



Затверджено рішенням Правління
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 189/2025 від «16» грудня 2025 року

введено в дію наказом
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 184 від «16» грудня 2025 року

Редакція діє з «30» грудня 2025 р.

ОФЕРТА (ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА)

Договору комплексного страхування подорожуючих за кордон Загальні умови стандартного страхового продукту «Страхування подорожуючих за кордон»

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Оферта (публічна частина) Договору комплексного страхування подорожуючих за кордон, що містить загальні умови стандартного страхового продукту **«Страхування подорожуючих за кордон»** (далі – Оферта) розроблена у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України, а також на підставі Політики з андеррайтингу щодо укладання договорів комплексного страхування подорожуючих за кордон, затвердженої рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» № 189/2025 від 16.12.2025 р. та Політики з розроблення та впровадження страхових продуктів у Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «ПЗУ Україна», затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» № 47/2024 від 18.04.2024 р.

1.2. Оферта підписана уповноваженими представниками Страховика накладанням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), розміщена на вебсайті Страховика <https://pzu.com.ua/admin/upload/2025/oferta-turyzm-programa-klasychna.pdf> і 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 комплексного страхування подорожуючих за кордон згідно з умовами страхового продукту **«Страхування подорожуючих за кордон»** (далі – Договір) шляхом приєднання.

1.3. Договір укладається Страховиком згідно з Цивільним кодексом України, Законами України «Про страхування», «Про електронну комерцію», іншими нормативно-правовими актами, на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування:

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

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

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

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

20782312

ЕДРПОУ/ІПН

20782312

1.4. Перед укладенням Договору Страхувальник повинен обов'язково ознайомитися з умовами страхування, інформацією про фінансову послугу, інформацією про Страховика та страхового посередника (якщо Договір укладається за участі посередника), що розміщені на вебсторінці Страховика в мережі Internet <https://www.pzu.com.ua>, а Страховик забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт з урахуванням його специфіки та потреб клієнта.

1.5. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика (страхового посередника, якщо Договір укладається за його участю) про всі 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, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору та/або про розмір страхової премії за Договором, а саме:

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

1.5.2. місцезнаходження Застрахованої особи під час укладання Договору;

1.5.3. країна постійного проживання Застрахованої особи (у тому числі місце постійного проживання поза межами України);

1.5.4. країну (країни) перебування у подорожі (поїздки);

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

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

1.5.7. наявність актуальної візи для в'їзду в країну перебування у подорожі (поїздки), чинної протягом всього періоду перебування за кордоном;

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

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

1.5.10. кількість Застрахованих осіб за одним Договором;

1.5.11. інформацію про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування (у тому числі про договори медичного страхування, чинні в країні (країнах) перебування у подорожі);

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

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

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

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

1.9. Якщо цей страховий продукт пропонується разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору, інформація про це зазначається в Акцепті (індивідуальній частині) Договору, при цьому клієнт (Страхувальник) має можливість отримати різні складові такого пакету окремо, а також інформацію про вартість та витрати за кожною з них.

1.10. В межах цієї Оферти, Страхувальнику пропонуються певні варіанти страхування у Програмах, які містять різні складові страхового покриття та інші умови страхування. Обрана Страхувальником Програма страхового продукту зазначається в Акцепті.

1.11. Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування. Страхувальник підтверджує факт добровільної передачі Страховику/страховому посереднику інформації з обмеженим доступом. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, яка становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб. Страхувальник надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі визначеному законодавством України та на використання Страховиком/страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.

1.12. Для укладення 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 укладення Договору страхування, та підтверджує надання згоди на обробку персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

1.13. Відповідно до зазначених Страхувальником відомостей та обраних ним умов страхування формується в електронному вигляді Акцепт (індивідуальна частина) Договору комплексного страхування подорожуючих за кордон (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.

1.14. Договір страхування складається з цієї Оферти, підписаного Сторонами Акцепту та додатків до Акцепту, зазначених в ньому, що є невід'ємними частинами Договору.

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

1.16. Об'єктом страхування є здоров'я, працездатність Застрахованої особи, відповідальність Застрахованої особи за заподіяну нею шкоду третій особі або її майну, а також можливі збитки чи витрати Застрахованої особи чи іншої особи, передбаченої Договором.

2. ПОНЯТТЯ І ТЕРМІНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ.

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

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

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

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

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

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

2.7. Договір страхування (або Договір) – Договір комплексного страхування подорожуючих за кордон, укладений Страховиком та Страхувальником відповідно до цієї Оферти, яка містить загальні умови страхового продукту.

2.8. 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.

2.9. Загострення хронічного захворювання – період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, яке потребує надання невідкладної медичної допомоги, в тому числі медикаментозного та іншого лікування, ненадання медичної допомоги в період якого може призвести до виникнення загрози життю.

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

2.11. Заняття зимовими видами спорту – включає в себе, але не обмежуючись: гірськолижний спорт, сноубординг, керлінг, тобогган (безполозні сани), сноутюбінг, катання на санчатах, снігоході, катання/біг на ковзанах, поїздки на квадроциклі по заметах, бігові лижі, сноукайтинг (зимовий віндсерфінг), сноу-кайкінг, зимовий каякінг, баггі, родельбан, зимовий параплан та ін.

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

2.12. Заняття екстремальними видами діяльності – мисливство, парапланеризм, дельтапланеризм, парашутний спорт, включно з вінг-сьютом, скай-дайвінгом, парасейлінгом; альпінізм, гірський туризм, трекінг (висота сходження від 2 000 м до до 4 000 м над рівнем моря); скелелазіння; підводне плавання на глибині до 18 метрів, рафтинг третього рівня складності і вище, флайборд, каньйонінг, автоспорт, мотоспорт (окрім стантрайдингу), участь в перегонах (авто, мото, на тваринах).

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

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

- коли спорт є професійною діяльністю Застрахованої особи;
- Застрахована особа приймає участь у тренуваннях та/або змаганнях;
- коли Застрахована особа відвідує спортивні заняття під час навчання за кордоном;
- будь-яка циркова діяльність окрім виконання будь-яких трюків на висоті без застосування додаткового обладнання для забезпечення безпеки Застрахованій особі.

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

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

2.15. Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Страхувальник, який уклав Договір страхування на власну користь, одночасно є Застрахованою особою.

2.16. Країна постійного проживання – країна, під юрисдикцією якої знаходиться місце постійного проживання фізичної особи або країна, громадянином якої є фізична особа, або країна, в якій фізична особа має дозвіл на постійне проживання.

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

2.18. Медична евакуація – це транспортування Застрахованої особи з обмеженими можливостями пересування або транспортування особи, якій потрібен особливий догляд, медикаментозна або апаратна

підтримка під час польоту (поїздки) до місця постійного проживання. Медична евакуація може бути запропонованою Застрахованій особі і в інших випадках:

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

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

2.19. Місце постійного проживання – місце проживання фізичної особи на території якої-небудь держави більше одного року за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових (посадових) обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом) та/або здобуття вищої або професійної освіти.

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

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

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

2.23. Нещасний випадок – раптова, випадкова, короточасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесного ушкодження (травми) або іншого порушення функцій організму. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, змій, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета тощо. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, рани, 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, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо.

2.24. Період страхування – це проміжок часу, визначений в межах строку дії Договору, коли діє страхове покриття (страховий захист).

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

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

2.27. Сторони Договору страхування – Страховик та Страхувальник.

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

2.29. Страхова виплата (Страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

2.30. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. В межах страхової суми можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, та/або на відшкодування окремих витрат.

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

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

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

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

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

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

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

2.38. **Тарифна політика** – складова частина Політики з андеррайтингу щодо укладення договорів комплексного страхування подорожуючих за кордон.

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

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

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

2.42. **Часова франшиза** – період часу, що починається з дати укладення Договору страхування, протягом якого страховий захист не діє і Страховик не несе зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою). Події, які відбулися в період часової франшизи, не розглядаються Страховиком, а збитки за такими подіями не підлягають відшкодуванню.

2.43. 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 І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. За Договором на страхування приймаються страхові ризики:

3.1.1. За класом страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) Застрахованим особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі», за текстом Договору – опція «Допомога (асистанс)».

