

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«Комплексне страхування здоров'я осіб, подорожуючих за кордон»

№ 1801

м. Київ

10 червня 2024 р.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ

1.1. У цих Загальних умовах страхового продукту «Комплексне страхування здоров'я осіб, подорожуючих за кордон», надалі – **Загальні умови**, та Договорах комплексного страхування здоров'я осіб, подорожуючих за кордон, надалі – **Договори**, терміни та поняття вживаються у таких значеннях:

1.1.1. **Асистуюча компанія (Асистант)** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (Асистуючі послуги/ Послуги Асистанта) Застрахованим особам, визначеним Договором страхування, координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання Страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Асистанта зазначаються у Договорі, зокрема, в Індивідуальних умовах.

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

1.1.3. **Близькі родичі** - законні чоловік або дружина Застрахованої особи, її діти і батьки. Згідно з Індивідуальними умовами, вказаний перелік Близьких родичів може бути змінено та/або доповнено.

1.1.4. **Вартість проїзду** - вартість квитка на проїзд залізничним та/або морським транспортом першим класом або авіаквитка - економічним класом.

1.1.5. **Гострий біль (Гострий стан)** - реакція нервової системи Застрахованої особи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка, у випадку ненадання цій особі необхідної медичної допомоги, може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

1.1.6. **Договір страхування (Договір)** – договір страхування, укладений у відповідності з цими Загальними умовами на період перебування Застрахованих осіб за кордоном. Сторонами Договору є Страховик і Страхувальник.

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

1.1.8. **Захворювання (хвороба)** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та/або органічними ушкодженнями органів та систем організму ЗО що загрожує її життю та/ або здоров'ю та який, у випадку ненадання ЗО необхідної медичної допомоги, може призвести до смерті цієї особи/ постійної або тимчасової втрати працездатності ЗО.

1.1.9. Компетентні органи – органи, до компетенції яких належить розслідування причин Події та/або ліквідація її наслідків, роз'яснення та висновки яких відповідно до чинного законодавства України є необхідними та достатніми доказами для визнання Події страховим випадком. Компетентними органами, зокрема, можуть бути медичні заклади (установи), органи внутрішніх справ, національна поліція, органи ДСНС, аварійні служби тощо.

1.1.10. Країна тимчасового перебування – країна, розташована у межах географічного району, вказаного у Договорі, де Застрахована особа знаходиться на момент звернення за наданням їй послуг, передбачених Договором.

1.1.11. Країна постійного проживання - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста восьмидесяти трьох) днів у календарному році.

1.1.12. Ліміт відповідальності – вказаний у Договорі розмір грошової суми, що є граничним значенням Страхової виплати при настанні окремих видів Страхових випадків, вказаних у Договорі. Розмір Ліміту відповідальності не може перевищити Страхової суми, визначеної Договором для певної Застрахованої особи.

1.1.13. Медична (медико-санітарна) допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами фізичних осіб, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

1.1.13.1. Швидка (екстрена) медична допомога - медична допомога, яка надається Застрахованій особі при такому стані її здоров'я, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму ЗО або до загрози її життю. Надається, як правило, з виїздом спеціалізованої бригади швидкої (екстреної, невідкладної медичної) допомоги на місці перебування ЗО з подальшим транспортуванням, у разі необхідності за медичними показаннями, до найближчого або спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування;

1.1.13.2. Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі в амбулаторно-поліклінічних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. Передбачає надання медичних консультацій, лікарських послуг, діагностичних досліджень, медикаментів, перев'язочних засобів, необхідних засобів фіксації.

1.1.13.3. Невідкладна стаціонарна допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. Передбачає проведення медикаментозного лікування, діагностичних та лікувальних процедур, оперативних втручань, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, надання консультаційних послуг, оплати вартості перебування в медичних палатах, у тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі. Страховик оплачує дані послуги до моменту, коли стан ЗО дозволить виписати її з медичного закладу або евакуювати її до країни постійного проживання: рішення приймається лікуючим лікарем за погодженням з Асистантом/ Страховиком

1.1.13.4. Невідкладна стоматологічна допомога – медична допомога, необхідна Застрахованій особі для зняття Гострого болю при захворюваннях і пошкодженнях зубів, щелеп та інших органів порожнини рота і щелепно-лицьової області. Передбачає проведення стоматологічного огляду ЗО, рентгенівського дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок Нещасного випадку.

1.1.14. Місце дії Договору - територія, в межах якої, згідно Індивідуальних умов, Договір діє в частині зобов'язань Страховика при настанні Страхових випадків.

1.1.15. Місце постійного проживання - місце проживання фізичної особи на території конкретної країни не менше одного року, якщо ця особа не має постійного місця проживання на території інших країн і має намір проживати на території цієї країни протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових (посадових) обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).

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

1.1.17. Подія, що має ознаки страхового випадку (Подія) – це подія, визначення якої відповідає змісту страхового ризику за цими Загальними умовами, що фактично настала, та з настанням якої на певних осіб, визначених Договором, згідно з умовами такого Договору і

даних Загальних умов, покладено виконання конкретних обов'язків. У подальшому така подія може бути як визнана, так і не визнана у якості Страхового випадку.

1.1.18. Програма страхування (Програма) - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором. У Додатку 1 до цих Загальних умов міститься перелік послуг, що входять до складу окремих Програм – «А» і «В».

1.1.19. Раптове захворювання - раптове непередбачене погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи та яке, у випадку ненадання їй необхідної медичної допомоги, може призвести до тривалого Розладу здоров'я Застрахованої особи або загрозувати її життю.

1.1.20. Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму цієї особи.

1.1.21. Спеціалізовані заклади - треті особи, що на законних підставах є закладами з надання певних видів допомоги (медичної, медико-транспортної, адміністративної, юридичної, технічної тощо) та надають послуги Застрахованим особам через Асистанта або Страховика.

1.1.22. Сторони – спільна назва Страхувальника і Страховика, як сторін Договору.

1.1.23. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку;

1.1.24. Страховий платіж – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором;

1.1.25. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору. Обсяг страхового покриття, включаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню, варіант страхування (у разі його передбачення у загальних умовах страхового продукту), визначаються в договорі страхування в разі його укладення відповідно до Загальних умов страхового продукту;

1.1.26. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату особі, визначеній у Договорі, або відповідно до законодавства.

1.1.27. Страховик – Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Ультра Альянс", місцезнаходження - 03066, м. Київ, вул. Журавлина, буд.4, оф.222, код ЄДРПОУ 33152597.

1.1.28. Страхувальник – фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

1.1.29. Строк страхового покриття - період, протягом якого діє Страхове покриття за конкретним Договором та в разі настання Страхового випадку під час дії якого Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату, відповідно до умов Договору.

1.1.30. Ушкодження здоров'я – отримане Застрахованою особою травматичне ушкодження та/або функціональний розлад здоров'я внаслідок настання нещасного випадку.

1.1.31. Терористичний акт – застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку для життя чи здоров'я людини, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокація воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів терориста.

1.1.32. Третя особа - будь-яка юридична або фізична особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованих осіб.

1.1.33. Хронічне захворювання - тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з періодами загострень (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).

Інші терміни, що використовуються у цих Загальних умовах, вживаються у значеннях, наведених Законі України "Про страхування" та в інших нормативно-правових актах страхового законодавства України.

2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Договір укладається у письмовій формі з дотриманням вимог чинного законодавства України, встановлених до письмової форми правочину, та укладається у письмовій формі (на

паперових носіях).

2.2. Договір укладається на підставі ліцензій на здійснення діяльності із страхування, отриманих у порядку, передбаченому чинним законодавством України та які відповідають нижчезазначеним встановленим класам і підкласам страхування:

2.2.1. Клас 1 - "Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)";

2.2.2. Клас 18 - "Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі".

Ризик (підклас страхування):

1) "Страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України".

2.3. Договір укладається українською мовою, з дотриманням вимог законодавства України про мови.

2.4. Для укладення Договору, Страхувальник усно заявляє про свій намір укласти Договір страхування та надає Страховику інформацію, необхідну для укладення Договору.

2.5. При укладенні Договору, Страхувальник зобов'язаний:

2.5.1. повідомити Страховику та/ або страховому посереднику всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику і розміру страхового платежу за Договором, якщо ці обставини невідомі та/ або не можуть бути відомими Страховику. Істотними визнаються обставини, що зазначаються в Індивідуальних умовах Договору страхування, у тому числі, відомості про об'єкт страхування, наявність страхового інтересу конкретної особи, інформація про обраний Страхувальником розмір страхової суми, строк дії Договору, періоди страхового покриття тощо;

2.5.2. надати Страховику документи, що ідентифікують особу Страхувальника, згідно з вимогами Закону "Про страхування".

2.6. Якщо після укладення Договору буде встановлено, що Страхувальник навмисно надав Страховику неправдиві відомості про обставини, зазначені у п.2.5 цих Загальних умов та/ або навмисно приховав від Страховика обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику (особі, що має право на отримання страхової виплати) у страховій виплаті.

2.7. Договір складається з Частини 1 «Індивідуальні умови Договору страхування», надалі - Індивідуальні умови, Частини 2 "Загальні умови Договору страхування», якою є ці Загальні умови, а також, у разі укладення Договору щодо страхування більше ніж 5 (п'яти) осіб, документа «Дані щодо Застрахованих осіб (ЗО)», що є Додатком 1 до Договору.

2.8. Використання цих Загальних умов у якості Частини 2 Договору здійснюється відповідно до п.178 «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування», надалі – Положення, затвердженого Постановою Правління Національного банку України (НБУ) №182 від 25 грудня 2023 року.

2.9. Ці Загальні умови, затверджені протоколом Правління ПрАТ «СК «Ультра Альянс від 10.06.2024 р., починають діяти з 01.07.2024 р.

2.10. Невід'ємною частиною цих Загальних умов є «Таблиця страхових виплат при тимчасовій втраті працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку».

2.11. Частина 1 «Індивідуальні умови Договору страхування» і, за наявності, Додаток 1 до Договору «Дані щодо Застрахованих осіб (ЗО) укладаються на паперових носіях у двох примірниках, по одному для кожної Сторони, та підписується Страховиком і Страхувальником.

2.11.1. В Індивідуальних умовах конкретного Договору страхування може бути звужено та/ або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (у тому числі визначені цими Загальними умовами ознаки, причини та/ або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком), перелік обмежень страхування та/ або винятків зі страхових випадків, права і обов'язки сторін Договору та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами.

2.12. Факт укладання Договору може посвідчуватися Страховим полісом, що є формою Договору.

2.13. Підписанням Договору страхування Страхувальник надає дозвіл Страховику (його представникам, страховим посередникам) розкривати будь-яку інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до законодавства України, та яка стала відома Страховику (його представникам, страховим посередникам) у зв'язку з укладанням та/ або виконанням цього Договору, третім особам (в тому числі, але не обмежуючись, державним та судовим органам у порядку, встановленому законодавством України, іншим страховикам, перестраховикам, страховим посередникам, аудиторам, актуаріям, іншим особам, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, а також працівникам

перелічених осіб) з метою виконання вимог законодавства України, цього Договору, а також договорів, укладених Страховиком із третіми особами.

2.14. Ці Загальні умови розміщуються за посиланням <https://ultra-alliance.com.ua/zagalni-umovy-strahuvannya/> на сайті Страховика.

3. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

3.1. Згідно з Договором, Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж, із дотриманням визначених у Договорі граничних термінів і розмірів частин страхового платежу та виконувати інші умови Договору і цих Загальних умов, а Страховик бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату на користь особи, визначеної Договором страхування, відповідно до умов Договору та/або законодавства - у разі настання страхових випадків, внаслідок подій, на випадок виникнення яких проводиться страхування (страхових ризиків), а саме:

3.1.1. При страхуванні за ризиком класу 1 (п.2.2.1 Загальних умов) – у разі втрати Застрахованою особою працездатності або отримання нею травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я внаслідок настання нещасного випадку. Скорочена назва страхового покриття – **НВ** («Нещасний випадок»);

3.1.2. При страхуванні за ризиком класу 18 (підклас 1) «Страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України» - у разі понесення Застрахованою особою витрат на оплату лікарських засобів та/або медичних виробів в обсязі, передбаченому цими Загальними умовами, у зв'язку з наданням допомоги (асистанс) ЗО, яка потрапила в скрутне становище під час здійснення нею подорожі (поїздки) по території України. Скорочена назва страхового покриття – **МВ** («Медичні витрати»).

3.2. **Об'єктами страхування** є здоров'я і працездатність осіб, визначених цими Загальними умовами у якості Застрахованих осіб.

3.3. **Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з Об'єктом страхування, зазначеним у п.3.2 цих Загальних умов, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВИЗНАННЯ ПОДІЇ СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ

4.1. **Страховими ризиками** є події, на випадок виникнення яких проводиться страхування, що можуть призвести до заподіяння шкоди здоров'ю/ тимчасової втрати працездатності Застрахованих осіб: Раптове захворювання, Нещасний випадок, смерть або інша непередбачувана подія, зазначені у Договорі, що сталися із Застрахованою особою під час здійснення нею поїздки за кордон

4.2. **Страховими випадками** вважається фактичне настання наступних подій, на випадок виникнення яких проводиться страхування (страхових ризиків), які сталися протягом строку дії страхового покриття, і з настанням яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату на умовах Договору, а саме:

4.2.1. Для покриття **МВ** («Медичні витрати») - фактичне надання Застрахованій особі, під час здійснення нею закордонної подорожі (поїздки), медичних та інших послуг, передбачених цими Загальними умовами за Програмою «А» чи «В», обраної Страхувальником при укладенні Договору;

4.2.2. Для покриття **НВ** («Нещасний випадок») – фактичне настання із Застрахованою особою Нещасних випадків.

