що виникли в зв'язку з травмою, не дають підстав для страхової виплати.		
9	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
	д) Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи і кисті (сумарно)	0
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	20
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 вказівки ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для страхової виплати. 2. У тому випадку, якщо ушкодження, перераховані в ст. 14, спричинять зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється у відповідності зі ст. 20. Стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з пошкодженням очного яблука проводилось виплати згідно із ст.14, але травма в подальшому ускладнилась зниженням гостроти зору, то це дає підставу для здійснення страхової виплати у більшому розмірі, проведена раніше страхова виплата утримується. 3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстави для страхової виплати.		

15	УШКОДЖЕННЯ СЛЬОЗОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ОДНОГО ОКА:					
	а) що не спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів		5			
	б) що спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів		10			
16	НАСЛІДКИ ТРАВМИ ОКА:					
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт		5			
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот віка, не вилучені сторонні тіла в очному яблуці і тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука і віка (за винятком шкіри)		10			
Примітки:						
1. Якщо в результаті однієї травми наступлять кілька патологічних змін, перерахованих у ст. 16, страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш важкої травми одноразово.						
2. У тому випадку, якщо лікар-окуліст не раніше, ніж через 3 місяці після травми ока установить, що існують патологічні зміни, перераховані в ст. 10, 11, 12, 13, 15б, 16, і зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням усіх наслідків шляхом підсумовування, але не більш 50% за одне око.						
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 (згідно таблиці):					
	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % від страхової суми	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % від страхової суми
	До травми	Після травми		До травми	Після травми	
	1,0	0,9	3	0,6	0,5	5
		0,8	5		0,4	5
		0,7	5		0,3	10
		0,6	10		0,2	10
		0,5	10		0,1	15
		0,4	10		нижче	
		0,3	15		0,1	20
		0,2	20		0,0	25
		0,1	30			
		нижче				
		0,1	40	0,5	0,4	5
		0,0	50		0,3	5

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

Примітки:

1. Рішення про страхову виплату в зв'язку зі зниженням у результаті травми гостроти зору й інших наслідків приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців із дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) і інших наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по ст. 14, 15а, 19.
- 2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то умовно варто вважати, що вона була такою, як у неушкодженого. Однак, якщо гострота зору непошкодженого ока виявиться нижчою, ніж пошкодженого, умовно варто вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.
3. Якщо в результаті травми були ушкоджені обидва ока і дані про гостроту зору до травми відсутні, варто умовно вважати, що гострота зору їх складала 1,0.
4. У тому випадку, якщо в зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована лінза, що коригує, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.

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 ст. 21 (б, в, г) приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння ран. Якщо страхова виплата здійснена по ст. 21, то ст. 58 не застосовується.

22	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ:	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5
	б) шепітна мова - до 1 м	15
	в) повна глухота (розмовна мова – 0)	25

Примітка: рішення про здійснення страхової виплати в зв'язку зі зниженням слуху у результаті травми приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців із дня травми. Після закінчення цього терміну застрахований направляється до Лор-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по ст. 23, 24а (якщо на це є підстави)

23	РОЗРИВ ОДНІЄЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ, ЩО НАСТУПИВ У РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ, І ЯКИЙ НЕ СПРИЧИНІВ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ	5
----	--	---

Примітки:

- 1. Якщо в результаті травми відбувся розрив барабанної перетинки і настало зниження слуху, страхова виплата визначається по ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується.
- 2. Якщо розрив барабанної перетинки відбувся в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка), ст. 23 не застосовується.