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

3.1.1.1. *гострому захворюванні, що сталося під час подорожі (поїздки);*

3.1.1.2. *загостренні хронічного захворювання, що сталося під час подорожі (поїздки);*

3.1.1.3. *розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки);*

3.1.1.4. репатріації (медичній евакуації) Застрахованої особи із-за кордону, у зв'язку з подією, передбаченою п.п. 3.1.1.1.- 3.1.1.3. Оферти;

3.1.1.5. репатріації тіла Застрахованої особи із-за кордону;

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

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

3.1.1.7. втрати або крадіжки документів Застрахованої особи, необхідних для повернення в країну постійного проживання;

3.1.1.8. телефонного повідомлення Застрахованою особою Асистуючої компанії про настання страхового випадку.

3.1.2. За класом страхування I «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», за текстом Договору – опція «Нещасний випадок»,

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

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

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

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

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

3.1.2.5. встановлення Застрахованій особі статусу «Дитина з інвалідністю» внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки);

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

3.1.3. За класом страхування I3 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)», за текстом Договору – опція «Відповідальність перед третіми особами»,

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

3.1.3.1. заподіяння Застрахованою особою під час подорожі (поїздки) ненавмисної шкоди потерпілій третій особі та/або її майну, а саме:

- Відшкодування шкоди на підставі набрання чинності рішення (вироку) суду;
- Відшкодування шкоди на підставі добровільного, за умови попередньої письмової згоди Страховика, визнання відповідальності.

3.1.4. За класом страхування I6 «Страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15)», за текстом Договору – опція «Фінансовий ризик»,

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

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

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

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

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

3.2. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 3.1.1.-3.1.4. цієї Оферти, ризик виникнення якої застрахований за Договором, що трапилась в період дії строку страхового покриття за Договором та внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі (або Вигодонабувачу у разі призначення) або установі, яка організовувала допомогу.

3.3. Страховик організує та профінансує надання допомоги за страховими випадками у відповідності до обраної Страхувальником Програми, зазначеної в Акцепті. Перелік послуг (надання допомоги) за кожною Програмою наведено в Додатку 1 до Оферти.

4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Страховий захист не діє стосовно:

4.1.1. осіб, віком понад 74 роки, за виключенням тих, які подорожують до Зони 1 на період не більше ніж 31 (тридцять один) день та не досягли віку 90 років;

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

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

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

4.1.5. осіб, які мають психічні розлади;

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

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

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

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

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

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

4.1.12. осіб, які на момент укладання договору мають хронічну ниркову недостатність, хронічну печінкову недостатність, туберкульоз;

4.1.13. осіб з вродженими вадами розвитку, хромосомними аномаліями, генетичними захворюваннями.

4.2. Страховик не організовує та не фінансує діагностику та лікування:

4.2.1. нервових захворювань та психічних розладів та розладів поведінки, в т.ч. діагностику та встановлення причини епілептичних припадків; будь-яких хвороб нервової системи (в т.ч. психосоматичних хвороб), за винятком невритів, менінгітів, енцефалітів, енцефаломієлітів;

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

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

4.2.4. класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВОЗ; інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві конділоми, контагіозний молюск, урогенітальний шигельоз тощо; кандидоз, бактеріальний вагіноз, гарднерельоз, лептотрікс, тощо;

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

4.2.6. захворювань, відомих на момент укладання та/або початку дії Договору, незалежно від того, здійснювалось лікування чи ні, крім випадків загострень хронічних захворювань відповідно до п. 3.1.1.2. Оферти, коли медична допомога необхідна в зв'язку з невідкладним станом або порятунком життя Застрахованої особи;

4.2.7. хронічних захворювань та їх загострень, які не загрожують життю Застрахованої особи;

4.2.8. дерматитів, сонячних опіків, псоріазу, екземи, вітіліго, ламкість та випадіння волосся, себорея будь-якого типу, кератодермія, вугровий висип, акне, розацеа, демодекоз, мікозів, протозойних хвороб, гельмінтозів, педикульозу, акаріазу, тощо;

4.2.9. захворювань, що не носять гострого характеру та/або розладу здоров'я в результаті нещасного випадку, лікування яких може бути відкладеним до повернення до країни постійного проживання, в т.ч. витрати на проведення хірургічних операцій;

4.2.10. будь яких станів, пов'язаних з захворюванням на цукровий діабет будь-якого типу, бронхіальну астму, їх ускладнень та наслідків;

4.2.11. для осіб, які мають встановлену I, II або III групу інвалідності або статус «Дитина з інвалідністю», страховий захист не поширюється на будь-які медичні послуги та витрати, що прямо чи опосередковано пов'язані із захворюванням або травмою, що стали причиною встановлення інвалідності. Для таких осіб покриттю підлягають виключно витрати, пов'язані з наданням невідкладної допомоги внаслідок нещасного випадку або гострого захворювання, що виникло раптово в період дії Договору та не має патогенетичного зв'язку із причиною інвалідності;

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

4.3. Страховик не визнає страховим випадком такі події:

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

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

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

4.3.4. хірургічні (оперативні) втручання на серці та судинах, за виключенням випадків діагностики та лікування гострого інфаркту міокарду та при розриві аневризми аорти;

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

4.3.6. поховання в Україні або країні постійного проживання, або в країні, громадянином якої є Застрахована особа;

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

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

4.3.9. придбання засобів та пристроїв медичного користування різного характеру і призначення, в тому числі бандажів, корсетів, ортезів (за виключенням випадків лікування переломів та при розривах зв'язок), інвалідних візочків, комірця Шанса, небулайзерів, внутрішньоматкових спіралей; апаратів для діагностики в домашніх умовах (тонометри, глюкометри, тощо) та витратних матеріалів до них (тест-системи для визначення ацетону, глюкози крові, тощо), тестів на вагітність; медичного устаткування, обладнання та пристроїв, що замінюють та/або корегують функцію уражених органів (протезів різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, тощо); окулярів, лінз та розчини і контейнери для них, тренажерів; за винятком милиць;

4.3.10. будь-які операції, що потребують протезування (в т.ч. ендопротезування суглобів, протезування зубів та очей); будь-які операції, що потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовки операції (окрім конструкцій та засобів для остеосинтезу (в т.ч. тих, що самостійно розсмоктуються) та фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій); будь-які операції, що потребують трансплантації органів та тканин (в т.ч. операції з аутотрансплантації); будь-які здійснення магнітно-резонансної томографії

(окрім випадків проведення магнітно-резонансної томографії при наданні невідкладної допомоги), позитронно-емісійної томографії;

4.3.11. екстракорпоральні методи лікування: плазмореф, плазмодіфікація, аутогемотерапія, плазмімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфодіфікація, альбуміносорбція, лейкоцитореф та інших;

4.3.12. здійснення лабораторних, інструментальних досліджень, консультацій, не пов'язаних з нещасним випадком або гострим захворюванням, з приводу якого було звернення;

4.3.13. надання додаткового комфорту (одномісна палата, телевізор, телефон, зволожувач, послуги перукаря, масажиста, косметолога тощо);

4.3.14. **будь-які послуги, що не є невідкладними з медичної точки зору;**

4.3.15. будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування згідно з умовами перебування у країні, де знаходиться така Застрахована особа, або згідно з умовами договорів медичного страхування, чинних на території країни перебування Застрахованої особи;

4.3.16. репатріація, організована без участі Асистуючої компанії;

4.3.17. **планове лікування, діагностика та підготовка до нього;** медичний огляд або постановка діагнозу, які є частиною поточного медичного обстеження або перевірки стану здоров'я; видача медичних довідок та результатів обстеження; видача листків непрацездатності; будь-які профілактичні щеплення (вакцинація), за винятком щеплень, що проводяться в порядку надання невідкладної допомоги для екстреної посттравматичної профілактики правця та/або сказу, необхідність якої безпосередньо спричинена випадком, який визнано страховим на умовах цього Договору;

4.3.18. будь-які медичні послуги (включно з первинною діагностикою, консультаціями, маніпуляціями та медикаментами), якщо вони пов'язані з сонячними опіками будь-якого ступеня, фотодерматитами, фотодерматозами та іншими гострими реакціями шкіри, що спричинені або спровоковані ультрафіолетовим випромінюванням (в тому числі в солярії);

4.3.19. лікування хронічних захворювань органів слуху в тому числі в стадії загострення (але за винятком лікування гострих запальних захворювань органів слуху (гострий отит) або травм вуха, які є прямим наслідком нещасного випадку, який стався в період дії Договору, що покривається Договором); медичні маніпуляції, пов'язані з видаленням сірчаних пробок, води або сторонніх тіл із зовнішнього слухового проходу (за винятком випадків, коли потрапляння стороннього тіла є прямим наслідком нещасного випадку, що покривається цим Договором); підбір, налаштування та ремонт слухових апаратів;

4.3.20. будь-які ускладнення, що виникли внаслідок використання (носіння) контактних лінз; лікування алергічних захворювань очей (в тому числі, але не обмежуючись: алергічні кон'юнктивіти, дерматити повік); діагностика та корекція аномалій рефракції (короткозорість, далекозорість, астигматизм); підбір та придбання окулярів, контактних лінз та аксесуарів до них; будь-які види хірургічної та лазерної корекції зору; лікування хронічних захворювань очей (глаукома, катаракта, синдром сухого ока тощо) та їх загострень;

4.3.21. лікування будь-яких проявів алергії та алергічних захворювань (включаючи сезонні), проведення алергологічних проб та тестів, специфічної імунотерапії (АСІТ), за винятком організації та оплати невідкладної медичної допомоги виключно для стабілізації стану Застрахованої особи при виникненні:

- анафілактичного шоку;
- гострого ангіоневротичного набряку (набряку Квінке) з локалізацією на гортані, що викликає загрозу асфіксії;
- генералізованої кропив'янки;
- токсико-алергічних реакцій (синдром Лаелла, синдром Стівенса-Джонсона).