4.3. **Страхове покриття МВ за Програмою «А».**

4.3.1. **Медичні послуги**, пов'язані з медичною допомогою Застрахованій особі, та які передбачають надання ЗО:

4.3.1.1. **Швидкої (екстреної) медичної допомоги**;

4.3.1.2. Невідкладної **амбулаторно-поліклінічної** допомоги;

4.3.1.3. Невідкладної **стаціонарної** допомоги в медичних закладах;

4.3.1.4. Невідкладної **стоматологічної** допомоги;

4.3.1.5. Лікування **Захворювання на COVID-19**, з покриттям витрат на:

1) Амбулаторне лікування, підтвердженого лабораторно захворювання на COVID-19;

2) Екстрене (невідкладне) стаціонарне лікування підтвердженого лабораторно захворювання на COVID-19 до 14 діб;

3) Лабораторне тестування: первинне лабораторне тестування на COVID-19 за направленням лікаря у разі наявних ознак захворювання у випадку контакту з іншою хворою особою/ з підтвердженим захворюванням на COVID-19 та контрольним лабораторним тестуванням на COVID-19 за направленням лікаря; оплату витрат на проживання Застрахованої особи за

кордоном (на території дії Договору) після закінчення строку дії Договору протягом не більше 10 (десяти) діб, якщо повернення в країну постійного проживання неможливо через необхідність лікування та/ або необхідність обсервації/ карантину;

4) Додатково оплачується Вартість проїзду на територію України (у країну постійного проживання) через пропуск рейсу у зв'язку з лікуванням та/або перебуванням на карантині через захворювання на COVID-19 чи контактом з хворою на COVID-19 особою.

4.3.2. **Оплата ліків**, призначених для невідкладного лікування або зняття Гострого стану (за умови, що такі ліки придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого рецепту та підтвердження факту оплати). При самостійній оплаті ліків з боку ЗО або іншої особи, компенсація витрат на їх придбання здійснюється за погодженням з Асистантом/ Страховиком;

4.3.3. **Медико-транспортні послуги.**

4.3.3.1. **Медична евакуація** – транспортування (перевезення) ЗО:

1) до найближчого медичного закладу чи лікаря машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом - у разі, якщо стан здоров'я ЗО не дозволяє їй пересуватися самостійно;

2) до спеціалізованого медичного закладу машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом/ якщо стан здоров'я ЗО не дозволяє їй пересуватися самостійно, а ЗО потребує подальшого лікування, за показаннями лікаря.

4.3.4. **Медична репатріація** - транспортування (перевезення) ЗО до конкретного населеного пункту (медичного закладу, найближчого до міжнародного аеропорту або найближчого до пункту перетину кордону тощо) Країни постійного проживання ЗО, якщо необхідність такого транспортування виникла в результаті настання із Застрахованою особою Нещасного випадку або Раптового захворювання, щодо якого діє Договір, за медичними показаннями, зокрема: у разі необхідності проведення ЗО хірургічної операції, яка може бути відкладена до повернення в ЗО країну постійного проживання, необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо ЗО (за медичними показаннями) не може самостійно дістатись до місця фактичного проживання або до найближчого від місця постійного проживання лікувального закладу або якщо витрати на перебування в стаціонарі на території країни тимчасового перебування можуть перевищити страхову суму чи ліміт відповідальності.

ПРИМІТКИ.

1) Рішення щодо необхідності та можливості здійснення такого транспортування, а також про вибір пункту призначення, маршруту та засобу здійснення (виду і класу транспорту) приймається виключно Страховиком або Асистантом - за погодженням зі Страховиком.

2) Додатково Індивідуальними умовами може бути передбачено відшкодування витрат на транспортування ЗО з медичного закладу (після проведення консультації та/ або лікування) до місця тимчасового проживання ЗО при її знаходженні у Країні тимчасового перебування.

4.3.5. **Репатріація тіла (останків) ЗО** в Україну/ країну постійного проживання у разі смерті ЗО внаслідок захворювання або нещасного випадку. Здійснюється способом, погодженим Страховиком і Асистантом. Доставка тіла (останків) ЗО здійснюється до найближчого аеропорту або митного пункту в Україні/ країні постійного проживання та узгоджується з Близькими родичами ЗО, які повинні у найкоротший строк, на вимогу Страховика, надати належним чином оформлені документи, що підтверджують їхній родинний зв'язок із Застрахованою особою, а також письмове підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після доставки його на територію України у місця узгоджене зі Страховиком. На вимогу Страховика, перед здійсненням Репатріації тіла (останків) ЗО, невикористаний зворотний квиток ЗО передається Асистанту (Страховику).

ПРИМІТКИ.

1) Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання) на території країни постійного проживання померлої за кордоном Застрахованої особи;

2) Кремація ЗО та/ або її поховання на території країни тимчасового перебування, здійснюється за письмовою згодою Близьких родичів або у разі їх відсутності у померлої Застрахованої особи.

4.3.6. Відшкодування коштів, витрачених ЗО для отримання медичних та/ або медико-транспортних послуг, передбачених умовами Програми, проводиться у разі самостійної оплати (без погодження зі Страховиком/ Асистантом) - в обсязі, передбаченому Програмою, за умови документального підтвердження таких витрат.

4.4. **Страхове покриття МВ за програмою «В»**

4.4.1. Послуги, які входять до Програми «А», згідно п.4.3 цих Загальних умов.

4.4.2. Транспортні та інші послуги:

4.4.2.1. **Продовження знаходження Застрахованої особи в Країні тимчасового перебування**, якщо внаслідок Нещасного випадку або Раптового захворювання, щодо якого діє Договір, Застрахована особа через свій фізичний стан не може вчасно повернутися в Країну

постійного проживання та її виїзд має бути організований пізніше, що є необхідним з медичних показань, при наявності медичного висновку, або через відсутність квитків До таких витрат, зокрема, відносяться: вартість утримання і перебування в готелі, Вартість проїзду до Країни постійного проживання ЗО. При цьому, Страховик/ Асистант) має право вимагати у Застрахованої особи передачі раніше придбаних квитків на зворотній проїзд. Проживання Застрахованої особи за кордоном після закінчення строку дії Договору покривається протягом строку не більше 5 (п'яти) діб.

4.4.2.2. Поїздка Близького родича Застрахованої особи, що мешкає у Країні постійного проживання ЗО, у Країну тимчасового перебування Застрахованої особи і назад в разі лікування ЗО в стаціонарному медичному закладі більше 10 (десяти) днів та за умови, що жоден із повнолітніх Близьких родичів Застрахованої особи не супроводжує її в Країні тимчасового перебування. Рішення про маршрут, вид та клас транспорту визначає Асистант, за погодженням зі Страховиком. Оплата вартості проживання в готелі Близького родича ЗОї особи компенсується в межах ліміту відповідальності. Інші витрати Близького родича ЗО не відшкодовуються.

4.4.2.3. Дострокове повернення Застрахованої особи до Країни постійного проживання (до пункту перетину кордону Країни постійного проживання) у разі смерті Близького родича Застрахованої особи, який не знаходиться разом з нею у Країні тимчасового перебування, за умови, що Договір діє не менше ніж 3 (три) дні після дати отримання звернення про необхідність дострокового повернення ЗО. Рішення про маршрут, вид та клас транспорту визначає Асистант за погодженням зі Страховиком. При забезпеченні ЗО цією послугою, Асистант (Страховик) має право використання зворотного квитка Застрахованої особи.

4.4.2.4. Транспортування дітей Застрахованої особи віком до 18 років (у т.ч. їх дострокового повернення) до конкретного пункту Країни постійного проживання (за рішенням Страховика або Асистанта щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо Застрахована особа не може бути транспортована через свій фізичний стан і підлягає лікуванню в стаціонарі, або у разі смерті Застрахованої особи, коли в Країні тимчасового перебування Застрахованої особи немає іншого повнолітнього (віком понад 18 років) Близького родича ЗО. При забезпеченні ЗО цією послугою, Асистант (Страховик) має право використання зворотного квитка дітей Застрахованої особи. За необхідності, Асистант (Страховик) організовує супровід дітей третьою особою для повернення у Країну постійного проживання;

4.4.2.5. Пошук та рятування Застрахованої особи.

У випадках раптового зникнення Застрахованою особи, Асистант організовує пошуково-рятувальні роботи, з подальшим наданням ЗО (у разі необхідності) медичної медичної допомоги та медико-транспортних послуг, передбачених Програмою.

4.4.3. Страхове покриття НВ (нещасний випадок) - фактичне настання із ЗО Нещасних випадків, які сталися протягом строку дії страхового покриття, і з настанням яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі (спадкоємцю ЗО), а саме:

4.4.3.1. травматичне ушкодження та/або функціональний розлад здоров'я ЗО;

4.4.3.2. смерть ЗО.

4.4.4. Факти, вказані у п.п. 4.4.3.1, 4.4.3.2 цих Загальних умов, визнаються Страховими випадками за умови, що вони настали протягом 12 (дванадцяти) місяців з дня нещасного випадку, який трапився із Застрахованою особою протягом періоду страхового покриття, знаходяться у причинно-наслідковому зв'язку з ним та підтверджені документами, виданими Компетентними органами (медичними закладами, судом тощо) у порядку, встановленому Загальними умовами, Договором і чинним законодавством України.

5. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

А. Загальні винятки і обмеження

5.1. Якщо інше не передбачено Індивідуальними умовами, Застрахованою особою може бути будь-яка дієздатна фізична особа віком до 75 (сімдесяти п'яти) років, за винятком осіб, зазначених у п.5.2 Загальних умов. Зазначені вікові обмеження можуть бути зняті Страховиком при укладенні певного Договору, у разі застосування підвищених коригуючих коефіцієнтів при визначенні страхового тарифу і зазначенням про це в Індивідуальних умовах.

5.2. Договори за цими умовами не укладаються щодо страхування наступних категорій осіб:

5.2.1. інвалідів I та II груп;

5.2.2. осіб, які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний);

5.2.3. психічно хворих осіб;

5.2.4. осіб, хворих на алкоголізм, наркоманію, СНІД;

5.2.5. осіб, визнаних недієздатними у порядку, встановленому законодавством України.

5.3. Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:

5.3.1. Дій Застрахованої особи, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.3.2. самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком випадку, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що встановлено в судовому порядку;

5.3.3. навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

5.3.4. вчинення або спроби вчинення злочину за участі Застрахованої особи, незалежно від її психічного стану;

5.3.5. керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані сп'яніння, а також у результаті передачі керування транспортним засобом особі в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, яка не має прав водія або прав відповідної категорії;

5.4. Страховик не несе зобов'язань за Договором, якщо Подія настала:

5.4.1. під час надзвичайного, особливого чи воєнного стану, оголошеного органами влади в країні тимчасового перебування ЗО або на певній території, де діє Договір/ де проводилися воєнні дії будь-якого характеру (незалежно від того, чи був оголошений стан війни)/ мали місцезбройні конфлікти;

5.4.2. у країні постійного проживання Застрахованої особи;

5.4.3. під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту, терористичного акту або антитерористичної операції, будь-якого роду військових дій;

5.4.4. внаслідок протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищесказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому, передбаченому законом порядку;

5.4.5. у разі несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, що здійснювались з приводу настання Події.

5.5. Страховик не несе зобов'язань за Договором, якщо Застрахована особа у судовому порядку визнана безвісно відсутньою, - з дати набрання чинності відповідним рішенням суду.

5.6. Не підлягають страховій виплаті збитки, причиною виникнення яких була Подія, яка відбулась до початку дії Договору страхування, та/або поза межами території дії Договору.

5.7. Страховик не відшкодовує моральні збитки, непрямі збитки та збитки, заподіяні внаслідок професійної помилки лікарів або інших осіб, які надавали медичну допомогу Застрахованій особі.

5.8. Загальна сума страхових виплат по Страхових випадках за окремими видами покриття не може перевищувати:

5.8.1. В частині покриття МВ - Лімітів відповідальності за відповідними послугами та загальної Страхової суми, встановленої в Індивідуальних умовах;

5.8.2. В частині покриття НВ - Страхової суми, встановленої в Індивідуальних умовах.

Б. Спеціальні винятки і обмеження в частині страхового покриття «Медичні витрати»

5.9. Не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати на діагностику, лікування, оперативне втручання, будь-яку корекцію з приводу:

5.8.1. хронічних захворювань, на які Застрахована особа хворіла до укладання Договору, крім випадків їх загострення чи ускладнення;

5.8.2. чоловічого/ жіночого безпліддя;

5.8.3. клімаксу та синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу;

5.8.4. вроджених аномалій, пороків розвитку, спадкових захворювань;

5.8.5. системних захворювань сполучної тканини, у тому числі ревматизму;

5.8.6. муковісцидозу, саркоїдозу, ідіопатичного фіброзуючого альвеоліту, незалежно від клінічної форми і стадії процесу;

5.8.7. короткозорості, далекозорості, астигматизму, катаракти;

5.8.8. аутоімунних захворювань, бронхіальної астми, неспецифічних виразкових колітів;

5.8.9. вірусних гепатитів, цирозу печінки, хронічної ниркової недостатності, окрім випадків надання невідкладної медичної допомоги;

5.8.10. бородавок та папілом, окрім ускладнених (травматичних) випадків;

5.8.11. туберкульозу;

5.8.12. психічних захворювань, психологічних проблем, порушень мови;

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

відповідним найменуванням;

5.8.14. венеричних захворювань та захворювань, що передаються переважно через статеві стосунки (виключенням зі страхових випадків також є будь-які консультації лікарів з приводу цих захворювань). До таких захворювань належать: гонорея, донованоз (гранульома венерична), сифіліс, м'який шанкр (шанкроїд), венеричний лімфогранульоматоз (лімфогранульома венерична), бактеріальний вагіноз (гарднерельоз), генітальний герпес, кандидоз, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, уrogenітальний шигельоз, хламідіоз, фтиріаз, контагіозний моллюск, амебіаз, вірусний гепатит В,С, лямбліоз;

5.8.15. запальних захворювань сечостатевих органів у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про здійснене лікування таких захворювань та негативні результати відповідних лабораторних досліджень;

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

5.8.17. демієлінізуючих захворювань;