24	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКЕ СПРИЧИНІЛО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОТИТ:	
	а) гострий гнійний	3
	б) хронічний	5

Примітка: страхова виплата по ст. 24 б здійснюється додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено Лор-фахівцем після закінчення трьох місяців після травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми по відповідній статті.		
ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
25	ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ КІСТОК, ХРЯЩА НОСА, ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ, ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ, ГРАТЧАСТОЇ КІСТКИ	5
Примітка: якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа наступить його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичної установи і результатами огляду, страхова виплата проводиться по ст. 25 і 58 (якщо є підстави для застосування цієї статті) шляхом підсумовування.		
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 дає підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо переломи ребер, грудини спричинили ускладнення, передбачені ст.26, страхова виплата по цій статті виплачується додатково до ст.28, 29.		
27	УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЇЇ ОРГАНІВ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) легенеvu недостатність (яка виникла через 3 місяці із дня травми)	10
	б) видалення частки, частини легенів	40
	в) видалення однієї легені	60
Примітка: при здійсненні страхової виплати по ст. 27 (б, в) ст. 27 а) не застосовується.		
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 дає підстави для здійснення страхової виплати. 3. Якщо в довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних установ, буде зазначена різна кількість ушкоджених ребер, страхова виплата здійснюється з урахуванням більшого числа ребер.		
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
	торакотомія:	
	б) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) при ушкодженні органів грудної порожнини	15

	г) повторні торакотомії (незалежно від їхньої кількості)	10
Примітки: - 1. Якщо в зв'язку з ушкодженням грудної клітки і її органів було зроблене видалення легенів або їх частини, страхова виплата здійснюється у відповідності із ст.27; ст.30 при цьому не застосовується; ст.30 і 26 одночасно не застосовуються. 2. Якщо в зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найбільш складного втручання одноразово.		
31	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ПЕРЕЛОМ ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ОПІК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ НЕ СПРИЧИНILI 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 СПРИЧИНILI:	
	а)охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш 3 місяців після травми	10
	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш 6 місяців після травми	20
Примітка: страхова виплата по ст.32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою по ст.31. У тому випадку, якщо Страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила за собою порушення функції гортані або трахеї, необхідно одержати висновок фахівця через 3 місяці після травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється по ст.31.		
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ НЕ СПРИЧИНILI СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	25
34	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНILI СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ:	
	а) I ступеня	10
	б) II – III ступеня	25
Примітка: якщо в довідці ф.№195 не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється по ст. 34а.		
35	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН (ЯКІ НЕ СПРИЧИНILI ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ) НА РІВНІ:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНILI СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	20

Примітки:

1. До великих магістральних судин варто відносити: аорту, легеневу, сонні артерії, безіменну вену, внутрішні яремні вени, верхню і нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів.
До великих периферичних судин варто відносити: підключичні, пахвові, плечові, ліктьові і променеві артерії, клубова, стегнові, підколінні, передні і задні малогомілкові і великогомілкові артерії; плечеголовна, підключичні, пахвові, стегнові і підколінні вени.
2. Якщо Страхувальник у своїй заяві вказав, що травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, необхідно одержати висновок фахівця.
3. Страхова виплата по ст. 34, 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені в лікувально-профілактичній установі після закінчення 3 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи. Раніше цього терміну виплата здійснюється по ст. 33, 35.
4. Якщо в зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 5% страхової суми.

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

Примітки:

1. При переломі щелепи, що випадково наступила під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.
2. Перелом альвеолярного відростка, що наступив при втраті зубів, не дає підстави для страхової виплати.
3. Якщо в зв'язку з травмою щелеп, виличної кістки проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.

38 - ЗВИЧНИЙ ВИВИХ ЩЕЛЕПИ

10

Примітка: при звичному вивиху нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, виплаченої по ст.37. При рецидивах звичного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.

39 УШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ:

а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)

40

б) щелепи

80

Примітки:

1. При здійсненні страхової виплати в зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їхньої кількості.
2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток страхової суми, що підлягає виплаті, визначається з урахуванням цих ушкоджень по відповідних статтях шляхом підсумовування.
3. При здійсненні страхової виплати по ст.39 додаткова виплата за оперативні втручання не проводиться.

40 УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ПОРОЖНИНИ РОТА (ПОРАНЕННЯ, ОПІК, ВІДМОРОЖЕННЯ), 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 ЗУБІВ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відломлювання коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки, кореня), вивих зуба	2
	втрату:	
	б) 1 зуба	5
	в) 2-3 зубів	10
	г) 4-6 зубів	15
	д) 7-9 зубів	20
	е) 10 і більше зубів	25
Примітки: 1. При переломі або втраті в результаті травми зубів з незмінними протезами страхова виплата не здійснюється з урахуванням втрати тільки опорних зубів. При ушкодженні в результаті травми змінних протезів страхова виплата не виплачується. 2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей у віці до 5 років страхова виплата виплачується на загальних підставах. 3. При втраті зубів і переломі щелепи розмір страхової виплати, що підлягає виплаті, визначається по ст.37 і 42 шляхом підсумовування. 4. Якщо в зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата по ст.42а, а надалі цей зуб був вилучений, із страхової виплати, що підлягає виплаті, віднімається здійснені раніше страхові виплати. 5. Якщо вилучений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах по ст.42, у випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.		
43	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) ГЛОТКИ, СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, КИШЕЧНИКУ, А ТАКОЖ ЕЗОФАГОГASTРОСКОПІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ЦИМИ УШКОДЖЕННЯМИ АБО З МЕТОЮ ВИДАЛЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, ЩО НЕ СПРИЧИНИЛО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ	5
44	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) СТРАВОХОДУ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) звуження стравоходу	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	100
Примітка: відсоток страхової суми, що підлягає виплаті по ст.44, визначається не раніше, ніж через 6 місяців із дня травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється попередньо по ст.43 і цей відсоток віднімається при ухваленні остаточного рішення.		
45	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ОПІК, ПОРАНЕННЯ) ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ, ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5

	б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, вихідникового отвору	15
	в) спаєчну хворобу, стан після операції з приводу спаєчної непрохідності	25
	г) кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози	50
	д) протиприродний вихідниковий отвір (колостома)	100
Примітки: 1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах «а», «б», «в», страхова виплата виплачується за умови, що ці ускладнення є тільки після закінчення 3 місяців з дня травми, а передбачені в пунктах «г» і «д» – після закінчення 6 місяців з дня травми. Зазначені ускладнення травми визнаються тільки в тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичної установи. Раніше цих термінів страхова виплата виплачується по ст.43 і цей відсоток не віднімається при ухваленні остаточного рішення. 2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному підпункті, страхова виплата виплачується одноразово. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних підпунктах, страхова виплата виплачується з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
46	Грижа, що утворилася на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в області післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої грижі	10
Примітки: 1. Страхова виплата по ст.46 виплачується додатково до страхової виплати, визначеної в зв'язку з травмою органів живота, якщо вона з'явилася як прямий наслідок цієї травми. 2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові і пахово-мошонкові), що виникли в результаті підняття ваги, не дають підстав для страхової виплати.		
47	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
48	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
49	УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребує оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30
50	Ушкодження шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі, що спричинило:	
	а) утворення несправжньої кісти підшлункової залози	20
	б) резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози	30

	в) видалення шлунка	60
Примітка: при наслідках травми, перерахованих в одному підпункті, страхова виплата виплачується одноразово. Однак, якщо травма різних органів спричинить ускладнення, зазначені в різних підпунктах, страхова виплата виплачується з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
51	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЖИВОТА, У ЗВ'ЯЗКУ З ЯКИМИ ЗРОБЛЕНІ:	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5
	б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	10
	в) лапаротомія при ушкодженні органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їхньої кількості)	10
Примітки: 1. Якщо в зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати по ст.47-50, стаття 51 (крім підпункту «г») не застосовується. 2. <i>Якщо в результаті однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька органів будуть вилучені, а інші – ушиті, страхова виплата виплачується по відповідних статтях і ст.51 одноразово.</i> 3. У тому випадку, коли в результаті однієї травми будуть ушкоджені органи травної, сечовидільної або статеві системи (без їхнього видалення), додатково виплачується страхова виплата по ст.55 (5%).		
СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМИ		
52	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
53	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 травми наступило порушення функції декількох органів сечостатевої системи, відсоток страхової суми, що підлягає виплаті, визначається по одному з підпунктів ст.53, що враховує найбільш важке ушкодження. 2. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми, перерахованими в підпунктах «а», «в», «г», «д» і «е» ст.53, виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього терміну страхова виплата виплачується по ст.52 або 55(а) і цей відсоток не віднімається при ухваленні остаточного рішення.		

54	ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, зроблені в зв'язку з травмою (незалежно від їхньої кількості)	10
Примітка: якщо в зв'язку з травмою було зроблене видалення нирки або її частин, страхова виплата виплачується по ст.52 (б, в); ст.54 при цьому не застосовується.		
55	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СТАТЕВОЇ АБО СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:	
	а) поранення, розрив, опік, відмороження	5
	б) згвалтування у віці:	
	до 15 років	50
	с 15 до 18 років	30
	18 років і більше	15
	в) викидень внаслідок нещасного випадку	30
Примітка: страхова виплата по ст. 55 виплачується на підставі постанови про порушення карної справи і рішення суду.		
56	УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена	30
	в) втрати матки у жінок у віці:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	50 років і більше	15
	г) втрати статевого члена та обох яєчок	50
57	ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ, ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ, ЯКІ СПРИЧИНILI:	
	а) видалення однієї маткової труби, одного яєчника	15
	б) видалення обох маткових труб, обох яєчників	30
	в) втрату матки (у тому числі з придатками) у віці:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	50 років і більше	15
Примітка: у тих випадках, коли під час операції з приводу позаматкової вагітності одночасно з вагітною трубою видаляється (перев'язується) і друга маткова труба в зв'язку з її захворюванням або з метою стерилізації, страхова виплата виплачується по ст.57(а).		
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
58	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 рубців площею 1,0 см ² і більше або довжиною 5 см і більше	5

	в) значне порушення косметики	10
	г) різке порушення косметики	30
	д) спотворення	70
Примітки: 1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, втягнені або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини. - Спотворення – це різка зміна природного виду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного або інших насильницьких впливів. 2. Якщо в зв'язку з переломом кісток лицевого черепа зі зсувом відламків була зроблена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата виплачується з урахуванням перелому і післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тій чи іншій мірі. 3. Якщо в результаті ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобочкової поверхні шиї, підщелепної області утворився рубець або пігментна пляма й у зв'язку з цим була виплачена відповідна частина страхової суми, а потім застрахований одержав другу травму, яка спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), знову виплачується страхова виплата з урахуванням наслідків повторної травми.		
59	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ВОЛОСЯНОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ, ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОСННЯ УТВОРЕННЯ РУБЦІВ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 2,0 до 5,0 см ² або довжиною 5 см і більше	2
	б) від 5 см ² до 0,5% поверхні тіла	5
	в) від 0,5% до 2,0%	10
	г) від 2,0% до 4,0%	15
	д) від 4,0% до 6,0%	20
	е) від 6,0% до 8,0%	25
	ж) від 8,0% до 10,0%	30
	з) від 10,0% до 15,0%	35
	и) від 15,0% і більше	40
Примітки: 1. 1 % поверхні досліджуваного тіла дорівнює площі долонної поверхні його кисті і пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, вимірюваної від променево-зап'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівки II-V п'ясткових кісток (без врахування I пальця). 2. При визначенні площі рубців слід враховувати рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантанта для заміщення дефекту враженої ділянки шкіри. 3. Якщо страхова виплата виплачується за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і ін.), ст.59 не застосовується.		
60	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО УТВОРЕННЯ ПІГМЕНТНИХ ПЛЯМ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 1,0% до 2,0% поверхні тіла	3
	б) від 2,0% до 10,0%	5
	г) від 10,0% до 15,0%	10
	г) 15,0% і більше	15

Примітки:		
1. Рішення про страхову виплату по ст.58, 59 і 60 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння поверхні ран, але не раніше ніж 1 місяць після травми.		
2. Загальна сума виплат по ст.59 і 60 не повинна перевищувати 40%.		
61	- ОПІКОВА ХВОРОБА, ОПІКОВИЙ ШОК	10
Примітка: страхова виплата по ст.61 виплачується додатково до страхової виплати, виплачуваної в зв'язку з опіком.		
62	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН:	
	а) не вилучені сторонні тіла	2
	б) м'язова грижа, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площею не менш 2см ² , розрив м'язів	3
	в) розрив сухожиль, за винятком пальців кисті, взяття аутоотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата	5
Примітки:		
1. Страхова виплата в зв'язку з гематомою, що не розсмокталась, м'язовою грижею або посттравматичним періоститом виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення травми мають місце після закінчення 1 місяця з дня травми.		
2. Рішення про страхову виплату (разового відшкодування) по ст.62 приймається на підставі даних огляду, проведеного не раніше, ніж через 1 місяць після травми.		
ХРЕБЕТ		
63	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
64	РОЗРИВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ЗВ'ЯЗОК (ПРИ ТЕРМІНІ ЛІКУВАННЯ НЕ МЕНШ 14 ДНІВ), ПІДВИВИХ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КУПРИКА)	5
Примітка: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не здійснюється.		
65	- ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО ПОПЕРЕЧНОГО АБО ОСТИСТОГО ВІДРОСТКА	3
66	ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ	10
67	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. У тому випадку, якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата виплачується з урахуванням обох ушкоджень шляхом підсумовування.		
3. У тому випадку, якщо в результаті однієї травми відбудеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперечних або остистих відростків, страхова виплата виплачується по статті, що передбачає найбільш важке ушкодження, одноразово.		

ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ		
68	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, перелоמו-вивих ключиці	10
	в) розрив двох сполучень і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного сполучення	15
	г) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб)	15
Примітки: 1. У випадку, якщо в зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в ст.68, проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово. 2. У випадку, якщо в зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про страхову виплату по ст.59 приймається за результатами огляду, проведеного після загоєння рани. 3. Страхова сума в зв'язку з переломом, що не зрісся (несправжній суглоб) виплачується в тому випадку, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою установи. Ця виплата є додатковою.		
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
69	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА (СУГЛОБОВОЇ ЗАПАДИНИ ЛОПАТКИ, ГОЛІВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, АНАТОМІЧНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ, ГОРБИКІВ, СУГЛОБОВОЇ СУМКИ):	
	а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів (в тому числі великого горбика), перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча	5
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки і вивих плеча	10
	в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелоמו-вивих плеча	15
70	УШКОДЖЕННЯ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) звичний вивих плеча	15
	б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	в) «розбавтаний» плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	40
- Примітки: 1. Страхова виплата по ст.70 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженнями області плечового суглоба в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичною установою після закінчення 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи. 2. У випадку, якщо в зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми. 3. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.		
ПЛЕЧЕ		
71	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):	

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

ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
76	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ (ВЕРХНЯ, СЕРЕДНЯ, НИЖНЯ ТРЕТИНА):	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
77	ПЕРЕЛОМ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНИЙ СУГЛОБ) КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30
Примітка: страхова виплата по ст.77 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з травмою передпліччя, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
78	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 єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
Примітки: - 1. Якщо в зв'язку з травмою області передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово. 2. Якщо страхова виплата виплачується по ст.78, додаткова виплата за оперативні втручання та післяопераційні рубці не проводиться.		
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
79	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 в області суглобу	10
	в) перилунарний вивих кістки	15
80	Ушкодження області променево-зап'ясткового суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) у цьому суглобі	-
- Примітки: 1. Страхова виплата по ст.80 виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з ушкодженням області променево-зап'ясткового суглоба в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичною установою після закінчення 6 місяців після травми й підтверджено довідкою цієї установи. 2. Якщо в зв'язку з травмою області променево-зап'ясткового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми.		
КИСТЬ		
81	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, перелоμο-вивих кисті	15
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. При переломі (вивиху) у результаті однієї травми кісток зап'ястя (п'ясткових кісток) і човноподібної кістки страхова виплата виплачується з врахуванням кожного пошкодження шляхом підсумовування.		
82	УШКОДЖЕННЯ КИСТІ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба	60
	в) ампутацію єдиної кисті	100
Примітка: страхова виплата в зв'язку з переломом, що не зрісся, (несправжнім суглобом) кісток зап'ястя або п'ясткових кісток виплачується додатково по ст.82(а) в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
ПАЛЬЦІ КИСТІ		
ПЕРШІЙ ПАЛЕЦЬ		
83	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відрив нігтьової пластинки	2
	б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця	3
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітки:		
1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати.		
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилльним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
84	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	10
	б) відсутність рухів у двох суглобах	15
Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції 1 пальця виплачується додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
85	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 виплачена по ст.85, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
86	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відрив нігтьової пластинки	2
	б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця	3
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій.	5
Примітки:		
1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для виплати страхової суми.		
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
87	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	5
	б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця	10
Примітка: страхова сума в зв'язку з порушенням функцій пальця виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
88	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:		
1. Якщо страхова сума виплачена по ст.88, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. При ушкодженні декількох пальців кисті в період дії одного договору страхування страхова сума виплачується з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Однак розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.		
ТАЗ		
89	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА:	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток або розрив одного сполучення, подвійний перелом однієї кістки	10
	в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох сполучень	15

Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з переломом кісток таза або розривів сполучень проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово .		
2. Розрив лобкового, крижово-клубового сполучення (сполучень) під час пологів дає підставу для виплати страхової суми на загальних підставах по ст.89 (б або в).		
90	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА, ЩО СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ РУХІВ У ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБАХ:	
	а) в одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40
Примітка: страхова сума в зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) виплачується по ст.90 додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою таза, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичною установою через 6 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
НИЖНЯ КІНЦІВКА		
ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
91	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА:	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
	б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів)	10
	в) вивих стегна	15
	г) перелом голівки, шийки проксимального метафіза стегна	20
Примітки:		
1. У тому випадку, якщо в результаті однієї травми наступлять різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова сума виплачується відповідно за підпунктом, який передбачає найбільш важке ушкодження.		
2. Якщо в зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми однократно .		
92	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 сума в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в ст.92, виплачується додатково до страхової суми, виплаченої з приводу травми суглоба.		
2. Страхова сума по ст.92(б) виплачується в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
СТЕГНО		
93	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА:	
	а) на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина)	25
	б) подвійний перелом стегна	30
94	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА, ЩО СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	
		30

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

Примітки: 1. Страхова сума по ст.98 визначається при: - переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діяфіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в області діяфіза (верхня, середня, нижня третина) і переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині. 2. Якщо в результаті травми наступив внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діяфіза, страхова сума виплачується по ст.96 і 98 або ст.101 і 98 шляхом підсумовування.		
99	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ, ЩО ПРИЗВЕЛО 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 сума по ст.99 виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені в лікувально-профілактичній установі по закінченні 9 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи. 2. Якщо в зв'язку з травмою гомілки проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
100	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) ампутації гомілки на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляцію в колінному суглобі	70
	в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
Примітка: якщо страхова сума була виплачена в зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
101	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА:	
	а) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
	б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	в) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15
Примітки: 1. При переломах кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжуються розривом міжгомілкового синдесмозу, підвихом (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.		
102	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	

	а) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі	20
	б) «розбавтаний» гомілковостопний суглоб у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	40
	в) екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі	50
Примітка: якщо в результаті травми гомілковостопного суглоба напустили ускладнення, перераховані в ст.102, страхова сума виплачується по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкий наслідок.		
103	УШКОДЖЕННЯ АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ:	
	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15
СТОПА		
104	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яткової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яткової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	15
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. При переломах або вивихах кісток стопи, що напустили в результаті різних травм, страхова сума виплачується з урахуванням факту кожної травми.		
105	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНILI:	
	а) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яткової і таранної кісток)	5
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) трьох і більш кісток, а також таранної або п'яткової кістки	15
	в) артродез підтаранного суглоба, в поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	20
	ампутацію на рівні:	
	г) плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	30
	д) плеснових або заплеснових кісток	40
	е) таранної, п'яткової кісток (втрата стопи)	50
Примітки:		
1. Страхова сума в зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.105 (а, б, в), виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо вони будуть установлені лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи, а по підпунктах «г», «д», «е» - незалежно від терміну, що пройшов із дня травми.		
2. У тому випадку, якщо страхова сума виплачується в зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ПАЛЬЦІ СТОПИ		
106	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 сухожиль пальця проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
107	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. У тому випадку, якщо страхова сума виплачується по ст.107, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. Якщо в зв'язку з травмою була зроблена ампутація пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
108	УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНILI:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	5
	в) остеомієліт, у тому числі гематогенний остеомієліт	10
Примітки:		
1. Ст.108 застосовується при тромбофлебитах, лімфостазі і порушеннях трофіки, що наступили внаслідок травми опорно-рухового апарату (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів).		
2. Запалення пальців стоп, що нагноїлись, не дають підстав для виплати страхової суми.		
109	ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК, ГЕМОРАГІЧНИЙ, АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК, ЩО РОЗВИВСЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ	5
Примітка: виплата страхової суми по ст.109 проводиться додатково до виплат, зроблених у зв'язку з травмою.		
110	ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ, АСФІКСІЯ (ЗАДУХА), КЛІЩОВИЙ АБО ЕНЦЕФАЛІТ ПІСЛЯ ЩЕПЛЕННЯ (ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТ), ВРАЖЕННЯ ЕЛЕКТРОСТРУМОМ (АТМОСФЕРНОЮ ЕЛЕКТРИКОЮ), УКУСИ ЗМІЙ, ОТРУЙНИХ КОМАХ, ПРАВЕЦЬ, БОТУЛІЗМ (ПРИ ВІДСУТНОСТІ ДАНИХ ПРО УРАЖЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ЗАЗНАЧЕНИХ ПОДІЙ КОНКРЕТНИХ ОРГАНІВ)	
	при стаціонарному лікуванні:	
	а) 6-10 днів	5
	б) 11-20 днів	10
	в) понад 20 днів	15

Примітка: якщо в довідці зазначено, що події, перераховані в ст.110, спричинили за собою ушкодження яких-небудь органів, страхова сума виплачується по відповідних статтях. Ст.110 при цьому не застосовується.		
111	ЯКЩО ЯКА-НЕБУДЬ СТРАХОВА ПОДІЯ, ЩО ТРАПИЛАСЬ ІЗ ЗАСТРАХОВАНИМ У ПЕРІОД ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, НЕ ПЕРЕДБАЧЕНА ДАНОЮ ТАБЛИЦЕЮ, АЛЕ ПОТРЕБУЄ СТАЦІОНАРНОГО І (АБО) АМБУЛАТОРНОГО БЕЗПЕРЕРВНОГО ЛІКУВАННЯ В ЦІЛОМУ НЕ МЕНШ 5 ДНІВ, ТО ВИПЛАЧУЄТЬСЯ РАЗОВА СТРАХОВА ВИПЛАТА У РОЗМІРІ:	
111/1	ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 5 ДО 10 ДНІВ ВКЛЮЧНО;	1
111/2	ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 11 ДО 15 ДНІВ ВКЛЮЧНО;	2
111/3	ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 16 ДО 30 ДНІВ ВКЛЮЧНО;	3
111/4	- ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ВІД 31 ДО 45 ДНІВ ВКЛЮЧНО;	4
111/5	ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЛІКУВАННІ ПОНАД 45 ДНІВ	5
Примітка: якщо при ушкодженні м'яких тканин застосовувалися ПХО, виплати здійснюються згідно статей 111/3 - 111/5		