При цьому подальша діагностика для виявлення алергену, консультації алерголога та планове лікування після купірування гострого стану не покриваються;

4.3.22. лікування хронічних, грибкових, спадкових та аутоімунних захворювань шкіри та її придатків (в тому числі, але не обмежуючись: акне, розацеа, псоріаз, екзема, вітіліго, себореїчний та atopічний дерматит, мікози), а також видалення будь-яких новоутворень (родимок, папілом, бородавок), лікування мозолів та натоптишів;

4.3.23. наслідки укусів комах (комарів, мошок, бліх, кліщів), павукоподібних та контакту з рослинами, що проявляються у вигляді місцевих реакцій (почервоніння, набряк, свербіж) та/або дерматиту, за винятком

випадків, що вимагають надання невідкладної допомоги, а саме станів, спричинених укусами отруйних змій, скорпіонів та павуків (каракурта, тарантула), а також укусами тварин, які вимагають екстреної антирабічної профілактики (щеплення проти сказу). Також покривається лікування малярії та лихоманки Денге;

4.3.24. лікування гельмінтозів та паразитарних протозойних інфекцій (зокрема, але не обмежуючись: амебіаз, лямбліоз, аскаридоз, ентеробіоз, токсоплазмоз, короста, педикульоз);

4.3.25. проведення лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших подібних закладах, реабілітаційного лікування, корегуючої та фізичної терапії;

4.3.26. симптоми, ознаки, відхилення, які наведені у розділі XVIII (R00-R99) міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду;

4.3.27. повторні звернення щодо діагностики та/або лікування з приводу одного і того ж захворювання або нещасного випадку;

4.3.28. розлад здоров'я, отриманий в результаті:

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

4.3.28.2. терористичного акту, встановлення вибухових пристроїв тощо або дій, яких вжито з метою запобігання, подавлення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, загрожуючого чи усвідомлюваного терористичного акту, обмеження свободи пересування чи затриманням, окрім випадків, коли буде зазначено «Tert» в полі «Спеціальні умови» Додатку 1 до Акцепту «Список Застрахованих осіб»;

4.3.28.3. служби в збройних силах та військових формуваннях;

4.3.28.4. занять спортом на професійному рівні, окрім випадків, коли буде зазначено «Professional Sport» в полі «Спеціальні умови» Додатку 1 до Акцепту «Список Застрахованих осіб»;

4.3.28.5. занять екстремальними видами діяльності, окрім випадків, коли буде зазначено «Extreme Sport» в полі «Спеціальні умови» Додатку 1 до Акцепту «Список Застрахованих осіб»;

4.3.28.6. занять зимовими видами спорту, окрім випадків, коли буде зазначено «Winter Sport» в полі «Спеціальні умови» Додатку 1 до Акцепту «Список Застрахованих осіб»;

4.3.28.7. занять такими видами активностей, як: кліфф-дайвінг, дайвінг на глибині більше 18 метрів, спуски лижами/сноубордом з нерозвіданих маршрутів/трас, фрірайд, беккантрі, хеліскіінг, хелібординг, паркур, бейс-джампінг, банджі-джампінг, роуп-джампінг кейв-дайвінг, велосипедний мотокрос (BMX), стантрайдинг, літаковий та вертольотний спорт, спідрайдинг, вінг-сьют стрибки, екстремальні види індустріального туризму (руфінг, тощо), виконання будь-яких трюків на висоті без застосування додаткового обладнання для забезпечення безпеки Застрахованій особі;

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

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

4.3.28.10. польоту на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить у якості пасажирів у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення.

4.4. Згідно з умовами цієї Оферти Страховик не відшкодовує:

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

4.4.2. 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 за кордоном;

4.4.3. витрати на медичні обстеження, огляди, консультації лікаря з метою контролю ефективності призначеного лікування, а також перев'язки в межах продовження лікування, зняття гіпсу та швів;

4.4.4. витрати на подальше амбулаторне лікування (реабілітація, фізіотерапія, масаж, контрольні огляди);

4.4.5. витрати, пов'язані з лікуванням специфічних захворювань, що виникають внаслідок занять екстремальними видами спорту та активного відпочинку, а саме:

4.4.5.1. декомпресійної (кесонної) хвороби. Витрати не покриваються, за винятком випадків, коли в полі «Спеціальні умови» зазначено «Extreme sport» та одночасно виконані всі наступні умови:

а) занурення здійснювалося на глибину, що не перевищує 18 (вісімнадцять) метрів;

б) Застрахована особа має сертифікат дайвера, що дозволяє занурення на глибину, на якій стався інцидент (наприклад, PADI AOWD або аналог);

в) занурення відбувалося в парі з іншим сертифікованим дайвером (бадді-партнером) і не було одиночним (соло-дайвінгом);

г) Страховику надано дані (лог) занурення з дайв-комп'ютера Застрахованої особи. Відсутність даних дайв-комп'ютера з будь-якої причини є підставою для відмови у відшкодуванні.

4.4.5.2. висотної (гірської) хвороби.

4.5. 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.

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

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

4.8. Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат, якщо нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою, прямо чи опосередковано пов'язаний з:

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

4.8.2. хворобами різного роду, в тому числі професійними та їх наслідками;

4.8.3. самолікуванням, негативними наслідками діагностичних та лікувальних процедур.

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

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

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

4.11.1. порушенням Застрахованою особою правил та норм пожежної безпеки;

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

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

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

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

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

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

4.12. Не відшкодовуються збитки:

4.12.1. що є наслідком завдання Застрахованою особою шкоди третім особам, якщо Застрахована особа у момент заподіяння шкоди перебувала в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або якщо в діях Застрахованої особи є ознаки злочину;

4.12.2. нанесені третім особам внаслідок навмисних дій, з відома, при бездіяльності або при співучасті Застрахованої особи;

4.12.3. що сталися внаслідок заподіяння Застрахованою особою шкоди родичам та/або особам, що сумісно з нею проживають та/або ведуть спільне господарство. До них відносяться: чоловік (дружина), в тому числі такі, які проживають однією сім'єю, але не перебувають у шлюбі між собою або в будь-якому іншому шлюбі, батьки та діти (в тому числі прийомні), вітчим (мачуха), пасинок (пасербиця), бабуся (дідусь), онук (онучка), брати (сестри), батьки дружини (чоловіка) та інші особи, які в силу сімейного споріднення або спорідненості за законом перебувають у близьких стосунках тривалий час як батьки та діти (вихованці, піклувальники та інші);

4.12.4. у випадках передбачених законодавством України.

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

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

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

5. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Договір страхування набуває чинності з дати його укладання за умови надходження на поточний рахунок Страховика страхової премії в повному обсязі в сумі, визначеній в Договорі.

5.2. Строк дії Договору зазначається в п. 1.5. Акцепту.

5.3. В межах строку дії Договору визначається період страхування (із зазначенням дати початку та дати закінчення такого періоду страхування), який зазначається в п. 1.5. Акцепту.

5.4. В Договорі (п. 1.5. Акцепту) може бути зазначений ліміт днів перебування Застрахованої особи за кордоном, протягом якого діє страхове покриття щодо Застрахованої особи.