5.8.18. онкологічних, онкогематологічних захворювань, хронічної ниркової недостатності, цукрового діабету, крім випадків надання невідкладної медичної допомоги;

5.8.19. штучного запліднення, стерилізації, процедурами запобігання вагітності, придбанням препаратів та засобів для запобігання вагітності;

5.8.20. патронажа (ведення) вагітності, допомогою при пологах (за винятком швидкої (невідкладної / екстреної) медичної допомоги до сьомого місяця вагітності включно);

5.8.21. косметичних та пластичних операцій, будь-яким протезуванням та лікуванням ускладнень, пов'язаних з ними;

5.8.22. трансплантації органів та тканин, окрім випадків трансплантації шкіри при опіковій хворобі, пошуком та доставкою органу для трансплантації;

5.8.23. придбання медичного устаткування, що замінює та/або корегує функції уражених органів, включаючи металоконструкції для остеосинтезу;

5.8.24. придбання медико-косметичних засобів, засобів особистої гігієни;

5.8.25. проходження профілактичних оглядів, диспансерних обстежень та проведення профілактичних заходів, дезінфекцій будь-яких предметів,

5.8.26. загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, отримання медичних довідок та свідоцтв на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водія, довідок для дошкільних та учбових установ, тести на профпридатність, довідок для органів виконавчої влади, довідок в басейн тощо);

5.8.27. лікування методами нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, біологічні добавки тощо);

5.8.28. експериментальних схем лікування/ експериментального лікування;

5.8.29. одержання медичних послуг в закладах або від особи, які не мають відповідних ліцензій;

5.8.30. планового лікування із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШК);

5.8.31. мануальної терапії, лікувальної фізкультури, підводним витяганням тощо;

5.8.32. профілактичного масажу, крім випадків, коли масаж є частиною відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією, профілактики ускладнень (пролежнів) у важкохворих осіб та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару;

5.8.33. перебування та харчування батьків у стаціонарному медичному закладі з дитиною (що є Застрахованою особою за Договором), вік якої на момент госпіталізації шість повних років та більше. У випадку, коли вік дитини, що є Застрахованою особою за Договором, менше повних шести років, Страховик сплачує витрати щодо перебування одного з батьків в стаціонарі (койко-місце) та витрати на харчування, передбачене стаціонаром;

5.8.34. лікування медикаментозними препаратами, полівітамінними комплексами з метою профілактики, в тому числі, якщо дані препарати включені до схеми лікування;

5.8.35. лікування гормональними медичними препаратами, призначеними як замісна терапія;

5.8.36. імунізації (вакцинації), плановою вакцинацією дітей;

5.8.37. стоматологічних послуг косметичного та профілактичного характеру, стоматологічного лікування, крім випадків необхідності надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю;

5.8.38. діагностичні маніпуляції, консультації, лабораторні дослідження та лікувальні процедури, що не є обов'язковими, необхідними та можуть бути відкладені до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання.

5.10. Для опції «Захворювання на COVID-19» виключенням зі страхових випадків є витрати на:

5.9.1. лабораторне тестування на COVID-19 за власним бажанням Застрахованої особи, без направлення лікуючого лікаря та/або в лабораторіях, які не мають відповідної сертифікації;

- 5.9.2. лабораторне тестування Застрахованої особи без проявів захворювання та/або у разі контактування з особами, що захворіли на COVID-19;
- 5.9.3. лікування, обсервацію/ карантин Застрахованих осіб у разі відсутності рекомендацій відповідних компетентних органів країни тимчасового перебування ЗО щодо конкретних Застрахованих осіб, вказаних в Індивідуальній частині;
- 5.9.4. покриття витрат, які перевищують вказані у Програмі ліміти відповідальності;
- 5.9.5. лікування станів, що прямо або побічно пов'язані з перенесеним до початку подорожі захворюванням на COVID-19;
- 5.9.6. лікування наслідків хвороби на COVID-19, на яку Застрахована особа захворіла поза строком та місцем дії Договору страхування;
- 5.9.7. лікування лабораторно підтвердженого захворювання на COVID-19 у клініках, які не акредитовані у країні тимчасового перебування ЗО як такі, що мають інфекційні відділення та можуть надавати медичну допомогу при захворюванні на COVID-19 та без погодження з Асистантом;
- 5.9.8. Витрати, пов'язані з лікуванням та/або обсервацією у разі, якщо Застрахована особа грубо порушувала правила власної гігієни, особистої безпеки та правила поведінки в зонах відпочинку, в тому числі рекомендовані Страховиком, туристичним оператором та інструкції працівників місця розміщення (готелі, пляжі тощо).

6. СТРАХОВІ СУМИ, СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

- 6.1. Страхові суми, погоджені Страхувальником при укладенні Договору: за покриттям МВ – в іноземній валюті (долар США/ євро), за покриттям НВ – у гривні), зазначаються в Індивідуальних умовах.
- 6.2. Згідно з п.139 «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 (НБУ) №182 від 25 грудня 2023 року, у Договорі не визначається страховий тариф за класом (підкласом), вказаним у п.2.2.2 цих Загальних умов (покриття «Медичні витрати»).
- 6.3. Щодо покриття «Нещасний випадок», усереднений страховий тариф **Снв** для всього переліку Застрахованих осіб визначається за формулою (1):

$$\text{Снв} = \text{ЗСПнв} * 100 / \text{СС} * \text{N} \quad (1),$$

де **ЗСПнв** – загальний страховий платіж за Договором у частині страхування від нещасних випадків,

СС1 – страхова сума на одну ЗО при страхуванні від нещасних випадків;

N - загальна кількість ЗО при страхуванні від нещасних випадків.

- 6.4. За покриттям МВ, Сторонами може бути передбачена безумовна франшиза, розмір якої визначається за згодою Страхувальника і Страховика та вказується в Індивідуальних умовах.
- 6.5. Страховий платіж за Договором здійснюється безготівкового перерахування на поточний рахунок Страховика.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 7.1. Договір може укладатися на строк від 1 (одного) дня до 12 (дванадцяти) календарних місяців.
- 7.2. Договір набирає чинності, за умови отримання Страховиком суми Страхового платежу у повному обсязі, якщо інше не передбачено Індивідуальними умовами.
- 7.3. В частині зобов'язань Страховика Договір набуває чинності з моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю при виїзді з Країни постійного проживання.
- 7.4. Дія Договору о 23-59 дати, визначеної у Договорі як дата закінчення його строку дії, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в'їзду ЗО до Країни постійного проживання.
- 7.5. Якщо Договором передбачена певна кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном при неодноразових зарубіжних поїздках ЗО протягом строку дії Договору, то, після закінчення кожної поїздки ЗО, максимальний загальний строк перебування Застрахованої особи за кордоном, протягом якого діють зобов'язання Страховика за Договором, зменшується на фактичну кількість днів перебування ЗО в подорожі.
- 7.6. Якщо, на дату закінчення строку дії Договору, Застрахованій особі, яка перебуває за кордоном, надавались медичні послуги, і вона потребує подальшого лікування у стаціонарному медичному закладі та, за медичним висновком, не підлягає Медичній репатріації у країну постійного проживання, дію Договору може бути продовжено, але не більш, як на 15 (п'ятнадцять) днів понад вказану у Договорі дату закінчення його строку дії, якщо інше не зазначено в Індивідуальних умовах.

7.7. Місце (територія) дії Договору вказується в Індивідуальних умовах.

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

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Ознайомитися із Загальними умовами.

8.1.2. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного Договору.

8.1.3. Ініціювати внесення змін до Договору до початку подорожі;

8.1.4. У випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу дубліката Договору.

8.1.5. Достроково припинити дію Договору, відповідно до його умов.

8.1.6. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або її розмір страхової виплати;

8.1.7. Вимагати від Страховика здійснення Страхових виплат на користь Застрахованої особи у розмірах та у порядку, передбачених Загальними умовами.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. Ознайомитись із Загальними умовами

8.2.2. Своєчасно сплатити Страховий платіж у розмірі та у строк, визначені Договором.

8.2.3. При укладенні Договору страхування надати Страховику всю необхідну достовірну інформацію, що має істотне значення для оцінки страхового ризику та повідомити про всі інші діючі договори, щодо об'єкту страхування за Договором;

8.2.4. Інформувати Застраховану особу про умови Договору, обов'язки Застрахованої особи згідно з цим Договором, а також про її дії при настанні Події під час закордонної подорожі;

8.2.5. При зміні ступеню ризику або інших істотних обставин щодо об'єкту страхування за договором, при виявленні будь-яких обставин, що призвели чи можуть призвести до настання страхового випадку, протягом 2 (двох) робочих днів письмово сповістити про них Страховика.

8.2.6. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення шкоди, завданої внаслідок настання Події із ЗО;

8.2.7. Забезпечити збереження документів, що стосуються Договору;

8.2.8. При настанні Події, сприяти Страховику в розслідуванні її обставин, вживати всі необхідні заходи щодо запобігання і зменшення збитків;

8.2.9. При настанні Події діяти відповідно до вимог Загальних умов та погоджувати зі Страховиком або з Асистантом всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі Раптового захворювання, Нещасного випадку або інших подій, вказаних у Програмі.

8.3. Застрахована особа має право:

8.3.1. У разі настання Події, при належному зверненні до Асистанта (Страховика), отримати передбачені Договором послуги в обсязі, передбаченому Договором.

8.3.2. При настанні Події, погоджувати з Асистантом або Страховиком всіх свої дії, пов'язані з лікуванням, отриманням медичних чи інших послуг та оплатою вартості отриманих послуг за Договором, виконувати відповідні розпорядження/ рекомендації Асистанта і Страховика, пов'язані з Подією.

8.4. Застрахована особа зобов'язана:

8.4.1. Повідомити Страховика про настання Події у порядку та у строки, передбачені Загальними умовами, діяти згідно з положеннями цих Загальних умов, виконуючи всі рекомендації Асистанта і Страховика.

8.4.2. Надавати, на вимогу Страховика, будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання (обставин) Події, визначення розміру Страхової виплати.

8.4.3. В частині обставин Події звільнити Третіх осіб від обов'язку щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від Третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені Загальними умовами) будь-якої інформації, пов'язаної з Подією.

8.4.4. При необхідності отримання медичних послуг за Договором, достовірно інформувати Асистанта, відповідну медичну установу (лікарів) та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення.

8.4.5. Належним чином зберігати страхові документи і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги; у разі втрати страхових документів, негайно сповістити про це Страховика.

8.4.6. За наявності конкретної особи, відповідальної за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю Застрахованої особи, внаслідок чого ЗО було надано послуги за Договором, передати Страховику всю наявну у ЗО інформацію (документи) для реалізації Страховиком права

зворотної вимоги (регресу) до винної особи після здійснення відповідної Страхової виплати.

8.5. Страховик має право:

8.5.1.Перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні Договору, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору.

8.5.2.Змінювати умови страхування за згодою Страхувальника (Застрахованої особи), а також вимагати від Страхувальника сплати додаткового платежу при збільшенні ризику у разі внесення змін у діючий Договір;

8.5.3.Самостійно з'ясувати причини та обставини настання Події. При необхідності, запитувати додаткові відомості, пов'язані з настанням Події, у Компетентних органах: медичних установах, правоохоронних органах, інших підприємствах, установах та організаціях, які володіють інформацією про обставини настання Події, а також самостійно з'ясувати причини та обставини Події.

8.5.4.Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) надання відомостей та документів, необхідних для встановлення обставин настання Події, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації.

8.5.5.Відстрочити страхову виплату чи відмовити у страховій виплаті згідно Загальних умов.

8.5.6. Достроково припинити дію Договору згідно Загальних умов.

8.6. Страховик зобов'язаний:

8.6.1.Ознайомити Страхувальника (Застраховану особу) із Загальними умовами;

8.6.2. При настанні Страхового випадку, здійснити Страхову виплату, відповідно до умов Договору, шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги під час здійснення ЗО подорожі (поїздки). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі неустойки (пені) у розмірі 0,01% суми заборгованості за кожний день затримки.

8.6.3.Здійснювати контроль за своєчасністю та необхідністю надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором.

8.6.4.У випадку відмови у Страховій виплаті, письмово сповістити про це Застраховану особу і Страхувальника, з мотивованим обґрунтуванням причин відмови, - у порядку та строки, зазначені у Загальних умовах.

8.6.5.Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою, Третьою особою) при настанні Події, щодо запобігання або зменшення шкоди – у розмірі, погодженому зі Страховиком.

8.6.6.Тримати в таємниці відомості про Страхувальника, Застрахованих осіб та їх майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ

9.1. При настанні Події, що має ознаки Страхового випадку (необхідності отримання послуг, передбачених Програмою), Застрахована особа (Страхувальник) протягом найкоротшого можливого строку, але, в будь-якому разі, не пізніше 24 годин, повинна:

9.1.1.Звернутися до Асистанта або Страховика за телефонами, вказаними в Індивідуальній частині, та отримати інформацію щодо своїх подальших дій.

1)Контакти цілодобового колл-центру **Асистанта:**

+ 38 044 390 00 10

для звернень через Viber, Telegram, Facebook - **Ensuria.me/one-link**

e-mail care@ensuria.com

2)Контакти для звернення до **Страховика**

- цілодобові телефонні номери: 0 (800) 217 709 , +38 097 900 97 10;

- електронна пошта ultrainsure@gmail.com ;

- місцезнаходження (поштова адреса) головного офісу - м.Київ, вул.Журавлина, буд. 4, офіс 222.

9.1.2. Якщо Застрахованій особі необхідна Швидка (екстрена) медична допомога, а повідомити про це до початку її отримання неможливо з **об'єктивних причин**, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності у Країні тимчасового перебування або відповідний договір із Асистантом. У цьому разі, повідомлення передається Асистанту або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Зазначені дії від імені Застрахованої особи може здійснити будь-яка Третя особа, яка знаходиться поруч та діятиме від імені Застрахованої особи: її родич, співробітник, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо.