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

5.6. Строк дії договору та страхового покриття за ним може бути продовжений **на 48 (сорок вісім) годин** з дати закінчення Періоду страхування, зазначеної в Акцепті, у випадку затримки або скасування зворотного рейсу для повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання за виконання всіх наступних умов:

- Застрахована особа звернулась до Страховика/Асистуючої компанії з повідомленням про затримку або скасування рейсу протягом **2 (двох) годин** з моменту, коли їй стало про це відомо;
- Застрахована особа надала Асистуючій компанії документи на підтвердження затримки або скасування рейсу (в тому числі іменні квитки на рейс та інформаційні повідомлення про його затримку або скасування у додатках компаній-перевізників, туристичних компаній, тощо).

5.7. Якщо Застрахована особа розпочинає подорож (поїздку) не з території України строк страхового покриття починає дію з 00 годин 00 хвилин **3 (третього) дня** після дати укладання Договору або з дати, зазначеної в Договорі, як дата початку Періоду страхування, якщо така дата настає пізніше, ніж третій день після дати укладання Договору.

5.8. Страхове покриття за послугою «Відшкодування витрат ЗО на візу у випадку відмови у її видачі» починає свою дію з дати укладення Договору.

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

5.10. Страхове покриття діє стосовно страхових випадків, що сталися в межах території дії Договору, якою може бути одна із зазначених нижче територій:

5.10.1. «Зона I».

Територія «Зона I» включає в себе географічну Європу, Шенгенську зону, СНД, Алжир, Кіпр, Єгипет, Грузію, Марокко, Туніс, Туреччину, країни СНД (Азербайджан, Вірменія, Казахстан, Киргизстан, Таджикистан, Туркменістан, Узбекистан).

5.10.2. «Зона II».

Територія «Зона II» включає в себе всі країни світу, окрім США, Канади, Ізраїлю, Таїланду, Індонезії, Шрі-Ланки, Непалу.

5.10.3. «Зона III».

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

5.11. Територія дії Договору зазначається в п. 1.5. Акцепту.

5.11.1. В частині послуги «Відшкодування витрат ЗО на візу у випадку відмови у її видачі» Договір діє на території України.

5.12. В будь-якому разі Договір не діє на території, що офіційно оголошені зонами бойових дій, воєнних конфліктів (війн), зон, що підпадають під санкції ООН, Європейського Союзу, Сполучених Штатів Америки, а також в будь-якому випадку на наступних територіях та в регіонах:

5.12.1. Республіка Білорусь, Російська федерація;

5.12.2. Антарктида, Гренландія, Косово, Північний Кіпр, Південна Осетія, Абхазія, Придністров'я, Нагорний Карабах;

5.12.3. Афганістан, Демократична Республіка Конго, Джибуті, Еритрея, Ємен, Ірак, Іран, Камерун, Корейська Народно-Демократична Республіка, Кот-Д'Івуар (берег Слонової Кістки), Ліберія, Ліван, Лівія, Нігерія, Південний Судан, Сирія, Сомалі, Судан, Сьєрра-Леоне;

5.12.4. території проведення бойових, воєнних дій, воєнних конфліктів, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права;

5.12.5. місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха;

6. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

6.1. Внесення змін та доповнень до Договору здійснюється Сторонами у письмовому вигляді та оформлюється Додатковою угодою, яка є стає невід'ємною частиною Договору з моменту її підписання Сторонами.

6.2. Зміна строку дії Договору можлива лише шляхом дострокового припинення діючого Договору та укладання нового Договору.

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

6.3.1. закінчення строку дії Договору;

6.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем у повному обсязі;

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

6.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.3.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

6.3.6. сумарної страхової виплати в розмірі, еквівалентному страховій сумі (ліміту виплати) за всіма страховими випадками, що сталися в період дії цього Договору;

6.3.7. 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»;

6.3.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

6.4. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика за наявності письмової згоди Вигодонабувача щодо дострокового припинення дії Договору.

6.5. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону та Вигодонабувача не пізніше як за **1 (один) календарний день** до дати припинення дії Договору.

6.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору (Періоду страхування), з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, зазначеному в п. 1.10.1. Акцепту, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором та тих страхових виплат, що будуть виплачені.

Формула для розрахунку частини страхового платежу до повернення:

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

СПпов – страховий платіж до повернення,

СПспл – страховий платіж сплачений,

Лзаг – ліміт днів перебування за кордоном згідно Договору страхування,

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

В – витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, розмір яких зазначено у п. 1.10.1 Акцепту,

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

* Якщо Застрахована особа не надала документ у відповідності до п.6.7.2, Страховик вважає кількістю днів, фактично використаних з ліміту, ту кількість днів, яка пройшла з дати, зазначеної в Акцепті як дата початку Періоду страхування до дати дострокового припинення дії Договору.

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

6.7.1. письмову заяву про дострокове припинення дії Договору страхування;

6.7.2. закордонний паспорт (всі сторінки), або інший документ, що посвідчує особу, на підставі якого Застрахована особа перетинала кордон України з відміткою прикордонних служб про перетин кордону; якщо надання закордонного паспорта або іншого документу, на підставі якого Застрахована особа перетинала кордон України, є неможливим або надається документ, який не містить відміток про перетин державного кордону України, Застрахована особа зобов'язана надати оригінал довідки з Державної прикордонної служби України (надалі – ДПСУ) про перетин кордону за підписом уповноваженої особи (бланк та зразок заяви викладені на сайті ДПСУ - <https://dpsu.gov.ua/uk/yak-otrimati-dovidku-pro-peretinannya-derzhavnogo-kordonu>), в якій зазначається інформація про перетин Застрахованою особою державного кордону України за період, починаючи з дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку строку дії Договору до дати припинення дії Договору.

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

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

6.10. 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 цього Договору в розмірі, визначеному в п. 1.10.1. Акцепту, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором та тих страхових виплат, що будуть виплачені.

6.11. Максимальний розмір витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, складає до **60%** страхової премії.

6.12. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії Договору виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку) Страховик має право достроково припинити Договір у порядку, передбаченому в п. 6.10. цієї Оферти.

6.13. Повернення платежів здійснюється протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** після припинення дії Договору.

6.14. Страхувальник має право протягом **30 (тридцяти) 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.

6.15. 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.

6.16. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п. 6.14. цієї Оферти, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

6.17. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

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

7.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін та зазначається в п. 1.6. Акцепту.

7.2. Ліміти відшкодування Страховика визначаються відповідно до обраної Програми.

7.3. Договором страхування може бути передбачена власна участь Страхувальника у відшкодуванні витрат - безумовна франшиза, яка передбачає зменшення розміру страхової виплати за кожним страховим випадком на розмір такої франшизи. Страховик звільнений від зобов'язань щодо відшкодування збитків, що не перевищують розміру такої франшизи.

7.4. Розмір безумовної франшизи зазначається у п. 1.7. Акцепту.

7.5. Страхове покриття та розмір страхової премії визначається в Договорі за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування).

7.6. Страховий тариф при страхуванні страхових ризиків, передбачених п. 3.1.2. цієї Оферти, визначається відповідно до Тарифної політики Страховика.

7.7. Відповідно до п.п. 139, 156 та 165 Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182, є необов'язковим визначення в Договорі страхового тарифу щодо ризиків зазначених в п.п. 3.1.1, 3.1.3, 3.1.4. цієї Оферти.

7.8. Страховий тариф та страхова премія визначаються згідно з обраною Програмою та зазначаються у п. 1.8. та 1.6.1. Акцепту.

7.9. Загальна страхова премія, яку має сплатити Страхувальник за Договором страхування, зазначається в п. 1.6.1. Акцепту.

7.10. Сплата страхової премії здійснюється Страхувальником відповідно до визначених в п. 1.9. Акцепту умов.

7.11. Сплата страхової премії відбувається в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика. Якщо сплата страхової премії здійснюється у формі банківського або поштового переказу, датою сплати страхової премії (платежу) вважається день надходження на поточний рахунок Страховика премії (платежу) в сумі, визначеній в п.1.6.1. Акцепту.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:

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

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

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

8.1.4. призначити Застрахованих осіб, Вигодонабувача, а також, змінити їх до настання страхового випадку шляхом ініціювання внесення змін до Договору;

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

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

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

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в т.ч., пов'язані з професійною діяльністю, або діяльністю, що пов'язана з підвищеною небезпекою для життя та здоров'я (заняття спортом) Застрахованої особи, місцем її перебування на момент укладання Договору та під час його дії, станом здоров'я Застрахованої особи та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування;

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

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

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

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

8.2.6. ознайомити Застраховану особу, Вигодонабувача з умовами Договору страхування (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у страховій виплаті);

8.2.7. протягом дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків/шкоди), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором протягом **24 (двадцяти чотирьох) годин** з моменту зміни таких обставин;

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

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

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

8.2.11. надавати Страховика/Асистуючій компанії повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий; всіляко сприяти отриманню необхідних документів та інформації, що стосуються страхового випадку;

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

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

8.2.14. надати Страховика документи та інформацію, передбачену Договором, що стосуються випадку, який має ознаки страхового, та його наслідків в строки визначені Договором;

8.2.15. сприяти Страховика у розслідуванні причин та обставин випадку, що має ознаки страхового;

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

8.2.17. надати документи для проведення його ідентифікації та верифікації, у випадках передбачених законодавством України;

8.2.18. виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством України.