9.1.2.1. **Об'єктивними причинами**, у цьому випадку, можуть, зокрема, вважатись:

- непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності особи, яка представляє її інтереси);

- відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника (Застрахованої особи).
- 9.1.2.2. Наявність об'єктивних причин повинна бути доведена документально.
- 9.1.3. Повідомити Асистанту (Страховику) наступну інформацію, якщо інше не передбачено Договором страхування:
- 1) прізвище, ім'я Застрахованої особи;
 - 2) номер Договору страхування;
 - 3) місцезнаходження Застрахованої особи,
 - 4) контактний телефон;
 - 5) строк та територію дії Договору страхування;
 - 6) розмір Страхової суми та назву Програми страхування;
 - 7) докладний опис обставин Події.
- 9.1.4. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Асистанта або Страховика щодо своїх подальших дій. На вимогу представника Асистанта, Застрахована особа повинна надати документ, що підтверджує її особу (зокрема, закордонний паспорт) та/ або Договір (Індивідуальні умови).
- 9.1.5. Про настання Розладу здоров'я в результаті Нещасного випадку, Застрахована особа має сповістити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дня її повернення із закордонної подорожі, за винятком випадків, коли:
- Застрахована особа (її представник) під час цієї подорожі, внаслідок такого Розладу здоров'я, зверталась до Асистанта за організацією надання медичних чи інших послуг;
 - настала смерть Застрахованої особи.
- 9.1.6. Документально підтвердити строк свого знаходження в Країні тимчасового перебування.
- 9.1.7. Сприяти вживанню Страховиком або Асистантом необхідних заходів щодо визначення причин настання Події, її кваліфікації у якості Страхового випадку, розмірів понесених витрат.
- 9.1.8. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок Події.
- 9.1.9. Передати представнику Асистанта, на їх вимогу, невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а, у разі неможливості це зробити за станом здоров'я, - при першій нагоді.
- 9.2. У разі надання Застрахованій особі медичних послуг під час її перебування за кордоном, Страховик зобов'язаний оплачувати витрати на лікування Застрахованої особи у Країні тимчасового перебування до тих пір, доки стан здоров'я такої Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Країну постійного проживання для подальшого лікування. Рішення про доцільність транспортування Застрахованої особи (у т.ч. Медичну репатріацію) та засоби його здійснення може приймати тільки Асистант разом зі Страховиком, на підставі медичних висновків лікарів, призначених Асистантом (Страховиком). Якщо, за висновком лікарів, уповноважених Асистантом (Страховиком), транспортування ЗО (зокрема, Медична репатріація у Країну постійного проживання) є можливою, а Застрахована особа (Страхувальник) відмовляється від цього, Страховик має право негайно припинити оплату витрат на лікування Застрахованої особи.
- 9.3. При настанні Події, у виключних випадках (необхідності надання ЗО екстреної медичної допомоги і неможливості швидко звернутись до Асистанта тощо), в разі самостійного звернення до медичного закладу, без попереднього погодження з Асистантом (Страховиком), Страхувальник (За застрахована особа) може самостійно звернутись за наданням медичних послуг, передбачених умовами Договору, за умови повідомлення, при першій можливості, Асистанта (Страховика) про настання Події і звернення за медичною допомогою.
- 9.4. У разі смерті Застрахованої особи під час її закордонної поїздки, для організації Репатріації тіла (останків) померлої ЗО, Близькі родичі цієї Застрахованої особи повинні надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після перевезення труни на митну територію Країни постійного проживання Застрахованої особи.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, НЕОБХІДНИХ ДЛЯ ВРЕГУЛЮВАННЯ ПОДІЇ

А. Страхове покриття «Медичні витрати»

- 10.1. Страховик сплачує (в межах Ліміту відповідальності/ Страхової суми) вартість послуг, наданих Застрахованій особі згідно з Програмою, на підставі рахунків Спеціалізованих закладів, наданих Страховику: через Асистанта або безпосередньо Спеціалізованим закладам, або відшкодовує Застрахованій особі чи Третій особі грошові суми, сплачені за вказані послуги, що були надані ЗО.
- 10.2. Документи, необхідні для розрахунків Страховика з Асистантом чи Спеціалізованими закладами, визначаються згідно відповідних договорів, укладених між ними і Страховиком.
- 10.3. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою (Страхувальником) чи Третьою

особою послуг, наданих ЗО згідно з Програмою, Страховик здійснює Страхову виплату на підставі наступних документів:

10.3.1. заява Застрахованої особи (Страховальника) або Третьої особи на отримання Страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

10.3.2. копія Індивідуальної частини;

10.3.3. довідка-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта (ЗО), точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг, загальною сумою до виплати;

10.3.4. рецепти, виписані лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

10.3.5. деталізовані рахунки за надання інших послуг з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;

10.3.6. документи, що підтверджують здійснення інших витрат, передбачених Програмою;

10.3.7. документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції з зазначеною сумою на переказ тощо);

10.3.8. копія закордонного паспорту (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону Країни постійного проживання;

10.3.9. копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи (у разі смерті ЗО);

10.3.10. копії паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру ЗО;

10.4. З урахуванням конкретних обставин Події, Страховик має право обґрунтовано вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання Події.

10.5. При отриманні заяви на Страхову виплату, Страховик залишає за собою право вимагати здійснення за рахунок Застрахованої особи перекладу на українську мову документів, пов'язаних зі Страховим випадком (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) або, якщо оплату перекладу було здійснено Страховиком самостійно, зменшити розмір Страхової виплати на вартість послуг з перекладу зазначених документів.

10.6. Заява на отримання Страхової виплати подається Страховику не пізніше ніж через 30 (тридцять) календарних днів після закінчення строку дії Договору, якщо інше додатково не погоджено Сторонами.

Б. Страхове покриття «Нещасний випадок»

10.7. Для отримання страхової виплати, Страховику має бути надано такі документи:

10.7.1. заява на отримання Страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

10.7.2. копія Індивідуальної частини;

10.7.3. Закордонний паспорт Застрахованої особи (копії сторінок);

10.7.4. Документи, що відповідно до чинного законодавства України, дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати;

10.7.5. Медичний документ (довідка, медичний рапорт, виписка тощо) із зазначенням обставин та дати нещасного випадку, діагнозом, обсягом наданої допомоги;

10.7.6. У випадку ушкодження здоров'я ЗО внаслідок нещасного випадку, на вимогу Страховика, медичний документ про рівень алкоголю в крові на дату (момент) настання Події;

10.7.7. На обґрунтовану вимогу Страховика - інші документи Компетентних органів (відповідно до події, що сталася), що містять відомості щодо дати, часу, обставин, причин настання нещасного випадку із Застрахованою особою;

10.7.8. У разі настання смерті ЗО від нещасного випадку:

10.7.8.1. Нотаріально завірена копія Свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

10.7.8.2. Копія лікарського свідоцтва про смерть Застрахованої особи або копія довідки про причину смерті;

10.7.8.3. Нотаріально завірена копія Свідоцтво про право на спадщину або його.

10.8. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

10.9. Документи, зазначені у цьому розділі, можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів.

10.10. Якщо документи, зазначені у цьому розділі, надано Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням загальних норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), Страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

11. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. Страхові виплати за окремими видами страхового покриття (МВ, НВ) здійснюються у межах значень відповідних Страхових сум (Лімітів відповідальності), вказаних в Індивідуальній частині і Програмі страхування.

А. Страхове покриття «Медичні витрати»

11.2. Протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи, Третьої особи) усіх належним чином оформлених документів, вказаних у розділі 10 цих Загальних умов, Страховик приймає рішення про здійснення Страхової виплати та оформлює відповідний Страховий акт,

або приймає рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати та, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, (якщо інший строк не передбачено Договором), письмово повідомляє про це особу, що склала заяву на отримання Страхової виплати (Страхувальника, Застраховану особу, Третю особу), з обґрунтуванням причин відмови.

11.3. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, остання проводиться протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком вказаного рішення, якщо інший строк не передбачено Договором.

11.4. Страховик здійснює Страхову виплату:

11.4.1. Асистанту, що оплатив витрати за надані ЗО послуги Спеціалізованого закладу.

11.4.2. Безпосередньо Спеціалізованому закладу за послуги, надані Застрахованій особі.

11.4.3. Застрахованій особі (Страхувальнику, Третій особі), що самостійно оплатила надані послуги, - з урахуванням умов та обмежень, зазначених у Загальних умовах.

11.5. Перерахування коштів на рахунок Асистанта за послуги, вказані у п.10.2 Загальних умов, здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання Події та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистантом.

11.6. Оплата безпосередньо Спеціалізованим закладам за надані Застрахованій особі послуги, вказані у п.10.2 Загальних умов, здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання Події та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг.

11.7. Розмір Страхової виплати, що здійснюється Застрахованій особі (Страхувальнику, Третій особі), за умови надання всіх документів, що зазначені у п.10.3 Загальних умов, що підтверджують факт настання Події, факт і розмір оплати за отриману допомогу (послуги), визначається наступним чином:

11.7.1. за умови попереднього погодження переліку послуг та суми витрат з Асистантом або Страховиком (до їх оплати), Страховик сплачує вартість наданих послуг (здійснені витрати) у повному обсязі в межах Страхової суми (Ліміту відповідальності) за Договором;

11.7.2. якщо витрати ЗО (перелік наданих послуг) не було попередньо погоджено з Асистантом або Страховиком, останній відшкодовує тільки суму витрат у межах Страхової суми/ Ліміту відповідальності, встановлених у Договорі щодо такого випадку.

11.8. У випадку, коли Застрахована особа, з об'єктивних причин, не звернулась до Асистанта для отримання необхідної допомоги (послуг), та, внаслідок цього, повинна самостійно оплатити вартість наданої їй допомоги (послуг), вона зобов'язана узгодити із Асистантом чи Страховиком виставлений Спеціалізованим закладом рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати.

11.9. Якщо вартість здійснених медичних та/ або інших витрат, оплата вартості яких передбачена Договором, перевищує обґрунтовані розміри таких витрат у певному регіоні, оцінені Асистантом, Страховик має право зменшити Страхову виплату на величину перевищення фактичних витрат над зазначеними обґрунтованими розмірами.

11.10. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок Події, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткових витрат, Страховик має право зменшити Страхову виплату на розмір додаткового збитку. Зокрема, Страховик має право зменшити Страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та, як наслідок, збільшення медичних витрат на лікування ЗО.

11.11. Страхові виплати, зазначені у п.10.3 Загальних умов, здійснюється у строки, передбачені п.11.3 Загальних умов.

11.12. Страхова виплата здійснюється на підставі Страхового акта, що складається Страховиком або уповноваженою ним особою.

11.13. Страхова виплата здійснюється з вирахуванням:

11.13.1. Франшизи, вказаної у Договорі, - у розмірі та у випадках, передбачених Договором.

11.13.2. Витрат на переклад документів, зазначених у п.10.5 Загальних умов, що пов'язані зі Страховим випадком.

11.14. Страхова виплата на території України здійснюються у грошовій одиниці України за курсом НБУ на день настання Страхового випадку, з вирахуванням всіх податкових витрат за законом, якщо інший порядок розрахунків не передбачений Договором та не суперечить чинному законодавству України.

11.15. Страховик не відшкодовує ту частину збитків, що перевищує Страхову суму (відповідний Ліміт відповідальності) за Договором.

11.16. Якщо до Договору було внесено зміни, оформлені належним чином, стосовно розміру Страхової суми, Страховик здійснює Страхову виплату з врахуванням останньої зміни, що набула чинності до дати настання Страхового випадку.

11.17. Якщо Страхова виплата за Договором щодо конкретної Застрахованої особи здійснена у розмірі повної Страхової суми, встановленої для такої ЗО, дія Договору щодо такої Застрахованої особи припиняється.

11.18. Після здійснення Страховиком Страхової виплати, яка становить частину Страхової суми, Договір зберігає чинність до закінчення строку його дії. При цьому, розмір Страхової суми щодо конкретної Застрахованої особи зменшується на суму Страхової виплати, здійсненої на користь такої Застрахованої особи.

11.19. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо кваліфікації Події у якості Страхового випадку, причин та обставин Події, виникнення сумнівів щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна із Сторін має право за свій рахунок вимагати проведення незалежної експертизи та/або робити відповідні запити.

11.20. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та іншої допомоги та послуг, що вказані в Індивідуальних умовах, застраховані у кількох страховиків, то, у разі настання Страхового випадку, Страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсної вартості послуг, наданих Застрахованій особі. При цьому, кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру Страхової суми за укладеним ним договором страхування.

11.21. У випадку отримання Страхувальником (Застрахованою особою) відшкодування понесених витрат від особи, відповідальної за заподіяний збиток, після здійснення Страховиком Страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів повернути Страховику отриману Страхову виплату. Якщо збиток відшкодовано частково і відшкодована сума менша від належної суми Страхової виплати, то здійснення Страхової виплати Страховиком проводиться за вирахуванням суми, отриманої Страхувальником (Застрахованою особою) від особи, відповідальної за заподіяний збиток.

11.22. Якщо, після здійснення Страхової виплати, виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на її отримання, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховикові виплачену суму (відповідну її частину) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня виявлення таких обставин.

Б. Страхове покриття «Нещасний випадок»

8.3. За умови визнання нещасного випадку, що відбувся із Застрахованою особою, Страховим випадком, Страхова виплата здійснюється Страховиком у таких розмірах:

8.3.1. При настанні Страхового випадку, визначеного п. 4.4.3.1 Загальних умов, згідно з Додатком 2 до Загальних умов "Розміри Страхових виплат в разі настання травматичних або інших тілесних ушкоджень Застрахованої особи", у певному відсотку, визначеному названим документом, від Страхової суми.

8.3.2. При настанні Страхового випадку, зазначеного у п. 4.4.3.2 Загальних умов, розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

8.3.2.1. Ця виплата проводиться з вирахуванням Страхових виплат, здійснених по Страховому випадку, зазначеному у п.8.3.1 Загальних умов, при настанні того ж нещасного випадку.

12. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДСТРОЧЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Страховик має право **відстрочити** здійснення страхової виплати, якщо:

12.1.1. Він має обґрунтовані сумніви в частині страхового інтересу особи, яка претендує на отримання страхової виплати щодо конкретної суми виплати, виходячи з Індивідуальних умов та/ або інших документів. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком належного документу на підтвердження страхового інтересу особи, яка вимагає здійснення страхової виплати на свою користь.

12.1.2. Відповідними Компетентними органами розпочато досудове розслідування у кримінальному провадженні за фактом настання Події, і триває розслідування обставин скоєння кримінального

правопорушення (за участі Застрахованої особи), що призвело до настання Події. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком письмового підтвердження правоохоронних органів про закриття кримінального провадження або зупинення (закінчення) такого досудового розслідування, згідно з нормами країни тимчасового перебування ЗО.

12.1.3. При наявності обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин Події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у здійсненні Страхової виплати, Страховик має право затримати страхову виплату на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин Події, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців.

12.1.4. За наявності обставин, зазначених у п.10.10 Загальних умов.

12.2. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

12.2.1. Навмисні дії ЗО (особи, яка претендує на отримання страхової виплати), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

12.2.2. Вчинення Застрахованою особою (особою, яка претендує на отримання страхової виплати), умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання Події;

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

12.2.4. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості для Страховика встановити факт, причини та обставини настання Події або розмір заподіяної шкоди (збитків);

12.2.5. Наявність обставин, що відносяться до винятків зі страхових випадків та обмежень страхування, передбачених цими Загальними умовами;

12.2.6. Відсутність (часткова або повна) документів, які необхідні, згідно цих Загальних умов, для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати;

12.2.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій представника Спеціалізованої служби Страховика (Асистанта) або лікуючого лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я ЗО;

12.2.8. Відмова ЗО від обстеження лікарем, призначеним Асистантом після настання Події;

12.2.9. У разі порушення Застрахованою особою, при настанні Події, медичних приписів і рекомендацій лікарів, а також недотримання лікувального режиму, встановленого в медичному закладі, у випадку, якщо ці порушення підтверджені відповідною відміткою у виписному епікрізі (медичних документах) ЗО;

12.2.10. інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, які не суперечать законодавству України та зазначені у відповідних Індивідуальних умовах (Частині 1 Договору).

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

13.1. Всі зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Сторін, шляхом укладання відповідних Додаткових угод. Після укладання кожної Додаткової угоди вона стає невід'ємною частиною Договору.

13.2. Зміна умов Договору здійснюється протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту одержання заяви однієї Сторони Договору іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін у Договір протягом 3 (трьох) робочих днів, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

13.3.1. закінчення строку дії Договору;

13.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

13.3.3. смерті Страхувальника-фізичної особи, крім випадків, передбачених ст. 100 Закону України "Про страхування", надалі – Закон;

13.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

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

13.3.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

13.4. Дію Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана належним чином повідомити іншу не пізніше ніж за 10 (десять) робочих днів до дати передбачуваного припинення дії Договору.

13.5. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору, відповідно до частини

третьої ст.36 Закону «Про страхування» за ініціативою Страхувальника, після такої передачі страховик – правонаступник повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.

13.6. В разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за кількість днів страхового захисту, що залишились до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає сплачені ним страхові платежі повністю.

13.7. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику внесені страхові платежі за кількість днів страхового захисту, що залишились до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

13.8. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, становить **65%**.

13.9. Частина страхового платежу, що підлягає поверненню, повинна бути виплачена Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати дострокового припинення дії Договору, проте не раніше врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових збитків (складення відповідного страхового акту або прийняття рішення про відмову у страховій виплаті).

13.10. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від нього без пояснення причин, крім випадків, якщо:

13.10.1. строк дії Договору становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

13.10.2. Страхувальник повідомив Страховика про настання Події;

13.11. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

13.12. У разі відмови Страхувальника від Договору, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася Подія. Повернення страхової премії (платежу) здійснюється на банківські реквізити Страхувальника, вказані ним у письмовому повідомленні про відмову від Договору.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

14.1. У разі невиконання або неналежного виконання умов Договору, Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України.

14.2. Усі спори і розбіжності, що можуть виникнути між Сторонами у ході реалізації Договору, вирішуються шляхом переговорів. Якщо спір неможливо вирішити шляхом переговорів, він вирішується в судовому порядку за встановленою підвідомчістю та підсудністю такого спору у порядку, визначеному чинним законодавством України.

14.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором, якщо це невиконання стало наслідком обставин непереборної сили, що виникли після укладання Договору в результаті подій надзвичайного характеру, яких Сторона не могла запобігти доступними способами. Строк виконання зобов'язання в такому випадку подовжується на строк дії таких обставин.

14.4. Під форс-мажорними обставинами розуміються обставини непереборної сили, на які Сторона не може впливати і за виникнення яких не несе відповідальності, такі як: війна, військові дії, масові заворушення, державний переворот, рішення і дії органів державної влади тощо, якщо такі обставини можуть призвести до об'єктивної неможливості для Сторін (Сторони) виконати свої зобов'язання за Договором. Факт наявності і період дії форс-мажорних обставин підтверджуються документом, виданим Торгово-промисловою палатою України.

14.5. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) послідовних місяців, кожна зі Сторін буде мати право відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за Договором, без права відшкодування можливих збитків.

14.6. Сторона, для якої створилась неможливість виконання зобов'язань за Договором у зв'язку з форс-мажорними обставинами, повинна протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту початку дії таких обставин, сповістити про них іншу Сторону: як про настання, так і щодо припинення дії таких обставин.

14.7. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання чи припинення дії обставин непереборної сили позбавляє відповідну Сторону права посилаючись на них, як на підставу звільнення від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором.

15.ІНШІ УМОВИ

15.1. Якщо інше не передбачено Сторонами, всі складові Договору страхування, крім Частини 2, якою є ці Загальні умови, оформлюються у двох примірниках, кожен з яких має однакову юридичну силу, по одному для Страхувальника і Страховика.

15.2. Строк дії Договору, укладеного на підставі цих Загальних умов, не може бути продовженим. Для продовження страхового захисту щодо об'єкту страхування, вказаного в Індивідуальних умовах, Сторони можуть укласти новий договір страхування.

15.3. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних":

15.3.1. Страхувальник, шляхом підписання Частини 1 "Індивідуальні умови Договору страхування", надає Страховикові згоду на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних з метою та в обсязі, встановленому чинним законодавством України.

15.3.2. Ця інформація також може передаватися третім особам, безпосередньо задіяними в обробці цих даних, а також в інших випадках, прямо передбачених законодавством України.

15.3.3. Підписанням Частини 1 "Індивідуальні умови Договору страхування" Страхувальник засвідчує, що отримав повідомлення про включення інформації до бази персональних даних контрагентів Страховика (ПрАТ "СК "УЛЬТРА АЛЬЯНС") з метою та в обсязі, передбаченими чинним законодавством України, та підтверджує, що з правами, наданими ст.8 Закону України "Про захист персональних даних" ознайомлений, про місцезнаходження бази персональних даних повідомлений. Страхувальник підтверджує, що отримав письмову згоду від Вигодонабувача, в разі наявності Вигодонабувача іншого, ніж Страхувальник, своїх працівників та уповноважених осіб щодо обробки їх персональних даних Страховиком та повідомив останніх про обсяг та мету, з якою будуть оброблятися їх персональні дані, про осіб, яким його персональні дані передаються, та про права, визначені ст.8 Закону України "Про захист персональних даних".

15.3.4. Порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги.

1) Операції, пов'язані з отриманням фізичною особою фінансової послуги, зокрема, сплата страхової премії, здійснення страхової виплати, повернення страхової премії при достроковому припиненні дії Договору не підлягають оподаткуванню.

2) Виключення складають випадки виплати моральної шкоди, страхових виплат спадкоємцю, та інші випадки, передбачені чинним законодавством, що оподатковуються згідно з нормами Податкового Кодексу України.

Реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг:

Національний банк України:

Адреса: 01601, м. Київ, вулиця Інститутська, 9, телефон: 0 800 505 240.

Реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Центральний апарат)

Адреса 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1 Телефони: (044) 279 12 70 - приймальня; (044) 278 84 60, 278 41 70 – канцелярія.

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Опції, що входять до Програми	А	В
Невідкладна (швидка) медична допомога	+	+
Невідкладне амбулаторне лікування	+	+
Невідкладне стаціонарне лікування	+	+
Невідкладна стоматологічна допомога - ліміт 150 USD / EUR	+	+
Захворювання на COVID-19 - ліміт 3 000 USD / EUR	+	+
Оплата вартості медикаментів, призначених лікарем, або компенсація витрат на їх придбання	+	+
Транспортування ЗО до лікувального закладу в межах країни перебування (при нездатності самостійного пересування ЗО)	+	+
Відшкодування самостійно витрачених ЗО коштів на медичні і медико-транспортні послуги - ліміт 200 USD / EUR	+	+
Медична евакуація ЗО у країну постійного проживання	+	+
У разі смерті ЗО у країні тимчасового перебування: кремація ЗО та/або її поховання у країні смерті ЗО/ репатріація тіла (урни з прахом) ЗО для поховання у країні постійного проживання	+	+
Проживання ЗО за кордоном після закінчення строку дії Договору протягом не більше 5 діб, якщо повернення в країну постійного проживання неможливе відразу після закінчення надання ЗО стаціонарної медичної допомоги – до 50 USD / EUR за добу		+
Дострокове повернення ЗО у країну постійного проживання		+
Дострокове повернення неповнолітніх ЗО у країну їх постійного проживання та, у разі необхідності, їх супровід		+
Оплата проїзду одного з повнолітніх близьких родичів ЗО (із країни постійного проживання ЗО) і оплата його проживання у країні, де знаходиться ЗО, якщо тривалість лікування ЗО у стаціонарі в країні тимчасового перебування перевищує 5 діб - ліміт 1000 USD / EUR		+
Витрати на пошук та рятування ЗО - ліміт 1500 USD / EUR		+

**ТАБЛИЦЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ТИМЧАСОВІЙ ВТРАТІ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ
ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ**

Таблиця 1

**РОЗМІРИ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ
ВНАСЛІДОК ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ**

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
1	Контузія :	
	а) легка ступінь	5
	б) середня ступінь	10
	в) важка ступінь	15
2	Дотичне поранення (кульове або уламкове):	
	а) одне поранення з поверхнею поранення:	
	до 2 см ²	5
	від 2 см ² до 5 см ²	7
	від 5 см ² до 10 см ²	10
	більше 10 см ²	15
	поранення обличчя	17
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	7
Примітка: при запаленні одного або більше поранень (інфіковані поранення) додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 10% Ліміту відповідальності.		
3	Наскрізне поранення без пошкодження кісток, судин та внутрішніх органів:	
	а) одне поранення	20
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	10
Примітка: при запаленні одного або більше поранень (інфіковані поранення) додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 10% Ліміту відповідальності.		
4	"Сліпе" поранення без пошкодження кісток, судин, внутрішніх органів:	
	а) одне поранення	25
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	10
Примітка: при запаленні одного або більше поранень (інфіковані поранення) додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 10% Ліміту відповідальності.		
Вогнепальні проникаючі поранення		
5	Голова:	
	а) одне поранення	
	без пошкодження головного мозку та оболонок	30
	з пошкодженням мозкових оболонок	40
	з пошкодженням головного мозку;	50
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	7
Примітка: при пораненні органів зору та слуху, Страхова виплата здійснюється за загальними правилами, в залежності від ступеня втрати зору та слуху, зі здійсненням додаткової Страхової виплати за вогнепальне поранення у розмірі 15% Ліміту відповідальності.		
6	Грудна клітина:	
	а) одне поранення	
	без пошкодження легені	20
	з пошкодженням легені	30
	з пошкодженням великих судин та серця	50
	з пошкодженням стравоходу	50
	з пошкодженням хребта	60
	з пошкодженням спинного мозку	80
	з повним розривом спинного мозку	100

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	15
Примітки:		
1. Якщо поранення спричинило одночасно з подіями, перерахованими в ст.6 перелом 1-2 ребер, додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 10% Ліміту відповідальності.		
2. Якщо поранення спричинило одночасно з подіями, перерахованими в ст.6 перелом 3-5 ребер, додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 15% Ліміту відповідальності.		
7	Черевна порожнина	
	а) одне поранення	
	без пошкодження органів	30
	з пошкодженням шлунку та кишечника	45
	з пошкодженням підшлункової залози	50
	з пошкодженням селезінки	40
	з пошкодженням печінки	50
	з пошкодженням черевної аорти	60
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	20
8	Нирки	
	а) одне поранення	50
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	20
9	Сечоводи, сечовий міхур	
	а) одне поранення	45
	б) кожне наступне поранення(при численних пораненнях)	15
10	Шия	
	а) одне поранення	
	з пошкодженням судин	60
	з пошкодженням трахеї	50
	б) кожне наступне поранення(при численних пораненнях)	10
11	Верхні кінцівки	
	а) одне поранення з пошкодженням	
	Ключиці	20
	кісток плечового поясу	30
	Плеча	25
	судини або нерву на рівні плеча	35
	кісток ліктьового суглобу	30
	судини або нерву на рівні ліктьового суглобу	30
	кістки передпліччя	20
	двох кісток передпліччя	30
	нерву або судини передпліччя	25
	кістки кисті або зап'ястку	15
	двох-чотирьох кісток передпліччя	25
	п'яти або більше кісток передпліччя	35
	судини на рівні кисті	20
	першого пальця	20
	інших пальців	15
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	15
12	Нижні кінцівки:	
	а) одне поранення з пошкодженням	
	головки або шийки стегна	35
	Стегна	30
	судини або нерву на рівні стегна	35
	колінного суглобу	35
	малої гомілкової кістки	15
	великої гомілкової кістки	35
	нерву або судини гомілки	40
	гомілковостопного суглобу	30

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	п'яркової кістки	35
	однієї-двох кісток передплюсни та плюсни	20
	трьох-чотирьох кісток передплюсни та плюсни	25
	більше чотирьох кісток	40
	першого пальця	25
	інших пальців	15
	б) кожне наступне поранення (при численних пораненнях)	15

Таблиця 2

**РОЗМІРИ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ТА ІНШИХ УШКОДЖЕННЯХ
НЕВОГНЕПАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ**

№ з/п	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ЧЕРЕПА	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
2	ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ ТРАВМАТИЧНІ ГЕМАТОМИ	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3	УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	
	а) струс головного мозку, строк лікування від 3 до 13 днів включно	5
	б) струс головного мозку, строк 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 опису симптоматики)	50
Примітка: Якщо, в результаті однієї травми, настануть ушкодження, вказані у різних підпунктах цієї статті, то Страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі ушкодження. При ушкодженнях, що настали внаслідок однієї травми і які вказані 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) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	100
	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	10
	в) епілепсії	15
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	д) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
	е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	є) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, деменції	70
Примітка: 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 медичною установою після 3 місяців із дня травми і підтверджені довідкою цієї установи.		