8.3. **Застрахована особа зобов'язана:**

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

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

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

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

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

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

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

8.3.8. підтвердити факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором та надати Страховику необхідні документи, передбачені Договором;

8.3.9. надати документи для проведення його ідентифікації та верифікації, у випадках передбачених законодавством України;

8.3.10. виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством України.

8.4. **Страховик має право:**

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

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

8.4.3. при зверненні Застрахованої особи у зв'язку з настанням випадку, який має ознаки страхового, визначати медичний заклад для організації надання необхідної медичної допомоги з числа тих, з якими співпрацює Асистуюча компанія;

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

8.4.5. у випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні обставини, що необхідні для оцінки ступеня страхового ризику, при укладенні Договору страхування, або про зміну таких обставин під час дії Договору, останній має право відмовити у страховій виплаті та вимагати дострокового припинення дії Договору страхування на умовах, визначених в п. 6.10. Оферти;

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

8.4.7. достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором;

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

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

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

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

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

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

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

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

8.4.14. реалізовувати інші права, передбачені законодавством України.

8.5. Страховик зобов'язаний:

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

8.5.2. перед укладанням Договору 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;

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

8.5.4. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування/ страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов Договору страхування;

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

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

8.5.7. здійснювати ідентифікацію та верифікацію Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача, у випадках передбачених законодавством України;

8.5.8. відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин/, у тому числі шляхом розірвання договору у разі:

8.5.8.1. якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації клієнта, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим або якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що клієнт виступає від власного імені;

8.5.8.2. встановлення клієнту неприйнятно високого ризику або ненадання клієнтом необхідних для здійснення належної перевірки клієнта документів чи відомостей;

8.5.8.3. подання клієнтом чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

8.5.8.4. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої укладається договір страхування, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за договором страхування є неможливим;

8.5.9. виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством України.

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

9.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана **негайно, до звернення за медичною або іншою допомогою, зв'язатись з Асистуючою компанією** за вказаними в Акцепті координатами і повідомити наступну інформацію:

- 9.1.1. номер Договору страхування;
- 9.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- 9.1.3. місцезнаходження Застрахованої особи (країна, місто, контактний телефон);
- 9.1.4. докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

9.2. На підставі звернення Застрахованої особи Асистуюча компанія організує та координує надання медичної допомоги та інших послуг, передбачених Договором, в тому числі скеровує Застраховану особу в медичний заклад з переліку тих, з якими вона співпрацює.

9.3. Якщо Застрахована особа з поважних причин (важкий стан здоров'я Застрахованої особи) не змогла зв'язатись з Асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених обраною Програмою, вона зобов'язана протягом **24-х годин** з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Асистуючу компанію про її настання та узгодити надання та оплату необхідної послуги.

9.4. Якщо Страхувальник/Застрахована особа протягом **24-х годин** з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, не повідомив(-ла) в Асистуючу компанію про настання такої події, не маючи на це поважних причин, Страховик має право оплатити лікування в сумі, яка не перевищує: при амбулаторному лікуванні — **200 (двісті) ЄВРО/доларів США**, при стаціонарному лікуванні – **500 (п'ятсот) ЄВРО/доларів США**. Відповідна валюта зобов'язань Страховика за Договором страхування визначається у п. 1.6. Акцепту.

9.5. У випадку відсутності в місці перебування Застрахованої особи закладів охорони здоров'я, з якими співпрацює Асистуюча компанія, вона повідомляє про це Застраховану особу і пропонує самостійно організувати та оплатити необхідні медичні послуги. Застрахована особа, за попереднім погодженням зі Страховиком/Асистуючою компанією (телефоном або іншим зручним засобом зв'язку), самостійно організовує та оплачує медичні послуги. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватись шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи на умовах, визначених Договором страхування;

9.5.1. На вимогу Асистуючої компанії Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний(-на) надати документи (факсом, електронною поштою, або за допомогою мобільного телефону), що підтверджують факт перетину державного кордону України та термін перебування за кордоном (всі сторінки закордонного паспорту або інші документи відповідно до п. 10.3.6. Оферти). Вимоги цього пункту не є обов'язковими для осіб, які розпочинали подорож не з території України, про що зазначено в п. 1.3. Акцепту.

9.6. При зверненні до Асистуючої компанії Страхувальник/Застрахована особа, які уклали Договір на умовах Програми «Visa Centre», зобов'язані додатково надати підтвердження наявності візи країни перебування у подорожі, чинної на момент звернення.

9.7. При отриманні рішення консульського відділу про відмову у наданні візи Застрахована особа має право звернутись до Страховика з письмовою заявою про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування. Строк подачі такої заяви – **30 (тридцять) календарних днів** з дати отримання Застрахованою особою рішення консульського відділу.

9.8. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (близькі родичі Застрахованої особи, особа, яка понесла витрати згідно з умовами Договору страхування) повинна/-ні звернутись до Страховика протягом **30 (тридцяти) календарних днів** після повернення з подорожі (поїздки) із заявою про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування (форма заяви про страхову виплату визначається Страховиком) та надати документи, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розмір збитку.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ/ЗБИТКУ ТА НЕОБХІДНИХ ДЛЯ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

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

10.2. Страховик здійснює Застрахованій особі страхову виплату та/або відшкодування коштів, у сумі, що дорівнює вартості отриманих нею медичних та інших послуг, у разі, якщо Застрахована особа самостійно

організовувала та оплачувала послуги згідно з умовами Договору, і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією. Страховик здійснює страхову виплату /відшкодування за умови надання необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків (витрат), а саме:

10.2.1. За послугами, які організовуються та фінансуються Страховиком при гострому захворюванні, що сталося під час подорожі (поїздки); загостренні хронічного захворювання, що сталося під час подорожі (поїздки); розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки):

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

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

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

10.2.1.4. у разі транспортування Застрахованої особи за медичними показаннями до закладу охорони здоров'я, додатково до документів, зазначених в п.п. 10.2.1.1. – 10.2.1.3. Оферти (надаються оригінали документів, що підтверджують оплату послуг спеціалізованого транспорту (або іншого транспорту), який використовувала Застрахована особа.

10.2.2. За послугою «Репатріація (медична евакуація) із-за кордону»:

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

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

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

10.2.3. За послугою «Репатріація тіла із-за кордону»:

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

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

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

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

10.2.4. За послугою «Відшкодування витрат при втраті або затримці багажу, що перевозився повітряним транспортом, більше ніж на 4 години»:

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

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

10.2.5. За послугою «Відшкодування витрат при втраті або крадіжці документів»:

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

10.2.6. За послугою «Відшкодування витрат на телефонне повідомлення в Асистуючу компанію про страховий випадок»:

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

10.2.7. За страховими випадками (смерть ЗО в результаті нещасного випадку; встановлення інвалідності ЗО першої групи в результаті нещасного випадку; встановлення інвалідності ЗО другої групи в результаті нещасного випадку; встановлення інвалідності ЗО третьої групи в результаті нещасного випадку; встановлення ЗО статусу «Дитина з інвалідністю» в результаті нещасного випадку; травматичні ушкодження та функціональні ушкодження у ЗО в результаті нещасного випадку):

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

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

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

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

10.2.7.5. документи, видані експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФ), що підтверджують встановлення групи інвалідності (при встановленні відповідної групи інвалідності);

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

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

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

10.2.8. За послугами **«Відшкодування шкоди на підставі набрання чинності рішення (вироку) суду»** та **«Відшкодування шкоди на підставі добровільного, за умови попередньої письмової згоди Страховика, визнання відповідальності»** в межах опції **«Відповідальність перед третіми особами»**:

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

10.2.8.2. рішення суду;

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

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

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

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

10.2.9. За послугою **«Відшкодування витрат на евакуацію дітей до 16 років, які залишилися без нагляду дорослої особи»**:

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

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

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

10.2.10. За послугою **«Відшкодування витрат, пов'язаних із достроковим поверненням ЗО із-за кордону до місця постійного проживання у зв'язку зі смертю близьких родичів»**:

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

10.2.10.2. свідоцтво про смерть близького родича Застрахованої особи;

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

10.2.11. За послугою **«Відшкодування витрат ЗО на візу у випадку відмови у її видачі»**:

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

10.3. Крім документів, передбачених п. 10.2. Оферти, Страховику мають бути надані наступні документи:

- 10.3.1. заява про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування (за формою Страховка);
- 10.3.2. копія Договору страхування;
- 10.3.3. копія паспорту громадянина України або іншої країни, якщо особа, яка отримує страхову виплату має інше громадянство (або копія іншого документу, що засвідчує особу);
- 10.3.4. копія документу про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП);
- 10.3.5. витяг про реєстрацію місця проживання;
- 10.3.6. оригінал або копія всіх сторінок паспорту громадянина України для виїзду за кордон (або іншої країни, якщо Застрахована особа має інше громадянство) або іншого документу, що посвідчує особу, на підставі якого Застрахована особа перетинала кордон України з відміткою прикордонних служб про перетин кордону. У разі відсутності відміток про перетин кордону Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний надати документи, які підтверджують факт його/її знаходження за кордоном: оригінал довідки з Державної прикордонної служби України (далі – ДПСУ) про перетин кордону за підписом уповноваженої особи (бланк та зразок заяви викладені на сайті ДПСУ - <https://dpsu.gov.ua/uk/yak-otrimati-dovidku-pro-peretinannya-derzhavnogo-kordonu>), в якій зазначається інформація про перетин Застрахованою особою державного кордону України за період, починаючи з дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку строку дії Договору до дати припинення дії Договору.
 - 10.3.6.1. За погодженням зі Страховиком, для підтвердження факту перетину кордону можуть бути розглянуті інші документи, зокрема: іменні посадкові талони, іменні квитки на транспорт (автобус, потяг, літак), рахунки з готелів, що підтверджують проживання, платіжні документи про виконані платіжні операції на території України за дати, що передують даті укладання Договору страхування не більше ніж на 3 дні, інші документи, що дозволяють верифікувати факт перетину державного кордону України починаючи з дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку Періоду страхування до дати закінчення періоду страхування.
 - 10.3.6.2. При цьому Страховик залишає за собою право вимагати надання Довідки від ДПСУ, якщо надані альтернативні документи не дозволяють однозначно встановити дати перетину державного кордону України та період перебування Застрахованої особи за кордоном.
 - 10.3.6.3. Зазначені в п. 10.3.6. документи не є обов'язковими, якщо Застрахована особа починала подорож не з території України, про що зазначено в п. 1.3. Акцепту.
- 10.3.7. документ, що підтверджує наявність візи країни перебування у подорожі (сторінки паспорту з відмітками про видачу візи, тощо), чинної на дату настання випадку, що може бути визнаний страховим, якщо Договір зі Страхувальником/Застрахованою особою укладений на умовах Програми «Visa Centre»;
- 10.3.8. спадкоємці додатково подають свідоцтво про смерть Застрахованої особи та свідоцтво про право на спадщину із зазначенням частки у спадщині кожного із спадкоємців;
- 10.3.9. документи компетентних органів країни настання випадку, якщо Договором передбачена відмітка «Terr» в полі «Спеціальні умови» Додатку 1 до Акцепту «Список Застрахованих осіб» та Застрахована особа зазнала ураження мінами, бомбами, іншими засобами ведення війни та/або вибуховими пристроями, отримала вогнепальні поранення, отруїлася газами та/або зазнала протиправних дій третіх осіб;
- 10.3.10. документи, видані компанією-перевізником, які підтверджують відміну або скасування рейсу для повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання, у випадку, якщо подія, що має ознаки страхового випадку, сталася протягом продовження строку дії Договору відповідно до п. 5.6. Оферти.
- 10.3.11. інші документи, необхідні для прийняття рішення про страхову виплату (за обґрунтованим запитом Страховика).

11. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку у відповідності до нижче зазначених послуг:

- **Екстрена медична допомога;**
- **Невідкладна стаціонарна допомога;**
- **Транспортування за медичними показаннями;**
- **Репатріація (медична евакуація) із-за кордону;**
- **Репатріація тіла із – за кордону;**
- **Невідкладна амбулаторна допомога;**
- **Медикаментозне забезпечення;**

- Невідкладна допомога при ускладненні вагітності по 26 тиждень вагітності (включно);
- Невідкладна стоматологічна допомога;
- Діагностика та лікування Covid-19. Медична евакуація та репатріація в результаті станів, спричинених Covid-19

визначається на підставі документів, що встановлюють вартість фактично наданої медичної допомоги або інших послуг, передбачених Договором страхування. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування та розмір прямого збитку, заподіяного Застрахованій особі.

11.2. Страхова виплата за подією, за якою була надана послуга **«Відшкодування витрат при втраті або затримці багажу, що перевозився повітряним транспортом, більше ніж на 4 години»**, визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на придбання нею речей першої необхідності та необхідного одягу, в межах обсягу зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

11.3. Страхова виплата за подією, за якою була надана послуга **«Відшкодування витрат при втраті або крадіжці документів»**, визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на переоформлення документів під час подорожі (поїздки) в межах зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

11.4. Страхова виплата за подією, за якою була надана послуга **«Відшкодування витрат на телефонне повідомлення в Асистуючу компанію про страховий випадок»**, визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на телефонне повідомлення, в межах зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

11.5. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, передбаченими п.3.1.2. Оферти, визначається в межах страхової суми, встановленої за опцією «Нещасний випадок» та розраховується наступним чином:

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

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

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

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

11.5.5. у разі встановлення Застрахованій особі **статусу «Дитина з інвалідністю»** внаслідок нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки) -100% страхової суми;

11.5.6. **травматичне ушкодження** та функціональне ушкодження у Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, що стався під час подорожі (поїздки) – згідно з Таблицею розмірів страхових виплат у разі травматичних ушкоджень та функціональних розладів внаслідок нещасного випадку, яка є Додатком 2 до Оферти.

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

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

11.6. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подією **«Відшкодування шкоди на підставі набрання чинності рішення (вироку) суду»** та **«Відшкодування шкоди на підставі добровільного, за умови попередньої письмової згоди Страховика, визнання відповідальності»** в межах опції «Відповідальність перед третіми особами», визначається на підставі рішення суду, яким встановлено розмір шкоди (збитків) спричинений третьою особою, діями/бездіяльністю Застрахованої особи або добровільного (за умови попередньої письмової згоди Страховика) визнання Застрахованою особою розміру її відповідальності

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

11.7. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подіями, за якими були організовані **послуги в межах опції «Фінансовий ризик»**, окрім послуги «Відшкодування витрат ЗО на візу у випадку відмови у її видачі», визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи та/або іншої особи відповідно до умов страхування. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором.

11.8. Страхова виплата при настанні страхового випадку за подією **«Відшкодування витрат ЗО на візу у випадку відмови у її видачі»**, визначається на підставі документів, що встановлюють розмір витрат Застрахованої особи на сплату візового та сервісного збору (розмір банківських витрат не включається до розрахунку суми страхового відшкодування), в межах обсягу зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування.

11.9. Страховик здійснює страхову виплату шляхом:

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

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

11.10. Страховик здійснює страхову виплату третій особі, що організовувала та оплачувала послуги репатріації тіла із-за кордону, у випадку, якщо такі витрати були попередньо узгоджені з Асистуючою компанією або Страховиком.

11.11. Страхова виплата Застрахованій особі за витрати на стаціонарне лікування здійснюється тільки у випадках, узгоджених зі Страховиком.

11.12. У випадку, якщо Застрахована особа отримує послуги невідкладної стаціонарної допомоги, узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком, та під час перебування в стаціонарі закінчився Період страхування або ліміт днів перебування за кордоном, встановлений Договором страхування, Страховик залишає за собою право оплачувати послуги лікування Застрахованої особи за кордоном не довше ніж протягом **7 (семи) календарних днів** з дня закінчення Періоду страхування або ліміту кількості днів перебування за кордоном у межах **5 000 (п'яти тисяч) EUR/USD**, але не більше страхової суми.