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
При цьому, Страхова виплата проводиться додатково до виплати, здійсненої в зв'язку зі Страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума Страхових виплат за однією травмою не може перевищувати 100% Ліміту відповідальності.		
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. Виплата по ст.5, при цьому, не здійснюється.		
6	УШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, "КІНСЬКОГО ХВОСТА", ПОЛІОМІЄЛІТ (ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ)	
	а) струс	5
	б) забій	10
	в) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний розрив спинного мозку	100
7	ТРАВМАТИЧНІ НЕВРИТИ НА ОДНІЙ КІНЦІВЦІ (ЗА ВИНЯТКОМ НЕВРИТІВ ПАЛЬЦЕВИХ НЕРВІВ)	5
8	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ПОРАНЕННЯ) ШИЙНОГО, ПЛЕЧОВОГО, ПОПЕРЕКОВОГО, КРИЖОВОГО СПЛЕТІНЬ	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетіння	40
	в) розрив сплетіння	70
Примітки:		
1. Страхові виплати по Ст.7 і Ст.8 одночасно не здійснюються.		
2. Невралгії, невропатії, що виникли в зв'язку з травмою, не є підставами для здійснення Страхової виплати		
9	РОЗРИВ НЕРВІВ	
	а) гілок променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового або великогомілкового	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів	20
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного або стегнового	25
	д) двох і більше: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового	40
	е) ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи	5
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	3
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II, III ступеня, гемо- фтальм	5
Примітки:		
1. Опіки ока без вказівки ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для Страхової виплати.		

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
2. У тому випадку, якщо ушкодження, перераховані у 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, проводились Страхові виплати згідно ст.14, але травма, в подальшому, ускладнилась зниженням гостроти зору, то це дає підставу для здійснення Страхової виплати у більшому розмірі, з утриманням суми проведеної раніше Страхової виплати. 3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав 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 кристалика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот повіки, не вилучені сторонні тіла в очному яблуці і тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука і повік (за винятком шкіри)	10
Примітки:		
1. Якщо, в результаті однієї травми, наступлять кілька патологічних змін, вказаних у ст.16, Страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш важкої травми.		
2. Якщо лікарем-окулістом, після закінчення 3 місяців з дати настання травми ока, буде встановлено, що існують патологічні зміни, вказані в ст. 10, 11, 12, 13, 15 б), 16 і має місце зниження гостроти зору, Страхова виплата здійснюється, з урахуванням усіх ушкоджень, шляхом підсумовування, але не більше 50% Ліміту відповідальності за одне око.		
17	УШКОДЖЕННЯ ОКА (ОДНОГО ЧИ ДВОХ), ЩО СПРИЧИНИЛО ПОВНУ ВТРАТУ ЗОРУ ОДНОГО ОКА АБО ОБОХ ОЧЕЙ, ЩО МАЛИ ЗІР НЕ НИЖЧЕ 0,01	100
18	ВИДАЛЕННЯ ВНАСЛІДОК ТРАВМИ ОЧНОГО ЯБЛУКА СЛІПОГО ОКА	10
19	ПЕРЕЛОМ ОРБИТИ	10
20	Зниження гостроти зору	Дивись Табл. 3.
ОРГАНИ СЛУХУ		
21	УШКОДЖЕННЯ ВУШНОЇ РАКОВИНИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) перелом хряща	5
	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
	д) повна відсутність вушної раковини	50
Примітка: рішення про здійснення Страхової виплати по ст. 21 (б, в, г)) приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння ран.		
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 у зв'язку зі зниженням слуху внаслідок травми приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців із дня травми. Після закінчення цього строку, Застрахована особа направляється до лор-фахівця для визначення наслідків ушкодження.		
23	РОЗРИВ ОДНІЄЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ, ЩО НАСТУПИВ У РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ, І ЯКИЙ НЕ СПРИЧИНИВ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ	5
Примітки:		
1. Якщо в результаті травми стався розрив барабанної перетинки і настало зниження слуху, розмір Страхової виплати визначається по ст. 22. Стаття 23, при цьому, не застосовується.		
2. Якщо розрив барабанної перетинки стався в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка), то при встановленні розміру Страхової виплати ст. 23 не застосовується.		

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
24	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОТИТ	
	а) гострий гнійний отит	3
	б) хронічний отит	5
Примітка: Страхова виплата по ст. 24 б) здійснюється у тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено лор-фахівцем після закінчення трьох місяців з дати настання травми.		
ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
25	ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ КІСТОК, ХРЯЩА НОСА, ПЕРЕДНЬОЇ СТИНКИ ЛОБОВОЇ, ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ, ГРАТЧАСТОЇ КІСТКИ	5
Примітка: якщо у 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 ст.57 (якщо є підстави для застосування ст.57) 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	20
Примітки: 1. Пневмонія, що розвилася в період лікування травми або після оперативного втручання, зробленого з приводу травми, є підставою для здійснення Страхової виплати тільки у випадку ушкодження грудної клітки і органів грудної порожнини. 2. Якщо переломи грудини, ребер (ст.28, 29) спричинили ускладнення, вказані у ст.26, то Страхова виплата по ст.26 здійснюється додатково до Страхових виплат за ст.28, 29.		
27	УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЇЇ ОРГАНІВ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) легеневу недостатність (після 3 місяців із дня травми)	10
	б) видалення долі, 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	25
	г) повторні торакотомії (незалежно від їхньої кількості)	15
Примітки: 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки і її органів, були здійснені Страхові виплати по ст. 26, 27, то Страхова виплата по ст.30 не проводиться. 2. Якщо, у зв'язку з травмою грудної порожнини, проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, Страхова виплата здійснюється з врахуванням найбільш складного втручання.		
31	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ПЕРЕЛОМ ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ОПІК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ	5

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
Примітка: якщо, у зв'язку з травмою, проводилися бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 5% Ліміту відповідальності.		
32	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ТРАХЕОСТОМІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ ТАКИХ ФУНКЦІЙ:	
	а) охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців після травми	10
	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців після травми	20
Примітка: Страхова виплата по ст.32 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої, у зв'язку з травмою, по ст.31. Підстава для виплати - порушення функції гортані або трахеї - встановлюється за висновком фахівця після закінчення 3 місяців з дати настання травми.		
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) I ступеня	10
	б) II-III ступеня	25
Примітка: якщо у медичних документах не зазначено ступінь серцево-судинної недостатності, Страхова виплата здійснюється по ст. 34 а).		
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	25
Примітки:		
1. До великих магістральних судин варто відносити: аорту, легеневу, сонну артерію, 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, підпахвові, плечові, ліктьові і променеві артерії, клубова, стегнові, підколінні, передні і задні малогомілкові і великогомілкові артерії; плечоголовна, підключичні, підпахвові, стегнові і підколінні вени.		
2. Для твердження, що конкретна травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, необхідно одержати висновок відповідного фахівця.		
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.		
38	ЗВИЧНИЙ ВИВИХ ЩЕЛЕПИ	10
Примітка: при звичному вивиху нижньої щелепи, Страхова виплата здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої 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	60

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
Примітки: 1. При здійсненні Страхової виплати в зв'язку з відсутністю щелепи або її частини, є врахованою і втрата зубів, незалежно від їхньої кількості. 2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток Ліміту відповідальності, що підлягає виплаті, визначається з урахуванням цих ушкоджень по відповідних статтях, шляхом підсумовування. 3. При здійсненні Страхової виплати по ст.39, додаткова Страхова 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) відлом коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки кореню), вивих зуба	5
	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 і втраті тільки опорних зубів, а також при пошкодженні змінних протезів, Страхова виплата не здійснюється. 2. При втраті молочних зубів у дітей у віці до 5 років, Страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 3. При втраті зубів і переломі щелепи внаслідок однієї події, розмір Страхової виплати визначається по ст.37, 42 шляхом підсумовування. 4. Якщо, у зв'язку з травмою зуба, було здійснено Страхову виплату згідно ст. 42 а), і в подальшому цей зуб був видалено, з наступної Страхової виплати вираховується раніше виплачена сума.		
43	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) ГЛОТКИ, СТРАВОХО-ДУ, ШЛУНКУ, КИШЕЧНИКУ, А ТАКОЖ ЕЗОФАГОГАСТРОСКОПІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ЦИМИ УШКОДЖЕННЯМИ АБО З МЕТОЮ ВИДАЛЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ СТРАВОХОДУ, ШЛУНКУ, 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 Ліміту відповідальності, що підлягає виплаті по ст.44, визначається не раніше, ніж через 6 місяців із дня травми. При цьому, сума Страхової виплати, здійснена раніше по ст.43, віднімається від суми Страхової виплати по ст. 44.		
45	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ОПІК, ПОРАНЕННЯ) ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ, ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5
	б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, вихідникового отвору	15

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	в) спаєчну хворобу, стан після операції з приводу спаєчної непрохідності	25
	г) кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози	50
	д) протиприродний вихідниковий отвір (колостома)	100
Примітки:		
1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах а), б), в), Страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців із дня травми, а передбачені в пунктах г) і д) - після закінчення 6 місяців із дня травми.		
2. Страхова виплата, здійснена внаслідок тієї ж події по ст.43, не зменшує суму Страхової виплати по ст.45.		
3. Страхова виплата внаслідок настання ускладнень, вказаних в одному підпункті (п.п.) цієї статті, здійснюється у розмірі, що відповідає цьому п.п. При настанні патологічних змін, перерахованих у різних п.п., Страхова виплата здійснюється із врахуванням відсотків за кожним із п.п., 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 проводиться додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.		
2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові і пахово-мошонкові), що виникли внаслідок 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 шлунку, підшлункової залози, кишечника, брижі, що спричинило:	
	а) утворення несправжньої кісти підшлункової залози	20
	б) резекцію шлунку, кишечника, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунку	60
	г) ушивання брижейки	15
Примітка: при настанні, внаслідок страхового випадку, ускладнень, зазначених в різних підпунктах ст. 50, розмір Страхової виплати визначається 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

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
Примітки:		
1. Якщо, у зв'язку з травмою органів живота, є підстави для Страхової виплати по ст.47 - 50, то додаткова Страхова виплата по ст.51 (крім підпункту г)) не здійснюється.		
2. Якщо, в результаті однієї травми, будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька органів будуть видалені, а інші - ушиті, то додаткова Страхова виплата здійснюється по ст.51 в) однократно .		
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 об'єму сечового міхура	15
	г) гломерулонефрит, пієлонефрит, звуження сечоводу, сечівника	25
	д) синдром тривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, "краш- синдром", синдром розтрощення), хронічна ниркова недостатність	30
	е) непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої свищі	40
Примітки:		
1. Якщо в результаті травми настало порушення функції декількох органів сечостатевої системи, то відсоток Ліміту відповідальності, що підлягає виплаті, визначається по одному з підпунктів ст.53, що враховує найбільш важкі ушкодження.		
2. У зв'язку з наслідками травми, вказаними в підпунктах а), в), г), д) і е) ст.53, Страхова виплата здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення встановлені після закінчення 3 місяців з дати травми. Сума Страхової виплати, здійснена внаслідок тієї ж травми по ст.52 або 55 а), не підлягає вирахуванню із суми Страхової виплати по ст. 53.		
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, у зв'язку з травмою, була здійснена Страхова виплата по ст.52 (б), в)), то додаткова виплата по ст.54 не здійснюється.		
55	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СТАТЕВОЇ АБО СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:	
	а) поранення, розрив, опік, відмороження	5
	б) зґвалтування Застрахованої особи віком:	
	до 15 років	50
	від 15 до 18 років	30
	18 років і більше	15
Примітка: Страхова виплата по ст. 55 б) здійснюється на підставі постанови про порушення кримінальної справи і набрання чинності відповідним рішенням суду.		
56	УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, 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

Продовження таблиці

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	г) видалення (втрати) статевого члена, обох яєчок	50
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
57	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ, ПЕРЕДНЬОБОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПІДЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ, ВУШНИХ РАКОВИН, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ:	
	а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см ²	3
	б) утворення рубців площею 1,0 см ² і більше або довжиною 5 см і більше	5
	в) значні косметичні дефекти	10
	г) різкі косметичні дефекти	30
	д) спотворення, тобто різка зміна природного виду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного або інших зовнішніх впливів.	70
Примітки:		
1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за кольором від навколишньої шкіри, втягнені або виступають над її поверхнею, стягують тканини.		
2. Якщо, у зв'язку з переломом лицьових кісток черепа зі зсувом відламків була зроблена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, виплата здійснюється з урахуванням перелому і післяопераційного рубця, якщо останній, у певній мірі, порушує косметику.		
3. Якщо в результаті ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобоккової поверхні шиї, підщелепної області, утворився рубець або пігментна пляма, і у зв'язку з цим була проведена відповідна Страхова виплата, а потім Застрахована особа отримала другу травму, яка спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), то знову здійснюється Страхова виплата з урахуванням наслідків повторної травми.		
4. Якщо була здійснена Страхова виплата по ст. 21, то додаткова Страхова виплата за цією ж травмою по ст. 57 не проводиться.		
58	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	3
	б) від 5 см ² до 0,5% поверхні тіла	5
	в) від 0,5% до 2,0% поверхні тіла	10
	г) від 2,0% до 4,0% поверхні тіла	15
	д) від 4,0% до 6,0% поверхні тіла	20
	е) від 6,0% до 8,0% поверхні тіла	25
	ж) від 8,0% до 10,0% поверхні тіла	30
	з) від 10,0% до 15,0% поверхні тіла	35
	и) від 15,0% і більше	40
Примітки:		
1. 1% поверхні досліджуваного тіла дорівнює площі долонної поверхні кисті і пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, вимірюваної від променево-зап'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівок II-V п'ясткових кісток (без врахування I пальця).		
2. При визначенні площі рубців, слід враховувати рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантанта для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.		
3. Якщо Страхова виплата здійснюється за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів тощо), то виплата по ст.58 не проводиться.		
59	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% поверхні тіла	5
	г) від 10,0% до 15,0% поверхні тіла	10
	г) 15,0% і більше	15
Примітки:		
1. Рішення про здійснення Страхової виплати по ст.57, 58 і 59 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння поверхні ран, але не раніше ніж через 1 місяць після травми.		
2. Загальна сума Страхових виплат по ст.58, 59 не може бути більше 40% Ліміту відповідальності.		

Продовження таблиці

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
60	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН:	
	а) не вилучені сторонні тіла	2
	б) м'язова грижа, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площею не менш 2 см ² , розрив м'язів	3
	в) розрив сухожиль, за винятком пальців кисті, взяття ауотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата	5
	г) різані, колоті, розчавлені рани (без ушкодження кісток, суглобів, внутрішніх органів)	5
Примітки:		
1. Страхова виплата у зв'язку з гематомою, що не розсмокталась, м'язовою грижею або посттравматичним періоститом виплачується, якщо ці ускладнення травми мають місце після закінчення одного місяця з дня травми.		
2. Рішення про здійснення Страхової виплати по ст.60 приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного не раніше, ніж через один місяць після травми.		
ХРЕБЕТ		
61	ПЕРЕЛОМ, ПЕРЕЛОМО-ВИВИХ АБО ВИВИХ ТІЛ, ДУЖОК І СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ І КУПРИКА):	
	а) одного-двох	20
	б) трьох-п'яти	30
	в) шести і більше	40
62	РОЗРИВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ЗВ'ЯЗОК (ДЛЯ СТРОКУ ЛІКУВАННЯ НЕ МЕНШ 14 ДНІВ), ПІДВИВИХ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КУПРИКА)	5
Примітка: при рецидивах підвивиха хребця, Страхова виплата по ст. 62 не здійснюється.		
63	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО ПОПЕРЕЧНОГО АБО ОСТИСТОГО ВІДРОСТКА	5
64	ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ	15
65	УШКОДЖЕННЯ КУПРИКА:	
	а) підвивих куприкових хребців	5
	б) вивих куприкових хребців	5
	в) перелом куприкових хребців	10
Примітки:		
1. У тому випадку, якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, Страхова виплата здійснюється з урахуванням обох ушкоджень шляхом підсумовування.		
2. Якщо в результаті однієї травми відбудеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперечних або остистих відростків, Страхова виплата проводиться по статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ		
66	ПЕРЕЛОМ ЛОПАТКИ, КЛЮЧИЦІ, ПОВНИЙ АБО ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО, ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СПОЛУЧЕНЬ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного сполучення	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох сполучень або перелом, вивих однієї кістки і розрив одного сполучення, перелоמו-вивих ключиці	10
	в) розрив двох сполучень і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного сполучення	15
	г) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб)	15
Примітка: Страхова виплата у зв'язку з переломом, що не зрісся (несправжній суглоб) є додатковою і здійснюється у тому випадку, якщо це ускладнення травми буде встановлено лікувально-профілактичною установі після 6 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
67	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА (СУГЛОБОВОЇ ЗАПАДИНИ ЛОПАТКИ, ГОЛІВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, АНАТОМІЧНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ, ГОРБИКІВ, СУГЛОБОВОЇ СУМКИ):	

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів, у 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), перело-м-вивих плеча	15
68	УШКОДЖЕННЯ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) звичний вивих плеча	15
	б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	в) "розбвтаний" плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	40
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.68 виплачується додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з ушкодженнями області плечового суглоба в тому випадку, якщо перераховані у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичною установою після закінчення 6 місяців з дати травми і підтверджені довідкою цієї установи.		
2. Страхова виплата при звичному вивиху плеча здійснюється у тому разі, якщо він наступив протягом 3 років після первинного вивиху, що стався в період дії Договору. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилось його вправлення. При рецидивах звичного вивиху плеча Страхова виплата не здійснюється.		
ПЛЕЧЕ		
69	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15
	б) подвійний перелом	20
70	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, ЯКИЙ СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	45
Примітка: Страхова виплата по ст.70 здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення будуть зафіксовані у висновку лікувально-профілактичної установи після закінчення 9 місяців з дати травми.		
71	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 здійснюється по ст.71, то додаткова Страхова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
72	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА:	
	а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	5
	б) відрив кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
	г) перелом плечової кістки	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками	20
Примітка: якщо в результаті однієї травми мають місце різні ушкодження, вказані у ст.72, Страхова виплата проводиться відповідно до підпункту, що враховує найбільш важке ушкодження.		
73	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів у суглобі	20
	б) "розбвтаний" ліктьовий суглоб, у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	30
Примітки: Страхова виплата по ст.73 здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеної у 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 з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		

Продовження таблиці

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
74	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ (ВЕРХНЯ, СЕРЕДНЯ, НИЖНЯ ТРЕТИНА):	
	а) перелом, вивих однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
75	ПЕРЕЛОМ, ЩО НЕ ЗРІССЯ (НЕСПРАВЖНИЙ СУГЛОБ) КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30
Примітка: Страхова виплата по ст.75 здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмою передпліччя, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі по закінченні 9 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
76	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО:	
	а) до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	65
	б) до екзартикуляції в ліктьовому суглобі	70
	в) до ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
Примітка: якщо Страхова виплата здійснюється по ст.76, то додаткова Страхова виплата за оперативні втручання та післяопераційні рубці не проводиться.		
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
77	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перилунарний вивих кістки	15
78	Ушкодження області променево-зап'ясткового суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) у цьому суглобі	15
Примітка: Страхова виплата по ст.78 здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеної у 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 з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
КИСТЬ		
79	ПЕРЕЛОМ АБО ВИВИХ КІСТОК ЗАП'ЯСТЯ, П'ЯСТКОВИХ КІСТОК ОДНІЄЇ КИСТІ:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більш кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, перелоמו-вивих кисті	15
Примітка: при переломі (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясткових кісток) і човноподібної кістки, загальна сума Страхової виплати обчислюється з урахуванням Страхових виплат за ушкодження, вказані у п.п. а), б), в), г) , шляхом підсумовування.		
80	УШКОДЖЕННЯ КИСТІ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба	60
	в) ампутацію однієї кисті	65
Примітка: Страхова виплата у зв'язку з переломом, що не зрісся, (несправжнім суглобом) кісток зап'ястя або п'ясткових кісток виплачується додатково по ст.80 а) у тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після закінчення 6 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
ПАЛЬЦІ КИСТІ		
ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ		
81	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відрив нігтьової пластинки	5

Продовження таблиці

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця	5
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітка: гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не є підставою для Страхової виплати.		
82	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	10
	б) відсутність рухів у двох суглобах	15
Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції 1 пальця здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеною у зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
83	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) ампутацію на рівні нігтьової фаланги	10
	б) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги)	15
	в) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
	г) ампутацію пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	25
Примітка: якщо Страхова виплата здійснена по ст.83, додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
84	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відрив нігтьової пластинки	5
	б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця	5
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, шкірний панарицій	5
Примітка: гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не є підставою для Страхової виплати.		
85	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	5
	б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця	10
Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеною у зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлено лікувально-профілактичною установою по закінченні 6 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
86	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги	5
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги	5
	в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг	10
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця	15
	д) втрату пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	20
Примітки:		
1. Якщо по ст.86 здійснюється Страхова виплата, то додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. При ушкодженні декількох пальців кисті в період дії одного договору страхування, загальна сума Страхової виплати обчислюється з урахуванням Страхових виплат за ушкодження, вказані у п.п. а), б), в), г), д) шляхом підсумовування. Однак розмір цієї загальної суми Страхової виплати не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.		
ТАЗ		
87	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА:	
	а) перелом однієї кістки	5

Продовження таблиці

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	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: розрив лобкового, крижово-клубового сполучення (сполучень) під час пологів дає підставу для Страхової виплати на загальних підставах по ст.87 б) або в).		
88	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА, ЩО СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ РУХІВ У ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБАХ:	
	а) в одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40
Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) здійснюється по ст.88 додатково до Страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмою таза, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі буде встановлено лікувально-профілактичною установою після 6 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
НИЖНЯ КІНЦІВКА		
ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
89	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: якщо в результаті однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, Страхова виплата здійснюється за підпунктом, який передбачає найбільш важке ушкодження.		
90	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів (анкілоз)	20
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) шийки стегна	30
	в) ендопротезування	40
	г) "розбавтаний" суглоб у результаті резекції голівки стегна	45
Примітки:		
1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, вказаними у ст.90, здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеної внаслідок травми суглоба.		
2. Страхова виплата по ст.90 б) здійснюється в тому випадку, якщо ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після 9 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
СТЕГНО		
91	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА:	
	а) на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина)	25
	б) подвійний перелом стегна	30
92	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА, ЩО СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	30
Примітки: Страхова виплата по ст.92 здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеної у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлено в лікувально-профілактичній установі після		
9 місяців з дати травми і підтверджено довідкою цієї установи.		
93	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 виплата була здійснена по ст.93, додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
94	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
	а) гемартроз	5

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	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
	є) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	30
Примітка: при одночасному настанні різних ушкоджень колінного суглоба, Страхова виплата здійснюється відповідно до підпункту ст.94, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
95	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 виплата по ст.95 здійснюється додатково до Страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмою цього суглоба.		
ГОМІЛКА		
96	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):	
	а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15
Примітки:		
1. Страхова виплата по ст.96 здійснюється при:		
- переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині;		
- переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні;		
- переломах великогомілкової кістки в області діафіза (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 діафіза, Страхова виплата здійснюється по ст.94 і 96 або по ст.99 і 96 шляхом підсумовування.		
97	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ, ЩО ПРИЗВІВ ДО ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІССЯ, НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБУ (ЗА ВИНЯТКОМ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ):	
	а) малогомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20
Примітки: Страхова виплата по ст.97 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у 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.		
98	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 виплата була здійснена у зв'язку з ампутацією гомілки, то додаткова Страхова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ		
99	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

Продовження таблиці

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	в) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15
Примітка: при переломах кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжуються розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, здійснюється додаткова Страхова виплата у розмірі 5 % Ліміту відповідальності.		
100	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі	20
	б) "розбвтаний" 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, вказані у ст.100, Страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів ст.100, що враховує найбільш важке ушкодження.		
101	УШКОДЖЕННЯ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ:	
	а) що мало наслідком консервативне лікування	5
	б) що мало наслідком оперативне лікування	15
СТОПА		
102	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	15
Примітка: при переломах або вивихах кісток стопи, що наступили в результаті різних травм, розмір загальної Страхової виплати визначається шляхом підсумовування відсотків виплати за кожним ушкодженням.		
103	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) трьох і більш кісток, а також таранної або п'яtkової кістки	15
	в) артродез підтаранного суглоба, в поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	20
	ампутацію на рівні:	
	г) плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	30
	д) плеснових або заплеснових кісток	40
	е) таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50
Примітки:		
1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.103 (а), б), в)), виплачується додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо такі ускладнення будуть визначені лікувально-профілактичною установою після 6 місяців з дати травми і підтверджені довідкою цієї установи, а по підпунктах г), д), е) ст.103 - незалежно від строку, що пройшов з дати травми.		
2. У тому випадку, якщо Страхова виплата здійснюється у зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ПАЛЬЦІ СТОПИ		
104	ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ ФАЛАНГИ (ФАЛАНГ), УШКОДЖЕННЯ СУХОЖИЛЛЯ (СУХОЖИЛЬ):	
	а) одного пальця	5
	б) двох-трьох пальців	5
	в) чотирьох-п'яти пальців	10
105	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦІВ СТОПИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
	Першого пальця:	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба	10

Продовження таблиці

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
	Другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:	
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно-фалангового суглобів	10
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
	е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно-нігтьових суглобів	20
Примітка:		
1. Якщо Страхова виплата здійснюється по ст.105, то додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. Якщо, у зв'язку з травмою, була зроблена ампутація пальця з плесною кісткою або її частиною, додатково проводиться Страхова виплата у розмірі 5 % Ліміту відповідальності.		
ТЕРМІЧНІ ТА ХІМІЧНІ ОПІКИ		
106	ПОВЕРХНЕВІ УШКОДЖЕННЯ (I, II, III, IIIA СТУПЕНЯ) ДО 12 % ПОВЕРХНІ ТІЛА	
	а) поверхневі ушкодження II ступеня від 1% до 6 % поверхні тіла та III, IIIA ступеня до 1 % поверхні тіла	1
	б) поверхневі ушкодження II ступеня від 7% до 12 % поверхні тіла та III, IIIA ступеня від 2 % до 6 % поверхні тіла	3
	в) поверхневі ушкодження III, IIIA ступеня: 7% - 12% поверхні тіла	5
107	ІНШІ УШКОДЖЕННЯ ВІД ОПІКІВ	
	а) глибокі ушкодження (IIIБ, IV ступеня) на площі до 6% поверхні тіла	5
	б) ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10
	в) ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
	г) ушкодження площею від 60 % поверхні тіла і більше, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
108	ОПІКОВА ХВОРОБА, ОПІКОВИЙ ШОК	
		10
Примітка: Страхова виплата по ст.108 здійснюється додатково до Страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.		
ОБМОРОЖЕННЯ		
109	ОБМОРОЖЕННЯ	
	1 ступеня площею понад 2 см ²	1
	2 ступеня площею понад 2 см ²	3
	3 ступеня	7
	4 ступеня	10
110	УСКЛАДНЕННЯ МІСЦЕВОГО ХАРАКТЕРУ ПРИ 3, 4 СТУПЕНЯХ ОБМОРОЖЕННЯ	
	раньова інфекція (анаеробна, гнилиста, гнійна)	15
	ішемія кінцівки (нейроваскуліт, змінення дотичної чутливості)	20
111	УСКЛАДНЕННЯ ЗАГАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ ПРИ 3, 4 СТУПЕНЯХ ОБМОРОЖЕННЯ	
	запалення легенів	10
	сепсис	20
	емболія	10
	гострий міоглобурійний нефроз	10
112	ЧАСТКОВЕ ВІДТОРГНЕННЯ ОРГАНУ ВНАСЛІДОК ОБМОРОЖЕННЯ:	
	вушної раковини	15
	від 1/3 до 2/3 носа	30
	статевого члена	30
113	ПОВНЕ ВІДТОРГНЕННЯ ОРГАНУ ВНАСЛІДОК ОБМОРОЖЕННЯ:	
	вуха	30
	носа	40
	статевого члена	50

Стаття	Характер травматичного ушкодження	Розмір страхової виплати, % Страхової суми
ІНШЕ		
114	УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	5
	в) остеомієліт, у тому числі гематогенний остеомієліт	10
Примітки:		
1. Страхові виплати по ст.114 здійснюються 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 здійснення Страхової виплати.		
115	ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК, ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК, АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК, ЩО РОЗВИВСЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ	5
Примітка: Страхова виплата по ст.115 проводиться додатково до Страхових виплат, проведених у зв'язку з відповідною травмою.		
116	ВИПАДКОВЕ ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ, АСФІКСІЯ (ЗАДУХА), КЛІЩОВИЙ АБО ЕНЦЕФАЛІТ ПІСЛЯ ЩЕПЛЕННЯ (ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТ), УРАЖЕННЯ ЕЛЕКТРОСТРУМОМ (АТМОСФЕРНОЮ ЕЛЕКТРИКОЮ), УКУСИ ЗМІЙ, ОТРУЙНИХ КОМАХ, ПРАВЕЦЬ, БОТУЛІЗМ (ПРИ ВІДСУТНОСТІ ДАНИХ ПРО УРАЖЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ЗАЗНАЧЕНИХ ПОДІЙ КОНКРЕТНИХ ОРГАНІВ)	
	при стаціонарному лікуванні протягом:	
	а) 6-10 днів	5
	б) 11-20 днів	10
	в) 21-30 днів	15
	г) понад 31 день	25
Примітка. Якщо у медичній довідці зазначено, що події, вказані у ст.116, спричинили ушкодження конкретних органів Застрахованої особи, то Страхова виплата проводиться згідно з відповідними статтями даної таблиці. При цьому, Страхова виплата по ст. 116 не проводиться.		
117	БУДЬ-ЯКИЙ НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК, ЩО СТАВСЯ ІЗ ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ У ПЕРІОД ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, НЕ ЗАЗНАЧЕНИЙ У ЦІЙ ТАБЛИЦІ, АЛЕ ЯКИЙ ПОТРЕБУЄ СТАЦІОНАРНОГО І (АБО) АМБУЛАТОРНОГО БЕЗПЕРЕРВНОГО ЛІКУВАННЯ В ЦІЛОМУ НЕ МЕНШЕ НІЖ 5 (П'ЯТЬ) ДНІВ	0,1% за кожен день лікування
Примітка. Страхова виплата по ст. 117 проводиться одноразово по закінченні строку лікування і не може перевищувати 10% Ліміту відповідальності.		
118	ПРИ ВИНИКНЕННІ НЕОБХІДНОСТІ У ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ, НЕЗАЛЕЖНО ВІД ВИДУ УШКОДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я, ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ДОДАТКОВА СТРАХОВА ВИПЛАТА ЗА ОДНОРАЗОВЕ ОПЕРАТИВНЕ ВТРУЧАННЯ	7

Таблиця 3

РОЗМІРИ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ЗНИЖЕННІ ГОСТРОТИ ЗОРУ ВНАСЛІДОК ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ

Гострота зору		Розмір страхової виплати, % Ліміту відповідальності	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % Страхової суми
до травми	після травми		до травми	після травми	
1,0	0,9	3	0,7	0,3	10
	0,8	5		0,2	15
	0,7	5		0,1	20
	0,6	10		нижче 0,1	30
	0,5	10		0,0	40
	0,4	10		0,6	0,5

Продовження таблиці

Гострота зору		Розмір страхової виплати, % Ліміту відповідальності	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % Страхової суми	
до травми	після травми		до травми	після травми		
	0,3	15		0,4	5	
	0,2	20		0,3	10	
	0,1	30		0,2	10	
	нижче 0,1	40		0,1	15	
	0,0	50		нижче 0,1	20	
0,9	0,8	3	0,5	0,0	25	
	0,7	5		0,4	5	
	0,6	5		0,3	5	
	0,5	10		0,2	10	
	0,4	10		0,1	10	
	0,3	15		нижче 0,1	15	
	0,2	20		0,0	20	
	0,1	30		0,4	0,3	5
	нижче 0,1	40			0,2	5
0,0	50	0,1	10			
0,8	0,7	3	0,3	нижче 0,1	15	
	0,6	5		0,0	20	
	0,5	10		0,2	5	
	0,4	10		0,1	5	
	0,3	15		нижче 0,1	10	
	0,2	20		0,0	20	
	0,1	30		0,2	0,1	5
	нижче 0,1	40			нижче 0,1	10
0,0	50	0,1	0,0	20		
0,7	0,6		3	нижче 0,1	10	
	0,5	5	0,0	20		
	0,4	10	нижче 0,1	20		

Примітки:

- 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 з дати травми. Після закінчення цього строку, Застрахована особа 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, 15 а), 19.
- Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то вважається, що вона була такою, як у неушкодженого. Однак якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижчою, ніж ушкодженого, вважається, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.
- Якщо в результаті травми були ушкоджені обидва ока і дані про гостроту зору до травми відсутні, вважається, що гострота їх зору складала 1,0.
- У тому випадку, якщо, у 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.

РОЗ'ЯСНЕННЯ ДО ТАБЛИЦЬ 1, 2, 3 РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- Рішення про здійснення Страхової виплати і її розмір приймається із застосуванням вказаних вище Таблиць 1, 2, 3 розмірів страхових виплат, надалі – **Таблиці**, за умови, що це передбачено Договором страхування, надалі – **Договір**. Для ухвалення відповідного рішення, Страховику надаються медичні та інші документи, зазначені у Договорі.

2. У медичних документах мають бути зазначені: дата і обставини заявленого випадку (травми або іншого ушкодження здоров'я), повний діагноз, час початку і закінчення лікування, результати діагностичних досліджень (рентгенографії, КТ, МРТ, аналізів тощо) і назви лікувальних заходів. Діагноз того або іншого ушкодження, встановлений Застрахованій особі, вважається достовірним у тому випадку, якщо він встановлений медичним працівником, який має на це право на підставі характерних для даного ушкодження об'єктивних симптомів (ознак).
3. Відомості з Таблиць не застосовуються і відповідна Страхова виплата не здійснюється у тих випадках, коли факт одержання того або іншого ушкодження в період дії Договору встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених в отриманні виплати осіб, навіть якщо зазначені повідомлення і скарги зафіксовані письмово, зокрема, у медичних документах.
4. Відомості з Таблиць не застосовуються і відповідна Страхова виплата не здійснюється через ушкодження, одержання яких Застрахованою особою не може бути ідентифіковане за місцем і часом за допомогою інформації, зазначеної в медичних документах, зокрема, "мікротравми", "хронічна травматизація", "потертості", "омозоліlostі" тощо.
5. Страхові виплати при ушкодженнях хребта, спинного мозку і його корінців, що настали без зовнішнього впливу: наприклад, травми внаслідок піднімання важких предметів, - не здійснюються.
6. При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) обов'язковою умовою застосування відповідних пунктів Таблиць є рентгенологічне підтвердження зазначених ушкоджень. У випадку відмови Застрахованої особи від рентгенологічного дослідження і відсутності у неї медичних протипоказань до подібного дослідження, Страхові виплати відповідно до зазначених пунктів не здійснюються.
7. Страхова виплата у зв'язку з вивихом кістки, вправленим медичним працівником без попередньої рентгенографії, може бути зроблена тільки у виняткових випадках: за наявності медичного документа, що підтверджує це, вказує на причини, через які не могло бути зроблене рентгенівське обстеження, і містить опис об'єктивних симптомів, характерних для конкретного виду вивиху, і методики, що застосовувалася при його вправленні.
8. Повторні переломи (рефрактури) однієї й тієї ж кістки, що є наслідком травми, отриманої в період дії Договору, дають підставу для здійснення Страхової виплати тільки в тому разі, якщо, відповідно до представлених рентгенограм, буде встановлено наступне: 1) зрощення відломків кістки по закінченні лікування попередньої травми; 2) наявність нової лінії (ліній) перелому кістки на рентгенограмах, зроблених після повторної травми. При цьому, зсув відломків кістки після повторної травми лінією (лініями) раніше отриманого перелому, у т. ч. разом з ушкодженими або неушкодженими конструкціями, що застосовувалися для остеосинтезу, свідчить про незрощення відломків після первинного перелому і не дає підстав для здійснення Страхової виплати у зв'язку з переломом, оскільки він стався до настання заявленого випадку.
9. У загальному випадку, якщо отримані в результаті одного випадку ушкодження різного характеру і локалізації передбачені у різних пунктах Таблиць, розмір Страхової виплати визначається підсумовуванням розмірів, зазначених у відповідних пунктах.
10. У загальному випадку, якщо ушкодження одних тканин, одного органа, одного анатомічного утворення (кістки, сухожилля, нерва тощо), одного відділу або сегмента опорно-рухового апарату, отримане Застрахованою особою в результаті настання одного випадку, зазначене в різних підпунктах одного і того ж пункту, розмір Страхової виплати визначається тільки відповідно до одного підпункту, що передбачає виплату в найбільшому розмірі, - за винятком переломів кісток, відривів кісткових фрагментів, коли розмір Страхової виплати визначається аналогічно п.9 цих Роз'яснень.
11. Якщо, у зв'язку з отриманим Застрахованою особою ушкодженням здоров'я, здійснювалися оперативні хірургічні втручання, додаткова страхова виплата за оперативне втручання здійснюється однократно.
12. Страхові виплати не здійснюються у разі зазначення у медичних документах таких поверхневих пошкоджень шкіряних покривів, як "садна", "подряпини" тощо.
13. При визначенні розміру Страхової виплати з урахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідним пунктом Таблиць, враховується тільки лікування, призначене медичним працівником, який має на це право, та яке відповідає, за даними медичної науки, характерові ушкодження, отриманого Застрахованою особою, з періодичним (не рідше одного разу на 10 днів) контролем його ефективності медичним працівником відповідної кваліфікації. В окремих випадках, з урахуванням особливостей ушкодження, проведеного лікування, місцезнаходження Застрахованої особи, безперервним може бути визнане лікування з контрольними оглядами через проміжок часу, що перевищує 10 днів.
14. Періодичні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання розвитку захворювань (наприклад, сказу), не є лікуванням ушкоджень. Тому час їхнього проведення при визначенні строку безперервного лікування не враховується.

15. Видалення, резекція, ампутація під час операції з приводу травми імплантованого або протезованого до травми органа до Страхових випадків не відноситься. Страхова виплата за цих умов може бути здійснена тільки внаслідок фактично проведеного оперативного втручання.

16. Якщо, після здійснення Страхової виплати, буде надана нова заява і медичні документи, що дають підставу для здійснення Страхової виплати, у зв'язку з тим же ушкодженням, у більшому розмірі, то розмір додаткової виплати визначається з вирахуванням суми Страхової виплати, визначеної (виплаченої) раніше.

17. Розмір Страхової виплати у зв'язку із травмою конкретного органу не може перевищувати розміру Страхової виплати, передбаченого у разі втрати цього органу.

18. Тілесні ушкодження, які ускладнюються розвиненими до укладення Договору захворюваннями: цукровим діабетом та (або) облітеруючим ендартеріїтом, облітеруючим атеросклерозом, трофічними порушеннями іншого походження, - дають підставу для зменшення Страхової виплати на 50% від розміру, передбаченого Таблицями. Це положення не застосовується у випадках, коли зазначені захворювання є лише супутніми, тобто не впливають на тривалість, протікання процесу відновлення і характер наслідків ушкодження.

19. При патологічних переломах і вивихах кісток, Страхова виплата здійснюється тільки в тому випадку, якщо захворювання, що послужило їхньою причиною, розвинулося (було вперше виявлене) в період дії Договору. При цьому, Страхова виплата зменшується на 50% порівняно з розміром, передбаченим Таблицею 2 для переломів і вивихів здорових кісток (включаючи виплати, пов'язані з їхнім лікуванням).

20. Якщо, згідно з окремими статтями Таблиць, висновок щодо здійснення додаткових Страхових виплат на користь Застрахованої особи має бути здійснено не раніше закінчення конкретного строку після дати травми (ушкодження здоров'я), то відповідний медичний огляд цієї особи (для надання такого висновку) повинен проводитись не пізніше 12 (дванадцяти) місяців з дати травми.

21. Якщо, внаслідок ушкодження здоров'я при настанні нещасного випадку, Застрахованій особі у встановленому порядку призначено конкретний перелік лікувальних заходів, і ця особа відмовилась від зазначеного лікування, що у подальшому призвело до погіршення її стану здоров'я, то Страховик звільняється від зобов'язань щодо здійснення Страхової виплати, пов'язаної зі збільшенням обсягу тілесних ушкоджень, викликаних такою відмовою від лікування.