11.13. За послугою **«Репатріація тіла із-за кордону»** Страховик відшкодовує витрати, які були здійснені в країні настання випадку, на: оформлення документів для репатріації, кремації, поховання; підготовку тіла до репатріації, кремації, поховання з дотриманням всіх необхідних, достатніх формальностей, у відповідності до норм та вимог здійснення міжнародних перевезень та законодавства країни, де настала смерть; транспортування тіла (останків); процедуру кремації.

11.14. Страховик здійснює виплату за послугою **«Відшкодування витрат ЗО на візу у випадку відмови у її видачі»**, якщо подання документів на візу відбулося не раніше дати укладання договору страхування. Банківські витрати не відшкодовуються.

11.15. Виплата за послугою **«Відшкодування витрат при втраті або затримці багажу, що перевозився повітряним транспортом більш ніж на 4 години»** здійснюється Застрахованій особі на придбання речей першої необхідності (предметів особистої гігієни, ліків для зняття гострого болю, продуктів харчування (крім алкогольних напоїв)) та необхідного одягу.

11.16. У разі, якщо випадок трапився як результат ураження мінами, бомбами, іншими засобами ведення війни та/або вибуховими пристроями, отримання вогнепальних поранень, отруєння газами та/або вчинення протиправних дій третіх осіб, Страховик приймає рішення про визнання випадку страховим чи не визнання таким на підставі документів, передбачених п. 10.3.9. цієї Оферти.

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

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

11.19. Страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України.

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

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

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

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

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

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

12.1.5. неподання Страхувальником інформації Страховику про значні обставини, що необхідні для оцінки страхового ризику, при укладенні Договору, або неповідомлення Страховика про зміну таких обставин протягом строку дії Договору (в тому числі про професію або рід зайнятості, місцезнаходження Застрахованої особи на момент укладання Договору, наявність у Застрахованої особи постійного місця проживання поза межами території України, тощо);

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

12.1.7. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків згідно з умовами Договору страхування;

12.1.8. ненадання документів та інформації стосовно страхового випадку, необхідних для прийняття рішення про страхову виплату;

12.1.9. відсутність у Страхувальника/Застрахованої особи візи країни перебування у подорожі чинної на момент настання випадку, який має ознаки страхового, якщо Договір зі Страхувальником (щодо Застрахованої особи) укладений на умовах програми «Visa Centre».

12.1.10. надання Страхувальником неправдивої інформації, документів із завідомо неправдивою інформацією, що стосуються здоров'я Застрахованої особи чи наданих їй медичних та інших послуг;

12.1.11. відмова від обстеження Застрахованої особи довіреним лікарем Страховика після отримання травми або функціонального розладу;

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

12.1.13. інші підстави, визначені законодавством України.

12.2. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик протягом **5 (п'яти) робочих днів** із дня прийняття рішення повідомляє Страхувальника/ Застраховану особу/Вигодонабувача у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням причини відмови.

13. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

13.1. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором, 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.

13.2. 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,

13.3. Страховик несе відповідальність за невиконання або неналежне виконання зобов'язання щодо виплати страхового відшкодування шляхом сплати штрафу у розмірі **0,01 %** від суми не виконаного або неналежно виконаного зобов'язання.

13.4. Сторони 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.

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 страховий продукт «Страхування подорожуючих за кордон» в тому числі Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Страхування подорожуючих за кордон» <http://pzu.com.ua/admin/upload/2025/doc-product/inform-doc-turyzm-za-kordonom.pdf> інформацію про Страховика та іншу інформацію, передбачену ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» <https://www.pzu.com.ua/about/public-info.html>

15.1.5. інтереси Страхувальника були дотримані шляхом виконання вимог статті 86 Закону України «Про страхування»;

15.1.6. отримав інформацію, необхідну для ідентифікації Страховика відповідно до статті 87 Закону України «Про страхування», 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 використання 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 Застрахована особа/ Вигодонабувач) буде позбавлений права на отримання страхового відшкодування.

15.4. Страховик, як суб'єкт первинного фінансового моніторингу, має право витребувати, а Страхувальник (представник Страхувальника) зобов'язаний надати Страховику будь-яку інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки Страхувальника (представника Страхувальника) та/або актуалізації даних про Страхувальника (представника Страхувальника), а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

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

15.6. 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:

15.6.1. 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.

15.6.2. 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 Застрахованої особи/ Вигодонабувача, вважаються врученими належним чином.

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

15.6.4. У разі зміни банківського рахунку для сплати страхових премій (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 шляхом оприлюднення відповідної інформації на вебсайті Страховика в мережі Інтернет: <https://www.pzu.com.ua/>, що вважається належним повідомленням.

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

15.8. Додатками до цієї Оферти є:

- Додаток 1 «Програми страхового продукту»;
- Додаток 2 «Таблиця розмірів страхових виплат у разі травматичних ушкоджень та функціональних розладів внаслідок нещасного випадку».

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 (Публічна частина)
Договору комплексного страхування подорожуючих за кордон

ПРОГРАМИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

Назва послуги та опис наповнення	Ліміти відповідальності за Програмами		
	STANDART	PRESTIGE	Visa Centre
ОПЦІЯ «ДОПОМОГА (АСИСТАНС)»			
Страховик організовує та фінансує наступні послуги:			
Екстрена медична допомога	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Виїзд бригади швидкої допомоги, реанімаційні заходи, діагностичні та лікувальні процедури, транспортування для подальшого лікування, медикаментозне забезпечення.			
Невідкладна стаціонарна допомога	в межах страхової суми, але не більше 14 днів на один випадок	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Перебування, харчування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару, консультації спеціалістів, послуги медичного персоналу, лабораторні, інструментальні дослідження, терапевтичне лікування, оперативні втручання, анестезіологічна допомога, медикаментозне забезпечення.			
Транспортування за медичними показаннями	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Транспортування закладу охорони здоров'я, якщо Застрахована особа має травмування нижніх кінцівок та не в змозі самостійно прибути до закладу охорони здоров'я. Транспортування з травмпункту до закладу охорони здоров'я у випадку необхідності стаціонарної медичної допомоги. Транспортування з закладу охорони здоров'я до місця мешкання Застрахованої особи у випадку травмування нижньої кінцівки або у випадку, коли за медичними показниками Застрахованій особі рекомендовано ліжковий режим. Транспортування за допомогою санітарної авіації у випадках екстреної медичної допомоги в умовах поганої транспортної доступності або великої віддаленості від медичних установ, якщо існує загроза життю Застрахованої особи (виплата з франшизою 40% від суми понесених витрат).			
Репатріація (медична евакуація) із-за кордону	500 EUR/USD	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Медична евакуація із-за кордону до місця постійного проживання, включаючи витрати на супроводжуючу особу, якщо ця необхідність підтверджується відповідними документами.			

Репатріація тіла із – за кордону			
Репатріація тіла із-за кордону до місця постійного проживання. За згодою з рідними – кремація за кордоном та транспортування праху до місця постійного проживання.	1 000 EUR/USD	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Невідкладна амбулаторна допомога			
Консультації спеціалістів, послуги медичного персоналу, лабораторні та інструментальні дослідження, медикаментозне забезпечення.	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Медикаментозне забезпечення			
Компенсація коштів, витрачених на придбання медикаментів, що призначені лікарем при наданні амбулаторної допомоги, для лікування захворювання, що визнано страховим.	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Невідкладна допомога при ускладненні вагітності по 26 тиждень вагітності (включно)			
Послуги екстреної медичної допомоги та невідкладної стаціонарної допомоги по 26-й тиждень (включно).	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Невідкладна стоматологічна допомога			
Терапевтичне та хірургічне лікування невідкладних станів: ліквідація гострого зубного болю, видалення зубів та коренів, розкриття запального інфільтрату, постановка тимчасової пломби.	—	200 EUR/USD	200 EUR
Діагностика та лікування Covid-19. Медична евакуація та репатріація в результаті станів, спричинених Covid-19			
Страховик сплачує витрати на діагностику (при наявності підозри на COVID-19) та лікування COVID-19, медичну евакуацію та репатріацію тіла.	2 000 EUR/USD	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Відшкодування витрат на телефонне повідомлення в Асистуючу компанію про страховий випадок			
Відшкодування витрат на повідомлення в Асистуючу компанію про страховий випадок.	30 EUR/USD	30 EUR/USD	30 EUR
Відшкодування витрат при втраті або затримці багажу, що перевозився повітряним транспортом, більше ніж на 4 години			
Компенсація коштів, витрачених на придбання речей першої необхідності (засоби особистої гігієни, необхідний в даній ситуації одяг), в межах ліміту.	—	50 EUR/USD	—
Відшкодування витрат при втраті або крадіжці документів			
	—	50 EUR/USD	—

Оплата послуг на переоформлення або оформлення нових документів, необхідних для повернення до країни постійного проживання, в межах ліміту.			
ОПЦІЯ «ФІНАНСОВИЙ РИЗИК»			
Страховик організовує та фінансує наступні послуги:			
Відшкодування витрат, пов'язаних із достроковим поверненням ЗО із-за кордону до місця постійного проживання у зв'язку зі смертю близьких родичів	—	200 EUR/USD	—
Оплата вартості квитка (економкласу) для повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання, у зв'язку зі смертю близьких родичів.			
Відшкодування витрат на евакуацію дітей до 16 років, які залишилися без нагляду дорослої особи	—	200 EUR/USD	—
Компенсація коштів, витрачених на придбання квитків для повернення до місця постійного проживання дітей до 16 років (в тому числі з супроводжуючою особою), які залишилися без нагляду дорослої особи (віком понад 18 років), у зв'язку з погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи або її смертю.			
Відшкодування витрат ЗО на візу у випадку відмови у її видачі	40 EUR/USD	40 EUR/USD	40 EUR
Витрати на візовий та сервісний збір при відкритті візи.			
ОПЦІЯ «НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК»			
Страховик здійснює виплати у разі настання таких випадків:			
Смерть ЗО, в результаті нещасного випадку	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Встановленні інвалідності ЗО першої групи, в результаті нещасного випадку	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Встановленні інвалідності ЗО другої групи, в результаті нещасного випадку	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Встановленні інвалідності ЗО третьої групи, в результаті нещасного випадку	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Встановлення ЗО статусу «Дитина з інвалідністю», в результаті нещасного випадку	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Травматичні ушкодження та функціональні ушкодження у ЗО, в результаті нещасного випадку	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми

ОПЦІЯ «ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ»			
Страховик здійснює виплату у випадках, коли у Застрахованої особи виникають обов'язки відшкодувати третім особам пряму шкоду, за ненавмисне заподіяння якої Застрахована особа несе цивільно-правову відповідальність. Страховик фінансує такі послуги:			
Відшкодування шкоди на підставі набрання чинності рішення (вироку) суду	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Відшкодування шкоди на підставі добровільного, за умови попередньої письмової згоди Страховика, визнання відповідальності	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми

Додаток 2 до Оферти (публічної частини)
договору комплексного страхування подорожуючих за кордон

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

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від ліміту відповідальності
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) арахнідиту, 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: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного або стегнового	25
	д) двох і більше: пахового, 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:

- Опіки ока без вказівки ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для страхової виплати.
- 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.
- 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:

- Якщо в результаті однієї травми наступлять кілька патологічних змін, перерахованих у ст. 16, страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш важкої травми одноразово.
- 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
					0,2	10
					0,1	10
0,9		0,8	3		нижче	
		0,7	5		0,1	15
		0,6	5		0,0	20
		0,5	10	0,4	0,3	5
		0,4	10		0,2	5
		0,3	15		0,1	10
		0,2	20		нижче	
		0,1	30		0,1	15
		нижче			0,0	20
		0,1	40			
0,8		0,0	50	0,3	0,2	5
					0,1	5
					нижче	
					0,1	10
					0,0	20
		0,7	3	0,2	0,1	5
		0,6	5		нижче	
		0,5	10		0,1	10
		0,4	10		0,0	20
		0,3	15			
0,7		0,2	20	0,1	0,1	5
		0,1	30		нижче	
		нижче			0,1	10
		0,1	40		0,0	20
		0,0	50		0,1	10
					0,0	20

		0,3	10			
		0,2	15			
		0,1	20			
		нижче		нижче		
		0,1	30	0,1	0,0	20
		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 неушкодженого 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) легеневу недостатність (яка виникла через 3 місяці із дня травми)	10
	б) видалення частки, частини легенів	40
	в) видалення однієї легені	60

Примітка: при здійсненні страхової виплати по ст. 27 (б, в) ст. 27 а) не застосовується.

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 СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ	5
-----------	--	----------

Примітка: якщо в зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.		
32	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ТРАХЕОСТОМІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а)охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш 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 СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	25
34	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ:	
	а) І 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 СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ) НА РІВНІ:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	20
Примітки: 1. До великих магістральних судин 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 виплат 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 ЕЗОФАГОГАСТРОСКОПІЯ, 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, кишкового вихідного отвору	15
	в) спасну хворобу, стан після операції з приводу спасної 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. Якщо в результаті однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька органів будуть вилучені, а інші – ушиті, страхова виплата виплачується по відповідних статтях і ст.51 одноразово.
3. У тому випадку, коли в результаті однієї травми будуть ушкоджені органи травної, сечовидільної або 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 розтотчення), 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 СПРИЧИНИЛИ:	
	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 ТКАННИНИ		
58	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНІН ОБЛИЧЧЯ, ПЕРЕДНЬОБОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПІДЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ, ВУШНИХ РАКОВИН, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ:	
	а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см ²	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, передньобокової поверхні ший, 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 ЗАГОЄННЯ 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 аутотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата	5
--	--	---

Примітки:

1. Страхова виплата в зв'язку з гематомою, що не розсмокталась, м'язовою грижею або посттравматичним періоститом виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення травми мають місце після закінчення 1 місяця з дня травми.
2. Рішення про страхову виплату (разового відшкодування) по ст.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 АКОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО, ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СПОЛУЧЕНЬ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного сполучення	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох сполучень або перелом, вивих однієї кістки і розрив одного сполучення, перело-м-вивих ключиці	10
	в) розрив двох сполучень і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного сполучення	15
	г) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб)	15

Примітки:

1. У випадку, якщо в зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в ст.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 КІСТКИ, 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, перелома-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

ПЕРШИЙ 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, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	5

Примітки:

1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не дає основ для страхової виплати.
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним 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:

- Гнійне запалення навколонигтьового валика (пароніхія) не дає підстав для виплати страхової суми.
- Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, 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:

- Якщо страхова сума виплачена по ст.88, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.
- 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 СПРИЧИНІВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	
		30

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з травмою області стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми **одноразово**.
2. Страхова 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 ЗРІСЛЯ, НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБУ (ЗА ВИНЯТКОМ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ):	
	а) малогомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20

Примітки:

1. Страхова сума по ст.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, підвивихом (вивихом) стопи, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

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

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 наступили 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'яtkової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі зап'яски (Шопара) або зап'яско-плесновому суглобі (Лісфранка)	15

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.
2. При переломах або вивихах кісток стопи, що наступили в результаті різних травм, страхова сума виплачується з урахуванням факту кожної травми.

105	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) трьох і більш кісток, а також таранної або п'яtkової кістки	15
	в) артродез підтаранного суглоба, в поперечному суглобі зап'яски (Шопара) або зап'яско-плесновому суглобі (Лісфранка)	20
	ампутацію на рівні:	
	г) плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	30
	д) плеснових або зап'яскових кісток	40
	е) таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50

Примітки:

1. Страхова сума в зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.105 (а, б, в), виплачується додатково до страхової суми, виплаченої в зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо вони будуть установлені лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців після травми і підтверджені довідкою цієї установи, а по підпунктах «г», «д», «е» - незалежно від терміну, що пройшов із дня травми.
2. У тому випадку, якщо страхова сума виплачується в зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

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 плесною кісткою або її частиною, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

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

Примітки:

1. Ст.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

Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)

Оферта_Подорожуючі за кордон.pdf

Документ відправлено: 14:33 19.12.2025

Відправник документу

Електронний підпис

14:33 19.12.2025

ЄДРПОУ/ІПН: 20782312

Юр. назва: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПЗУ УКРАЇНА"

Член Правління: Маркова Наталія Олександрівна

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 14:33 19.12.2025

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 2DBD5940D955E12A04000000E47204009FB41700

Тип підпису: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований

Електронна печатка

14:33 19.12.2025

ЄДРПОУ/ІПН: 20782312

Юр. назва: Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "ПЗУ Україна"

Власник ключа: Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "ПЗУ Україна"

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 14:33 19.12.2025

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 2DBD5940D955E12A04000000761A0000A14D1800

Тип підпису: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований

Електронний підпис

16:27 19.12.2025

ЄДРПОУ/ІПН: 20782312

Юр. назва: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПЗУ УКРАЇНА"

Голова Правління: Шишко Мачей

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 16:27 19.12.2025

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 2DBD5940D955E12A040000008E300100598B1200

Тип підпису: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований