

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ  
«У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ» № 18.1.24

ІЗ ОСОБИСТОГО СТРАХУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ПОЇЗДОК ПО ТЕРИТОРІЇ  
УКРАЇНИ  
(код страхового продукту 733)

м. Київ

«24» травня 2024 р.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

1.1. У цих Загальних умовах страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ» № 18.1.24 із особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України (код страхового продукту 733) (надалі – Загальні умови страхового продукту) та Договорі особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ» (код страхового продукту 733) (надалі – Договір) терміни та визначення вживаються в таких значеннях:

1.1.1. **Страховик** – ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (надалі – НАСК «ОРАНТА») (місцезнаходження: 02081, м. Київ, вул. Здобунівська, 7Д, код ЄДРПОУ - 00034186, поточний рахунок № UA463057490000002650230547101 в АТ «БАНК КРЕДИТ ДНІПРО», web-сайт [www.oranta.ua](http://www.oranta.ua)).

1.1.2. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком Договір. Страхувальники можуть укладати зі Страховиком договори страхування третіх осіб – повнолітніх та неповнолітніх осіб (Застрахованих осіб).

1.1.3. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком Договір. Страхувальником може бути - громадянин України, іноземний громадянин або особа без громадянства.

1.1.4. **Застрахована особа** - фізична особа на користь якої укладено Договір. Застрахованою особою може бути Страхувальник або інша особа.

1.1.5. **Страхова премія (страховий платіж, внесок)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

1.1.6. **Гранична сума виплати** – страхова сума, що зменшена на суму попередніх страхових виплат.

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

1.1.8. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

1.1.9. **Нещасним випадком** за Договором є раптові непередбачувані події, включаючи протиправні дії третіх осіб, що фактично відбулися в період дії Договору та спричинили смерть або розлад здоров'я Застрахованої особи, викликаний ушкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату, заподіяними зовнішнім впливом (впливом зовнішніх факторів). Нещасними випадками є також випадкове потрапляння у дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, тепловий удар, опік, укуси тварин, комах, змій, обмороження, ураження електричним струмом і блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком харчової токсикоінфекції).

1.1.10. **Травматичні ушкодження** – ушкодження м'яких тканин, органів та систем організму зовнішніми чинниками, а саме: власне травми, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими) чи ліками; наслідки укусів тварин, отруйних комах чи змій, які сталися під час дії Договору.

1.1.11. **Розлад здоров'я** – погіршення фізичного або психічного здоров'я, що виникло у Застрахованої особи внаслідок хвороби або нещасного випадку.



00034186 - ПАТ "НАСК  
"ОРАНТА"  
№03-04-53/7 від 24.05.2024  
КЕП (Підписання): Мейзнер  
Я. Я. 24.05.2024 16:23  
4CBDD207000000000000  
00000000000000000001

1.1.12. **Гостре захворювання** – різке погіршення стану здоров'я у зв'язку з раптовим розладом здоров'я Застрахованої особи, що становить загрозу її життю та здоров'ю і потребує надання невідкладної медичної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання.

1.1.13. **Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до тяжкого та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи тяжких ускладнень внаслідок гострого захворювання, травми або смерті.

1.1.14. **Невідкладна допомога** – це комплекс лікувально-діагностичних заходів, включаючи реанімаційні заходи, які надаються Застрахованій особі при невідкладному стані, що виникає внаслідок гострих захворювань, загострення хронічної хвороби, нещасних випадків і спрямовані на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших пошкоджень.

1.1.15. **Невідкладний стан** – це стан, при якому існує безпосередня загроза життю Застрахованої особи, яка без своєчасної медичної допомоги може призвести до смерті або інвалідності Застрахованої особи.

1.1.16. **Сервісна компанія** - асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика щодо забезпечення надання медичних та інших послуг (далі - медична послуга) Застрахованим особам і координує їх дії у разі настання страхового випадку (далі – Сервісна служба).

1.1.17. **Медичний заклад** - заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Сервісною службою укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам. Перелік медичних закладів України, з якими Страховик має договірні відносини, розміщений на офіційному сайті НАСК «ОРАНТА» [www.oranta.ua](http://www.oranta.ua). Класифікація медичних закладів, в яких може здійснюватися обслуговування Застрахованих осіб за Договором наступна:

1.1.18. Медичні заклади категорії В – клініки відомчої форми власності;

1.1.19. Медичні заклади категорії С – клініки державної та комунальної форми власності;

1.1.20. Медичні заклади категорії А – комерційні клініки середньої цінової категорії;

1.1.21. Медичні заклади категорії А1 – комерційні клініки низької цінової категорії.

1.1.22. Місце постійного проживання Застрахованої особи в Україні - територія де фактично постійно проживає Застрахована особа.

1.1.23. **SP-TUR** - відпочинок, пов'язаний із заняттями ризиковими видами спорту на аматорському (любительському) рівні та на гірськолижних курортах (альпінізм, дельтапланеризм, стрибки з парашутом, бейсджампінг (стрибки з парашутом на гірські вершини з подальшим спуском на лижах), хеліскіінг та хелібордінг (стрибок з гелікоптера та спуск на лижах чи сноуборді з нерозвіданих схилів), підводні види спорту (дайвінг, кейв-дайвінг (дайвінг у підводних печерах), серфінг, рафтінг).

1.1.24. **SP** - професійні заняття спортом (змагання, збори спортивних команд, спортивні та військові учбові заклади).

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

1.1.26. **Період страхового покриття** - період часу, протягом якого діє страхове покриття та протягом якого може настати страховий випадок, що буде підставою для здійснення Страховиком страхового відшкодування відповідно до умов Договору.

1.1.27. **Місце постійного проживання Застрахованої особи** – місце (місто, село, селище, тощо), в якому Застрахована особа проживає в цілому не менше 183 днів протягом календарного року і може це підтвердити (паспорт громадянина України з місцем реєстрації (прописки), довідка внутрішньо-переміщеної особи, договір оренди приміщення тощо).

## 2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Договір укладається в письмовій формі з дотриманням вимог чинного законодавства України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

2.2. Договір укладається на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування, отриманої за відповідними класами та ризиками у межах цих класів страхування, що зазначені у Договорі.

2.3. Договір укладається українською мовою, з дотриманням вимог законодавства України про мови. Текст Договору є суцільно пов'язаним, не містить подвійного тлумачення одних і тих самих положень, суперечностей або неузгодженостей між пунктами, у ньому не використовувалися речення або словосполучення, що призводять до неоднозначного розуміння змісту Договору. У разі виникнення

подвійного тлумачення умов Договору такі неоднозначні умови щодо обов'язків Страхувальника тлумачаться на користь Страхувальника.

2.4. Договір укладається в електронній формі через програмне забезпечення страхового посередника (надалі – Повіреного) і складається з: Індивідуальної пропозиції щодо укладання договору особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733; Полісу особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733 та Пропозиції (Оферти) укласти договір особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733.

2.5. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або Повіреного про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за Договором.

2.6. Для укладання Договору Страхувальник заявляє про свій намір укласти договір страхування та надає Повіреному інформацію, необхідну для укладання Договору у формі електронного документа або паперового документа.

2.7. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний:

2.7.1. повідомити Повіреному всі відомі обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, якщо ці обставини невідомі та/або не можуть бути відомими Страховику/Повіреному. Істотними визнаються обставини, зазначені у Договорі, в тому числі відомості про об'єкт страхування, інформацію про обраний Страхувальником Пакет страхування, строк дії Договору;

2.7.2. надати Повіреному інформацію з документів, що засвідчують особу Страхувальника (паспорту, довідки про присвоєння Страхувальнику РНОКПП).

2.8. Якщо після укладення Договору буде встановлено, що Страхувальник навмисно надав Повіреному неправдиві відомості про обставини, зазначені у п. 2.7 цих Загальних умов страхового продукту, та/або навмисно приховав від Повіреного обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику у страховій виплаті.

2.9. Укладення Договору здійснюється шляхом акцепту Страхувальником індивідуальної пропозиції укласти Договір, яка формується після одержання Повіреном через інформаційно-телекомунікаційну систему (далі - ІТС) Повіреного даних від Страхувальника, необхідних для формування індивідуальної пропозиції та підписується Повіреном шляхом застосування удосконаленого електронного підпису (надалі – УЕП). При цьому індивідуальна пропозиція укласти договір містить посилання на Оферту, яка є невід'ємною її частиною, та які разом містять істотні умови Договору передбачені законодавством, і висловлюють намір Страховика, вважати себе зобов'язаним у разі її прийняття. Здійсненням акцепту пропозиції Страховика укласти Договір Страхувальник підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду з усіма умовами Оферти, а також своє вільне волевиявлення стосовно її прийняття.

2.10. Індивідуальною пропозицією в розумінні Договору за цим Продуктом є електронна онлайн форма проекту Полісу, що формується в ІТС Повіреного і відображається Страхувальнику в інтерфейсі ІТС Повіреного у сформованому вигляді з наданими Страхувальником індивідуальними даними, необхідними для укладання Договору.

2.11. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником пропозиції укласти Договір вважається підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (разовим ідентифікатором, ОТР паролем), яким є дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності та використовуються для підписання Договору (шляхом введення у відповідну графу в ІТС Повіреного значення одноразового ідентифікатора (разового ідентифікатора, ОТР паролю), отриманого у вказаний Страхувальником спосіб (одночасне відправлення ОТР-паролю на номер телефону Страхувальника, що зазначений у проекті Полісу або Індивідуальної пропозиції на e-mail Страхувальника, зазначений у проекті Поліса), та відправкою його разом з електронним повідомленням від Страхувальника в ІТС Повіреного, а також сплата Страхувальником страхового платежу (через електронні платіжні системи банківських установ або платіжні системи Portmone, EasyPay, LiqPay, ін.).

2.12. Фіксація акцепту Оферти здійснюється Повіреном в електронному вигляді і зберігається в інформаційно-телекомунікаційній системі Повіреного, а також передається у вигляді реєстру (упорядкованих інформаційних даних з ІТС Повіреного) до Страховика. Сторони погоджуються, що

виписки з інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика/Повіреного можуть використовуватись як докази при розгляді спорів, у тому числі в судовому порядку.

2.13. Після здійснення акцепту, Страхувальнику на вказану ним адресу електронної пошти направляється Поліс. Договором особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України, страховий продукт «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ» є Індивідуальна пропозиція Страховика, акцептована Страхувальником згідно з умовами Оферти. Візуальною формою Договору є Поліс, підписаний Повіреним шляхом застосування УЕП, який направляється Страхувальнику для підтвердження укладення Договору на його електронну адресу. Оферта є невід'ємною частиною Полісу.

2.14. Договір, дата та час його укладання в електронній формі (підписання Договору Страхувальником шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (разовим ідентифікатором, ОТР паролем) та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Повіреним та Страхувальником, зберігаються в електронній базі Повіреного. Протокол підписання зберігається в ІТС Повіреного. Всі протоколи (файли, у яких синхронізується та накопичується інформація щодо укладених договорів страхування) надаються Повіреним за запитом Страховика за кожним окремим Договором. Страховик по API (інтерфейс прикладного програмування) також має право самостійно вивантажувати інформацію щодо укладених договорів страхування з Повіреним та зберігати у своїй ІТС.

2.15. Якщо Страхувальник під час формування Договору в полях з інформацією, яку запитує Повірений для укладання Договору, розмістить/введе інформацію, яка за змістом не відповідає назві відповідного поля, то така інформація є недійсною та не створює для Страховика/Повіреного жодних правових наслідків і не підлягає виконанню та застосуванню.

2.16. Страховик приймає на себе зобов'язання на письмову вимогу Страхувальника відтворити примірник Договору на паперовий носій, а також упродовж п'яти робочих днів з дня отримання такої вимоги передати Страхувальнику підписаний Страховиком (підпис засвідчений печаткою) примірник Договору нарочно або поштовим відправленням з описом вкладення.

2.17. Зміни до Договору, а також його дострокове припинення (в тому числі припинення Договору до початку його дії) здійснюється на підставі письмової заяви Страхувальника. Зміни до Договору вносяться в електронній формі шляхом оформлення Додаткової угоди про викладення Договору в новій редакції або в паперовому вигляді шляхом оформлення Додаткової угоди. Страховик розглядає Заяву від Страхувальника та складає Додаткову угоду до Договору в паперовій або електронній формі за наявності умов, визначених Договором.

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

3.1. Договори за страховим продуктом «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ» укладаються на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання) від 29.04.2024 року, в тому числі за класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», ризиком в межах класу: страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання (надалі – Клас 1) та класом страхування 2 – «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» (надалі – Клас 2), ризиком в межах класу: медичне страхування (надалі – Клас 2).

3.2. Згідно з Договором Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж у визначені Договором строк і розмірі та виконувати інші умови Договору і Загальних умов страхового продукту, а Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату в порядку і на умовах, визначених Договором.

3.3. Страхувальником є дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком Договір особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України. Дані про Страхувальника зазначені у Договорі.

3.4. Договір діє на умовах, в тому числі зазначених у Додатку 1 та Додатку 2 до цих Загальних умов страхового продукту. Страхувальник має право обрати Варіант страхування і ряд додаткових умов страхування, передбачених Договором. Обрані Страхувальником умови страхування зазначаються у Договорі і визначають конкретні умови страхування.

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

3.6. **Об'єктом** страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, а саме: витрати на надання Застрахованій особі необхідної допомоги (в тому числі медичної) в обсязі та на умовах, передбачених Договором.

#### **4. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

3.1. Страховими випадками за Договором не визнаються події, що відбулися внаслідок або під час:

3.1.1. навмисних дій Застрахованої особи або спадкоємців Застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку;

3.1.2. самогубства, спроби самогубства Застрахованої особи, крім випадків, якщо Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

3.1.3. вчинення Застрахованою особою, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

3.1.4. безпосереднього або опосередкованого впливу військових дій, вторгнення, дії іноземних агресорів (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту, повстання, масових заворушень, порушення громадського порядку, страйку, стану облоги або окупації, спроби повалення уряду, диверсії;

3.1.5. безпосередньої участі у воєнних діях, під час проходження застрахованим військової служби або участі у територіальній обороні, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, арешту, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин);

3.1.6. ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин, променевих уражень;

3.1.7. будь-яких терористичних дій або будь-яких інших дій за політичними мотивами незалежно від того, брала в них участь чи ні Застрахована особа;

3.1.8. впливу радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання;

3.1.9. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, токсичного впливу транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин не було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

3.1.10. керування Застрахованою особою будь-якими транспортними засобами без відповідної підготовки та посвідчення на право керування або передачі нею керування особі, яка не має відповідної підготовки та посвідчення або знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;

3.1.11. участі Застрахованої особи у парі та виконання будь-яких ризикованих дій за умовами парі;

3.1.12. дій Застрахованої особи, направлених на невинуватий ризик (за винятком випадків рятування життя іншої особи);

3.1.13. заняття спортом відповідно до пп. 1.1.23., 1.1.24, якщо це не зазначено у Договорі;

3.1.14. вроджених вад;

3.1.15. вживання Застрахованою особою лікарських препаратів без призначення лікаря, самолікування або лікування особою, що не має таких повноважень, окрім випадків, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

3.1.16. польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить як пасажир у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення.

3.2. За страховим випадком відповідно до п. 1.3.2 Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з витратами:

3.2.1. на медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, здійснене за місцем її фактичного проживання та у радіусі 50 (п'ятдесят) кілометрів від місця її фактичного проживання;

3.2.2. на медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, яке не є невідкладним і призначене не внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку;

3.2.3. пов'язані з епідемією, забрудненням навколишнього середовища та стихійним лихом;

3.2.4. пов'язані з наслідками алкоголізму та сп'яніння, вживання ліків і наркотичних засобів без призначення лікаря;

3.2.5. на лікування психічних розладів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для рятування життя Застрахованої особи, а також на лікування депресії;

3.2.6. на діагностику та лікування вроджених, хронічних захворювань та хвороб, що почалися ще під час перебування в місці постійного проживання, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для рятування життя Застрахованої особи;

3.2.7. пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, зокрема: аборт, пологи (за винятком випадків, коли проведення аборту було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням з метою рятування життя Застрахованої особи);

- 3.2.8. лікуванням дермато-венеричних та інших інфекційно-вірусних захворювань, що передаються статевим шляхом;
- 3.2.9. лікуванням будь-яких опортуністичних хвороб Застрахованої особи, пов'язаних з ВІЛ інфекцією;
- 3.2.10. на водолікування, геліотерапію, косметичне лікування;
- 3.2.11. на протезування, придбання протезів та ортопедичних апаратів;
- 3.2.12. на щеплення та лікування зубів, крім випадків, пов'язаних з лікуванням гострого зубного болю;
- 3.2.13. на застосування способів лікування, офіційно не визнаних наукою й медициною;
- 3.2.14. на лікування, призначене та здійснене особою, з якою Застрахована особа перебуває у родинних стосунках.
- 3.3. За Договором не можуть бути Застраховані особи, які:
- 3.3.1. є громадянами Російської Федерації або Республіки Білорусь, окрім осіб, які мають чинну посвідку на тимчасове проживання в Україні, та проживають в Україні не менше, ніж 15 років;
- 3.3.2. є громадянами Ісламської Республіки Іран, КНДР, Республіки Союзу М'янма;
- 3.3.3. мають спадкові захворювання, порушення хромосомного набору, вроджені аномалії розвитку;
- 3.3.4. визнані у встановленому порядку недієздатними особами;
- 3.3.5. страждають на розлади психіки та поведінки, онкологічні захворювання, в тому числі онкогематологічні;
- 3.3.6. є ВІЛ-інфіковані; хворі на туберкульоз, венеричні хвороби, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
- 3.3.7. є особою з інвалідністю I, II групи, є особою з інвалідністю з дитинства;
- 3.3.8. хворіють на ревматизм, вади серця; хронічну недостатність кровообігу, починаючи зі стадії ПВ та вище; гепатит В або С, цироз печінки; інсулінозалежний цукровий діабет; гломерулонефрит, хронічну ниркову недостатність II ступеня та вище; гострий енцефаліт, розсіяний склероз; епілепсію, паркінсонізм, шизофренію; хворобу Бехтерева, склеродермію, системний червоний вовчак; мають трансплантовані органи (окрім зубів, волосся і шкіри);
- 3.3.9. на момент укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);
- 3.3.10. мають вік менше ніж 1 (один) рік та більше ніж 80 (вісімдесят) повних років;
- 3.3. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:
- 3.4.1. звернення Застрахованої особи за отриманням медичних послуг, які не передбачені умовами Договору.
- 3.4.2. несвоєчасне повідомлення Страхувальником / Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на те причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 3.4.3. порушення Застрахованою особою рекомендацій лікаря або Сервісної служби;
- 3.5. Страховик не відшкодовує:
- 3.5.1. моральні збитки та упушену вигоду, благодійні внески.
- 3.5.2. якщо у період дії Договору Застрахованій особі встановлено інвалідність I, II та III групи або встановлено інвалідність дитині, не відшкодовуються будь-які діагностичні, консультативні та лікувальні заходи, які спрямовані на диспансерне спостереження та лікування захворювання відносно якого встановлено групу інвалідності.
- 3.5.3. якщо Застрахованій особі до моменту укладання Договору встановлено інвалідність III групи, Страховик не відшкодовує будь-які діагностичні, консультативні та лікувальні заходи, які спрямовані на диспансерне спостереження та лікування захворювання, відносно якого встановлено групу інвалідності.
- 3.5.4. якщо смерть або травма Застрахованої особи, прямо або побічно викликана психічним захворюванням і нещасний випадок відбувся із Застрахованою особою, яка була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент нещасного випадку.

#### 4. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА

- 4.1. Страхова сума за Договором на одну Застраховану особу зазначається у Договорі відповідно до обраних Страхувальником умов страхування.
- 4.2. За згодою Сторін страхова сума може бути збільшена протягом терміну дії Договору шляхом укладення додаткової угоди до Договору і внесення додаткового страхового платежу.
- 4.3. Страховий платіж за Договором зазначається у Полісі та Індивідуальній пропозиції.
- 4.4. Франшиза за відповідно до цих Загальних умов страхового продукту за Договором не встановлюється.

#### 5. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ПОРЯДОК ЙОГО ВНЕСЕННЯ

- 5.1. Страховий тариф за кожною Застрахованою особою зазначається у Договорі відповідно до обраних Страхувальником умов страхування.
- 5.2. Розмір та умови внесення страхового платежу (його частин) зазначається у Полісі та Індивідуальній пропозиції.

## 6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 6.1. Строк дії Договору може бути: від однієї доби до 3 місяців.
- 6.2. Конкретний проміжок часу протягом якого Договір діє зазначається у Полісі та Індивідуальній пропозиції.
- 6.3. Договір набирає чинності з дати, зазначеної у Полісі як дата початку дії Договору, але не раніше дати сплати страхового платежу. Страхове покриття починається не раніше дати, вказаної у Полісі як початок строку дії Договору, і не раніше сплати Страхувальником Страховику страхового платежу у повному обсязі, та закінчується о 24-00 годині 00 хвилин дати, вказаної у Полісі як дата закінчення строку дії Договору. Всі події, які відбулись після припинення дії Договору, не визнаються страховими випадками, а Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення за такими подіями страхових виплат за Договором.
- 6.4. Договір не діє на територіях України з обмеженим покриттям, перелік яких розміщений на офіційному сайті Страховика за умови, що Страховик наказом або рішенням Правління визначив перелік таких територій, на територіях, які перебувають у тимчасовій окупації та територіях, непідконтрольних офіційній українській владі, які визнані такими відповідно до Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» та Наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22 грудня 2022 року № 309 «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією» зі змінами та доповненнями на момент події, що має ознаки страхового випадку, а у разі їх скасування – інших аналогічних нормативних актів чинного законодавства. У будь-якому разі дія Договору не поширюється на території, що офіційно оголошені зонами бойових дій, воєнних конфліктів, зонами, що підпадають під санкції ООН.

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

- 7.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:**
- 7.1.1. Отримати страхову виплату в порядку, передбаченому Договором;
- 7.1.2. Достроково припинити дію Договору згідно із законодавством України;
- 7.1.3. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору;
- 7.1.4. Одержати дублікат Договору у разі його втрати.
- 7.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**
- 7.2.1. Ознайомитися з умовами Договору і Загальними умовами страхового продукту;
- 7.2.2. Вносити страхові платежі у розмірах і у строки, визначені Договором;
- 7.2.3. При укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;
- 7.2.4. Упродовж 3 (три) робочих днів повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику (відомостей, зазначених у цьому Договорі). У разі збільшення ступеня ризику укласти на вимогу Страховика додаткову угоду до Договору і внести додатковий страховий платіж;
- 7.2.5. Повідомити Застраховану особу про укладання на її користь Договору.**
- 7.2.6. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору та Загальними умовами страхового продукту;
- 7.2.7. Виконувати в повному обсязі умови Договору. Порушення умов Договору Застрахованою особою розцінюється як порушення умов Договору самим Страхувальником;
- 7.2.8. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків унаслідок настання страхового випадку;
- 7.2.9. У разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 8 цих Загальних умов страхового продукту;
- 7.2.10. Погоджувати зі Страховиком або Сервісною службою всі дії, що пов'язані з отриманням лікування у разі раптового гострого захворювання, нещасного випадку та інших надзвичайних подій, обумовлених Договором (страховий випадок п.1.3.2 Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту);
- 7.2.11. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Сервісної служби або Страховика;

- 7.2.12. Надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;
- 7.2.13. Повідомити Страховика про настання страхового випадку відповідно до умов викладених у Розділі 8;
- 7.2.14. Після настання страхового випадку надавати Страховику всю необхідну інформацію для встановлення факту настання страхового випадку, обставин та причин його виникнення;
- 7.2.15. Надати Страховику всі документи для здійснення страхової виплати;
- 7.2.16. Повернути Страховику отриману страхову виплату в повному обсязі упродовж 30 робочих днів, якщо упродовж передбачених законодавством України строків позовної давності були виявлені обставини, що за законодавством України або відповідно до умов Договору позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на страхову виплату;
- 7.2.17. Надавати під час укладання Договору / протягом дії Договору, у разі зміни інформації/ документів, а також за вимогою Страховика всі чинні документи, дані та інформацію, необхідні Страховику для виконання обов'язків суб'єкта первинного фінансового моніторингу відповідно до чинного законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення. Повідомляти Страховика про суттєві зміни в установчих документах, структурі власності, кінцевого бенефіціарного власника, країни реєстрації (для юридичних осіб), ідентифікаційних даних, громадянства (для фізичних осіб) тощо.
- 7.2.18. При отриманні медичних послуг – Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана попередити працівників медичного закладу (лікаря) про факт страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, а також інформації про стан здоров'я Застрахованої особи, і дати дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховику.
- 7.2.19. Виконувати інші умови Договору.
- 7.3. Страховик має право:**
- 7.3.1. З'ясовувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі надані Страхувальником документи, направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання страхового випадку і визначенням розміру страхової виплати, та відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати (або відмову у здійсненні страхової виплати) до отримання всіх необхідних документів від компетентних органів, повідомивши про це Страхувальника у письмовій формі; самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин страхового випадку;
- 7.3.2. Ініціювати внесення змін до Договору і вимагати від Страхувальника внесення додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику;
- 7.3.3. Відмовити у страховій виплаті у випадках та в порядку, передбачених Договором;
- 7.3.4. Якщо Страхувальник/Застрахована особа без поважних причин не повідомила Страховика про настання страхового випадку - відмовити в страховій виплаті;
- 7.3.5. На дострокове припинення дії Договору згідно із законодавством України.
- 7.3.6. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених законодавством України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема у разі:
- 1) якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим, та / або Страхувальник не надав необхідні для здійснення належної перевірки документи чи відомості;
  - 2) якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені або подання Страхувальником чи його представником недостовірної інформації / подання інформації з метою введення Страховика в оману;
  - 3) встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
  - 4) якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.
- 7.3.7. Відмовитись від проведення підозрілої фінансової операції.
- 7.4. Страховик зобов'язаний:**
- 7.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору і Загальними умовами страхового продукту;
- 7.4.2. Упродовж двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення необхідних документів для своєчасної страхової виплати;



7.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну страхову виплату шляхом сплати Застрахованій особі пені у розмірі 0,01% суми заборгованості за кожний день прострочення, але не більше з розрахунку подвійної облікової ставки НБУ, яка діє у період, за який нарахована пеня та не більше, ніж за півроку з дати виникнення такої пені.

7.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

## **8. ПОРЯДОК ДІЙ ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

8.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку (п.1.3.1. Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту), Застрахована особа або її довірена особа (представник) зобов'язані:

8.1.1. негайно, або як тільки стане можливим, повідомити Страховика та/або цілодобову Сервісну службу Страховика за телефонами: **067 170-7337, 050 170-7337, 093 170-7337**, що вказані на першій сторінці Договору і діяти відповідно до рекомендацій Сервісної служби Страховика. Якщо Страхувальник чи Застрахована особа (довірена особа) не могли зробити з об'єктивних причин (відсутність зв'язку, за станом здоров'я), вони повинні повідомити цілодобову Сервісну службу Страховика відразу, як тільки це стане можливим;

8.1.2. Повідомити компетентні органи, офіційні державні та відомчі органи, організації (служба швидкої медичної допомоги, Поліції, МВС, ДСНС, відомчі аварійні служби, пожежна охорона або інші залежно від характеру події) за місцем настання події і забезпечити наявність документів, що підтверджують настання страхового випадку;

8.1.3. Подати письмову заяву про страхову виплату (за встановленою Страховиком формою) не пізніше 10 (десять) робочих днів від моменту настання страхового випадку. Якщо з поважних причин Страхувальник, його представник чи Застрахована особа, не змогли подати Страховику Заяву про страхову виплату у встановлений Договором термін, вони зобов'язані підтвердити це документально;

8.1.4. Надати Страховику документи, визначені в Розділі 9 цих Загальних умов страхового продукту;

8.1.5. Страхувальник повинен забезпечити участь Страховика у з'ясуванні причин настання та наслідків нещасного випадку.

8.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку (п.1.3.2 Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту), Застрахована особа або її довірена особа (представник) зобов'язані:

8.2.1. негайно зв'язатись із Сервісною службою за вказаними у Договорі телефонами: **(050) 624-96-69, (067) 624-96-69, (093) 624-96-69 (з мобільних телефонів); 044 520 29 02 або (044) 520-29-52 (у місті Києві)** або надіслати повідомлення за адресою: **dms@assist.org.ua** або на Viber, Telegram, WhatsApp за номером **067-239-76-80**, що вказані на першій сторінці Договору і повідомити таку інформацію:

- номер Договору;

- прізвище та ім'я Застрахованої особи;

- місце перебування та контактний телефон;

- докладний опис обставин, що склалися, а також характер необхідної допомоги.

8.2.2. Узгодити із Сервісною службою всі свої подальші дії з отримання невідкладної допомоги та діяти у суворій відповідності до її інструкцій і рекомендацій.

8.2.3. Вжити всіх можливих заходів з метою запобігання або зменшення збитків.

8.2.4. У випадку, якщо Застрахована особа (особисто або через свого представника) з об'єктивних та поважних причин не змогла зв'язатись із Сервісною службою для отримання необхідної медичної допомоги і була змушена самостійно оплатити вартість наданої їй невідкладної допомоги, вона повинна самостійно або через свого представника при першій же можливості повідомити Страховика або Сервісну службу про факт звернення за допомогою і про суму своїх витрат. У разі невиконання цієї вимоги набирають чинності умови п. 9.10 цих Загальних умов страхового продукту.

8.2.5. У разі самостійної оплати медичних послуг з поважних причин надати Страховику документи визначені в п. 9.3 цих Загальних умов страхового продукту.

## **9. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

9.1. Для врегулювання страхового випадку (визнання Страховиком події страховим випадком і здійснення страхової виплати) Страхувальник, Застрахована особа зобов'язані надати Страховику достовірну інформацію і документи, необхідні для підтвердження факту, причин та обставин настання страхового випадку і визначення розміру страхової виплати, а саме:

- 9.1.1. письмова заява про страхову виплату (встановленої Страховиком форми);
- 9.1.2. Поліс;
- 9.1.3. документ, що посвідчує особу - одержувача страхової виплати;
- 9.1.4. довідка про присвоєння ідентифікаційного номера одержувача страхової виплати;
- 9.1.5. для дітей віком до 16 років - свідоцтво про народження дитини або паспорт, копії паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера одного з батьків /опікунів/піклувальників.
- 9.2. Відповідно до п. 1.3.1. Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту:
  - 9.2.1. документи, зазначені у п. 9.1 цих Загальних умов страхового продукту;
  - 9.2.2. довідки та інші документи компетентних органів (органи МВС, пожежної охорони тощо), що підтверджують факт і обставини настання нещасного випадку;
  - 9.2.3. оригінал довідки від медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта, точного діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості та обсягу лікування;
  - 9.2.4. документи, які видані лікарсько-консультаційною комісією (ЛКК) або медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), що підтверджують встановлення групи інвалідності;
  - 9.2.5. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - оригінал свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документи про правонаступництво або документ, що підтверджує право на спадщину (для спадкоємців);
  - 9.2.6. матеріали слідчих та судових органів – у разі необхідності. Документи надаються, якщо у зв'язку з подією, яка призвела до страхового випадку, ведеться кримінальне провадження, розпочато розслідування слідчими органами, розпочато судовий процес або закінчено розслідування чи судовий розгляд.
- 9.3. Відповідно до п. 1.3.2. Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту в разі самостійної оплати медичних послуг:
  - 9.3.1. документи, зазначені у п. 9.1 цих Загальних умов страхового продукту;
  - 9.3.2. оригінал довідки-рахунка від медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта, точного діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, докладних відомостей про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості та вартості;
  - 9.3.3. рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;
  - 9.3.4. документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти та медичні послуги, передбачені умовами Договору (розрахунково-касові документи, товарні чеки, тощо);
- 9.4. Для прийняття обґрунтованого рішення за заявленою подією та з'ясування обставин страхового випадку Страховик має право:
  - 9.4.1. письмово вимагати подання інших документів з обґрунтуванням причин вимоги, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку;
  - 9.4.2. надсилати запити до правоохоронних органів, медичних установ, інших підприємств, установ та організацій, які володіють інформацією про обставини та причини настання страхового випадку.
- 9.5. Усі документи, перелічені у цьому розділі, повинні бути достовірними, оформленими згідно з вимогами законодавства України, засвідчені належним чином.
- 9.6. Страхова виплата як оплата медичних послуг (страховий випадок п.1.3.2 Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту), передбачених Договором і умовами Продукту, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків. Організація медичних послуг здійснюється Страховиком у медичних закладах, з якими Страховик має договірні відносини, категорії В та С. У разі неможливості організації медичної допомоги Застрахованій особі у медичному закладі категорії В або С з будь-якої причини, Страховик організовує медичну допомогу в медичному закладі категорії А або А1, з якими він має договірні відносини.
- 9.7. Надання невідкладної стоматологічної допомоги (гострий зубний біль) здійснюється Страховиком у розмірі не більше 5 % страхової суми, зазначеної у Полісі за Класом 2.
- 9.8. Якщо на дату закінчення строку Договору Застрахована особа потребує невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком Застрахована особа не підлягає евакуації в місце постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Застрахованої особи строком не більше п'яти календарних днів за умови, що такі витрати не виходять за межі страхової суми (граничної суми виплати).
- 9.9. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою) з поважних причин або за умови, що Застрахована особа узгодила суму витрат із Сервісною службою при настанні страхового випадку, витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів

документів відповідно до п. 9.3 цих Загальних умов страхового продукту, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

9.10. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою), якщо Застрахована особа без поважних причин не узгодила суму витрат із Сервісною службою та/або Страховиком, то витрати Застрахованої особи Страховиком не відшкодовуються.

9.11. При настанні страхового випадку за ризиком за Класом 1 (відповідно до п.1.3.1. Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту) розмір страхової виплати визначається наступним чином:

9.11.1. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Страховик виплачує Вигодонабувачу або спадкоємцям 100% страхової суми.

9.12. У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок нещасного випадку розмір страхової виплати визначається у відсотках від страхової суми:

9.12.1. 90% - у разі встановлення першої групи інвалідності;

9.12.2. 70% - у разі встановлення другої групи інвалідності;

9.12.3. 50% - у разі встановлення третьої групи інвалідності;

9.12.4. 90% - у разі встановлення первинної інвалідності неповнолітній Застрахованій особі.

9.13. У разі отримання травми Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати обчислюється згідно з Таблицею страхових виплат при настанні страхового випадку (Додаток 2 до Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733) відповідно до діагнозу отриманої травми в межах страхової суми.

9.14. Страхові виплати за нещасним випадком здійснюються незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

9.15. Якщо після здійснення страхової виплати з'явилися підстави для виплати у більшому розмірі за цим страховим випадком, то Страховик здійснює страхову виплату за вирахуванням раніше здійснених виплат за цим страховим випадком.

9.16. Страховик приймає рішення про страхову виплату (складає страховий акт) або відмову у страховій виплаті впродовж 15 робочих днів від дня одержання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання, причини, обставини та наслідки страхового випадку.

9.17. Страхова виплата здійснюється на підставі заяви про страхову виплату Застрахованої особи та складеного Страховиком страхового акта, із визначенням розміру страхової виплати; Страховик здійснює страхову виплату впродовж 10 (десять) робочих днів після прийняття рішення (складання страхового акта).

9.18. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик надсилає Страхувальнику та Застрахованій особі у письмовій формі з обґрунтуванням причин упродовж 10 (десять) робочих днів від дня його прийняття.

9.19. Страхову виплату може одержати інша особа, призначена Застрахованою особою, спадкоємцями на законних підставах.

9.20. За кожним окремим видом страхування загальна сума страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору, не повинна перевищувати страхової суми, встановленої Договором.

9.21. Розрахунок страхової виплати здійснюється в межах страхових сум (граничних сум виплат) за кожним окремим класом страхування.

9.22. Якщо на момент настання страхового випадку за всіма або будь-яким ризиком, передбаченим п. 1.2. Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту виявиться, що є інші чинні договори страхування від нещасних випадків та медичного страхування зі Страховиком за всіма або будь-яким ризиком, передбаченим п. 1.2. Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту щодо Застрахованої особи, зазначеної у Полісі, то страхове відшкодування буде виплачене лише за одним договором страхування від нещасних випадків та медичного страхування, який був укладений першим.

## **10. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ**

10.1. Усі зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Сторін шляхом укладення додаткової угоди до Договору і внесення додаткового страхового платежу (якщо така сплата передбачена умовами додаткової угоди). Після укладення додаткової угоди вона стає невід'ємною частиною Договору.

10.2. Дія Договору припиняється і втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

10.2.1. закінчення строку дії Договору;

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

- 10.2.3. смерті Застрахованої особи – фізичної особи чи втрати нею дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 10.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 10.2.5. ухвалення судового рішення про визнання Договору недійсним;
- 10.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.
- 10.3. 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.
- 10.4. 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. 56 Закону України «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.
- 10.5. В разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені (чи будуть здійснені) за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає сплачені ним страхові платежі повністю.
- 10.6. 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 період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені (чи будуть здійснені) за Договором.
- 10.7. Витрати, безпосередньо пов'язані з укладенням і виконанням Договору, становлять **35%**.
- 10.8. 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 виплаті страхового відшкодування).
- 10.9. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від нього без пояснення причин, крім випадків, якщо:
- 10.9.1. строк дії Договору становить менше 30 календарних днів;
- 10.9.2. Страхувальник повідомив Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором;
- 10.9.3. наявні випадки, визначені абзацом другим частини першої статті 97 Закону України «Про страхування», у яких Страхувальник має право відмовитися від договору страхування протягом 45 днів.
- 10.10. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.
- 10.11. У разі відмови Страхувальника від Договору, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
- 10.12. Відносини між Страховиком та Страхувальником можуть вирішуватись як шляхом підписання окремих угод або додаткових договорів до Договору, так і шляхом обміну інформацією відносно умов Договору зі Страхувальником через web-сайт Страховика: [www.oranta.ua](http://www.oranta.ua).
- 10.13. Сторони домовились, що розміщення інформації на офіційному сайті Страховика щодо Територій з обмеженим покриттям є зміною умов до Договору та не передбачає укладання окремих додаткових договорів до Договору. Перелік Територій з обмеженим покриттям затверджується наказом або рішенням Правління Страховика по Компанії та застосовується з 00 годин 00 хвилин 2-го (другого) дня, що слідує за днем розміщення сканованої копії такого наказу/рішення правління на офіційному сайті Страховика.
- 10.14. Страхувальник має право достроково припинити дію Договору в будь-який момент, не враховуючи вимоги п. 10.3 цих Загальних умов страхового продукту, у разі незгоди зі зміненням переліком Територій з обмеженим покриттям. У такому разі Страховик повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору, за вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, але без відрахування нормативних витрат на ведення справи.

## 11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

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

11.2. 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.

11.3. У випадку виникнення обставин непереборної сили (форс-мажорні обставини), якщо будь-яка із таких обставин безпосередньо вплинула на належне виконання Стороною обов'язків в строки, встановлені у Договорі, Сторона для якої настали ці обставини, не буде нести відповідальність за повне або часткове невиконання такого зобов'язання. При цьому строк виконання таких зобов'язань відкладається на час дії таких обставин.

11.4. Сторона, для якої настала неможливість виконання зобов'язань, повинна відразу, але не пізніше 7 (семи) днів з моменту настання, в письмовій формі повідомити іншу Сторону про обставини, можливого строку дії і закінчення вищевказаних обставин. Обставини непереборної сили (форс-мажорні обставини) повинні бути підтверджені сертифікатом Торгово-промислової палати України.

## Додаток 1

### до Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733

#### 1. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЗА ПРОДУКТОМ. СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ

1.1. Основні умови страхування за страховим продуктом «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733, визначаються цим Додатком 1 до Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733 (далі – Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту).

1.2. Страховими ризиками за умовами Продукту є:

1.2.1. нещасний випадок із Застрахованою особою (Клас 1);

1.2.2. розлад здоров'я, а саме: невідкладні стани, що виникли внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку під час поїздок по території України та загрожує життю Застрахованої особи і потребує надання невідкладної медичної допомоги (Клас 2).

1.3. Страховими випадками за Договором є подія, що мала місце під час дії Договору, а саме:

1.3.1. Нещасний випадок:

1.3.1.1. «Травма» - травматичне ушкодження Застрахованої особи та інший розлад здоров'я (згідно з Таблицею страхових виплат при настанні страхового випадку, що є Додатком 2 до Загальних умов страхового продукту) внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;

1.3.1.2. «Інвалідність» - стійка втрата працездатності Застрахованою особою (встановлення первинної інвалідності I, II, III групи; встановлення первинної інвалідності дітям) внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;

1.3.1.3. «Смерть» - смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;

1.3.2. Звернення Застрахованої особи за невідкладною медичною допомогою у зв'язку із розладом здоров'я та необхідністю сплати вартості невідкладної допомоги під час її поїздки по території України.

1.4. За умовами Продукту можливі наступні варіанти страхування:

ВАРІАНТ I	ВАРІАНТ II
<ul style="list-style-type: none"> <li>смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;</li> <li>травматичне ушкодження Застрахованої особи та інший розлад здоров'я (згідно з Таблицею страхових виплат при настанні страхового випадку Додатку 2 до Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733) внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;</li> <li>Звернення Застрахованої особи за невідкладною</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;</li> <li>травматичне ушкодження Застрахованої особи та інший розлад здоров'я згідно з Таблицею страхових виплат при настанні страхового випадку Додатку 2 до Загальних умов страхового продукту «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733) внаслідок нещасного випадку під час поїздок</li> </ul>

<p>медичною допомогою у зв'язку із розладом здоров'я та необхідністю сплати вартості невідкладної допомоги під час її поїздки по території України.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Звернення Застрахованої особи за невідкладною медичною допомогою у зв'язку із розладом здоров'я та необхідністю сплати вартості невідкладної допомоги під час її поїздки по території України.</li> </ul>	<p>по території України;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● стійка втрата працездатності Застрахованою особою (встановлення первинної інвалідності I, II, III групи; встановлення первинної інвалідності дітям) внаслідок нещасного випадку під час поїздок по території України;</li> <li>● Звернення Застрахованої особи за невідкладною медичною допомогою у зв'язку із розладом здоров'я та необхідністю сплати вартості невідкладної допомоги під час її поїздки по території України.</li> </ul>
--	--

1.5. Відповідно до п.1.3.2 цього Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту при настанні страхового випадку Страховик здійснює Страхувальнику/Застрахованій особі оплату вартості таких медичних послуг:

1.5.1. **Швидка (невідкладна) медична допомога** - передбачає забезпечення та оплату вартості надання першої медичної допомоги виїзних загально-профільних та спеціалізованих бригад швидкої медичної допомоги при станах, загрозливих для життя Застрахованої особи (при невідкладному стані), потерпілої від нещасних випадків або при гострих захворюваннях, або при загостренні хронічного захворювання, а також транспортування в медичний заклад для подальшого проходження лікування.

1.5.2. **Поліклініка** - амбулаторно-поліклінічне лікування, що передбачає забезпечення та оплату вартості медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних умовах та/або при лікуванні у денному стаціонарі в такому обсязі: консультації лікарів, проведення лабораторно-інструментальних досліджень, лікувальних процедур, забезпечення медикаментами у розмірі 10% страхової суми за медичним страхуванням, що зазначена у Договорі. Дані медичні послуги надаються у медичних закладах категорій В, С, А, А1.

1.5.3. надання невідкладної стоматологічної допомоги (гострий зубний біль) - у розмірі не більше 5 % страхової суми зазначеної у Договорі за Класом 2.

1.5.4. **Стаціонар** - забезпечення та оплата вартості медичних послуг в умовах стаціонару (як загальносоматичного профілю, так і в спеціалізованих відділеннях медичних закладів), а саме: проведення сучасних діагностичних (лабораторних, апаратних та інструментальних) досліджень, консультації фахівців відповідного профілю, оперативне та/або консервативне лікування, лікувальні маніпуляції та процедури, забезпечення медикаментами, перебування в палатах та харчування стандартне, передбачене медичним закладом; транспортування Застрахованої особи до іншого медичного закладу за призначенням лікаря. Дані медичні послуги надаються у медичних закладах категорій В, С, А, А1.

1.5.5. **Транспортування Страхувальника/Застрахованої особи до місця фактичного постійного проживання.** Транспортування Застрахованої особи здійснюється тільки в тому випадку, коли за медичними показниками Страхувальник/Застрахована особа не може самостійно дістатися до місця постійного проживання. У випадку, коли Страхувальник або Застрахована особа відмовляється від транспортування до Медичного закладу в місце постійного проживання, Страховик звільняється від обов'язку здійснювати оплату медичних послуг.

1.6. Страховим випадком визнається подія (або декілька подій) передбачена п.1.3. цього Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту, що відбулася (відбулися) у період його дії, якщо за відповідним класом страхування за Договором визначено варіант страхування (при страхуванні від нещасного випадку) страхову суму, страховий тариф та розмір страхового платежу.

1.7. Події, передбачені у п.1.3.1.2 та п. 1.3.1.3 цього Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту, також визнаються страховими випадками, якщо вони сталися протягом 1 (одного) року з дня настання нещасного випадку, який мав місце під час дії Договору та мають причинно-наслідковий зв'язок.

1.8. Якщо на страхування прийнята Застрахована особа, якій встановлено III групу інвалідності, то страховим випадком відповідно до цієї особи не вважається встановлення I або II групи інвалідності з причин захворювань і станів, що відбулися до початку дії Договору.

1.9. Можливі варіанти страхових сум за однією Застрахованою особою за Продуктом у діапазоні:

Вид страхування	Розміри страхових сум, грн	
	Мінімальний розмір страхової суми, грн.	Максимальний розмір страхової суми, грн.
Нещасний випадок	500,00	50 000,00
Медичне страхування	5 000,00	50 000,00

1.10. Договір може бути укладено на певну групу осіб (колектив). При цьому до такої групи (колективу) застосовуються умови, визначені цими Загальними умовами страхового продукту.

При страхуванні групи осіб (колективу) до Полісу укладається Додаток 1 «Перелік Застрахованих осіб», який є невід'ємною частиною Договору. При цьому кожній Застрахованій особі з переліку осіб надається ІНФОРМАЦІЙНА КАРТКА для Застрахованої особи за Договором особистого страхування фізичних осіб під час поїздок по території України за страховим продуктом «У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733, яка є невід'ємною частиною Договору та носить інформативний характер.

1.11. Перелік медичних закладів знаходиться за посиланням:

<https://apifalcon.oranta.ua/files/23135a35-4467-4b5c-b8c7-1c3a519cc11b>

**Додаток 2**  
до Загальних умов страхового продукту  
«У ВІДПУСТКУ З ОРАНТОЮ», код страхового продукту 733

**Таблиця страхових виплат при настанні страхового випадку**

Таблиця 1

№ статті	Найменування	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
1	2	3
<b>Травми кісток черепа, нервової системи</b>		
<b>1.</b>	<b>Перелом кісток черепа:</b>	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння;	<b>5</b>
	б) склепіння;	<b>15</b>
	в) основи;	<b>20</b>
	г) склепіння і основи.	<b>25</b>
<b>2.</b>	<b>Внутрішньочерепні травматичні гематоми:</b>	
	а) епідуральна;	<b>10</b>
	б) субдуральна, внутрішньомозкова;	<b>15</b>
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова).	<b>20</b>
<b>3.</b>	<b>Ушкодження головного мозку:</b>	
	а) струс головного мозку при терміні стаціонарного лікування від 3 до 13 днів;	<b>3</b>
	б) струс головного мозку при терміні стаціонарного лікування 14 і більше днів;	<b>5</b>
	в) ушиб головного мозку і субарахноїдальний крововилив;	<b>10</b>
	г) невидалені сторонні тіла з порожнини черепа (крім шовного і пластичного матеріалу);	<b>15</b>
	д) розміжчування речовини головного мозку (без описання симптоматики).	<b>50</b>
	<b>Примітки:</b>	
	1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.	
	2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснюється за одним з підпунктів, в якому враховане найтяжче ушкодження.	
	При ушкодженнях, вказаних у різних статтях цього Додатку, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	

4.	<p><b>Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:</b></p> <p>а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років;  б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту;  в) епілепсії;  г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки);  д) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті);  е) моноплегії (параліча однієї кінцівки);  ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції);  з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними в цій статті, проводиться за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у випадку, коли вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3-х місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи.  Загальна сума страхової виплати не може перевищувати 100% страхової суми.</p> <p>2. У випадку, коли Страхувальником подані довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, страхова виплата проводиться за статтями 1, 2, 3, 5, 6 цього Додатку і цієї статті шляхом підсумовування.</p> <p>3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми, страхова виплата проводиться з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями цього Додатку шляхом підсумовування.</p>	<p>5 10 15 30 40 60 70 100</p>
5.	<p><b>Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно – мозкових нервів.</b></p> <p><b>Примітка:</b> якщо ушкодження черепномозкових нервів настало при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється згідно із статтею 1 цього Додатку. Дана стаття при цьому не застосовується.</p>	10
6.	<p><b>Ушкодження спинного мозку на будь – якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:</b></p> <p>а) струс спинного мозку;  б) ушиб спинного мозку;  в) здавлення спинного мозку, гематомієлія, поліомієліт;  г) частковий розрив спинного мозку;  д) повний розрив спинного мозку.</p> <p><b>Примітка:</b></p> <p>1. У тому випадку, коли страхова виплата була проведена згідно з підпунктами а, б, в, г цієї статті а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст.4 цього Додатку, що підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, страхова виплата за ст.4 цього Додатку здійснюється додатково до виплаченого раніше.</p> <p>2. Якщо у зв'язку із травмою хребта і спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково виплачується 15% страхової суми одноразово.</p>	<p>5 10 30 50 100</p>
7.	<p><b>Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів).</b></p>	5



8.	<p><b>Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:</b></p> <p>а) травматичний плексит сплетіння;  б) частковий розрив сплетіння;  в) повний розрив сплетіння;</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Статті 7 та 8 цього Додатку одночасно не застосовуються.  2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою не дають підстав для страхової виплати.</p>	<p>10 40 70</p>
9.	<p><b>Розрив нервів:</b></p> <p>а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті руки;  б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів;  в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів;  г) одного: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегового;</p>	<p>5 10 20 25</p>
	<p>д) двох і більше: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегового.</p> <p><b>Примітка:</b> ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи і кисті руки не дає підстав для страхової виплати.</p>	<p>40</p>
<b>Травми органів зору</b>		
10.	<p><b>Параліч акомодациї одного ока.</b></p>	<p>15</p>
11.	<p><b>Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія)</b></p>	<p>15</p>
12.	<p><b>Звуження поля зору одного ока:</b></p> <p>а) неконцентричне;  б) концентричне.</p>	<p>10 15</p>
13.	<p><b>Пульсуючий екзофтальм одного ока.</b></p>	<p>20</p>
14.	<p><b>Ушкодження ока, що не призвело до зниження гостроти зору:</b></p> <p>а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема;  б) проникаюче поранення очного яблука, опіки I-III ступеню, гемофтальм.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Опіки ока без зазначення ступеню, а також опіки ока I ступеню, що не призвели до паталогічних змін, не дають підстав для страхової виплати.  2. У випадку, коли узгодження, перелічені цій статті, призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст.20 цього Додатку. Дана стаття при цьому не застосовується. Якщо у зв'язку з ушкодженням очного яблука проводилася страхова виплата згідно з цією статтею, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для страхової виплати в більшому розмірі, то така виплата зменшується на раніше виплачену суму.  3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для страхової виплати.</p>	<p>3 5</p>
15.	<p><b>Ушкодження сльозопровідних шляхів одного ока:</b></p> <p>а) що не призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів;  б) що призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів.</p>	<p>5 10</p>
16.	<p><b>Наслідки травми ока:</b></p> <p>а) кон'юктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт;  б) дефект райдувної оболонки, зміщення кришталіка, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот віка, невидалені сторонні тіла в очному яблуці та на тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та вік (крім шкіри).</p> <p><b>Примітки:</b></p>	<p>5 10</p>

	<p>1. Якщо внаслідок однієї травми настане декілька паталогічних змін, перелічених у цій статті, страхова виплата здійснюється з урахуванням найтяжчого наслідку одноразово.</p> <p>2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше, ніж через три місяці після травми ока встановить, що мають місце паталогічні зміни, що перелічені у статтях 10, 11, 12, 13, 15б, 16 цього Додатку і зниження гостроти зору, то страхова виплата проводиться з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше 50% за одне око.</p>	
17.	<b>Ушкодження ока (очей), що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, що мали зір не нижче 0,01.</b>	<b>100</b>
18.	<b>Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.</b>	<b>10</b>
19.	<b>Перелом орбіти ока.</b>	<b>10</b>
20.	<p><b>Зниження гостроти зору (Таблиця 2 цього Додатку).</b></p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Рішення про страхову виплату у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше 3-х місяців від дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеної травми. В таких випадках попередньо може бути проведена страхова виплата з урахуванням факту травми за статтями 14, 15а, 19.</p> <p>2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче, ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.</p> <p>3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0.</p> <p>4. У випадку, коли у зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована коригуюча лінза, страхова виплата проводиться з урахуванням гостроти зору до операції.</p>	
<b>Травми органів слуху</b>		
21.	<p><b>Ушкодження вушної раковини, що призвели до:</b></p> <p>а) перелому хряща;  б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини;  в) відсутності 1/3 - 1/2 частини вушної раковини;  г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини.</p> <p><b>Примітка:</b> рішення про страхову виплату згідно з підпунктами б, в, г цієї статті приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата проведена згідно з цією статтею, ст.58 цього Додатку не застосовується.</p>	<p><b>3</b>  <b>5</b>  <b>10</b>  <b>30</b></p>
22.	<p><b>Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:</b></p> <p>а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м;  б) шепітна мова – до 1 м;  в) цілковита глухота (розмовна мова - 0).</p> <p><b>Примітка:</b> рішення про страхову виплату у зв'язку із зниженням слуху внаслідок травми приймається після закінчення лікування, але не раніше 3-х місяців від дня одержання травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до ЛОР-лікаря для визначення наслідків перенесеної травми. В таких випадках попередньо може бути проведена страхова виплата з урахуванням факту травми відповідно до умов цієї статті та підпункту а статті 24 цього Додатку (якщо є підстави).</p>	<p><b>5</b>  <b>15</b>  <b>25</b></p>
23.	<p><b>Розрив однієї барабанної перепонки, що настав внаслідок травми і не призвів до зниження слуху.</b></p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перепонки та настало</p>	<b>5</b>

	зниження слуху, страхова виплата розраховується відповідно до ст.22 цього Додатку. Дана стаття в такому випадку не застосовується.	
24.	<b>Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:</b> а) гострого гнійного отиту; б) хронічного отиту. <b>Примітка:</b> страхова виплата згідно з підпунктом б цієї статті проводиться у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-лікарем через три місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата з урахуванням факту травми проводиться за відповідною статтею цього Додатку.	3 5
<b>Травми органів дихальної системи</b>		
25.	<b>Підвищих носової перегородки, перелом носового хряща, кісток носу, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки.</b> <b>Примітка:</b> якщо у зв'язку з травмою хряща носу станеться його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу й результатами лікарського огляду, страхова виплата проводиться згідно із цією статтею та ст.58 цього Додатку (якщо є підстави для застосування цієї статті) шляхом підсумовування.	5
26.	<b>Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:</b> а) з однієї сторони; б) з обох сторін. <b>Примітки:</b> 1. Пневмонія, що розвинулась в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (крім ушкодження грудної клітини та органів грудної порожнини) не дає підстав для страхової виплати. 2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених у цій статті, страхова виплата за цією статтею здійснюється додатково до виплат, передбачених ст. 28, 29 цього Додатку.	5 10
27.	<b>Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвело до:</b> а) легеневої недостатності (після 3-х місяців від дня травми); б) видалення долі, частини легені; в) видалення однієї легені. <b>Примітка:</b> при страховій виплаті згідно з підпунктами б, в цієї статті, підпункт а цієї статті не застосовується.	10 40 60
28.	<b>Перелом грудини.</b>	5
29.	<b>Перелом ребер:</b> а) одного ребра; б) кожного наступного ребра. <b>Примітки:</b> 1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата проводиться на загальних умовах. 2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для проведення страхової виплати. 3. Якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість пошкоджених ребер, страхова виплата проводиться з урахуванням більшого числа пошкоджених ребер.	5 3
30.	<b>Проникаючі поранення грудної клітки, торакопсія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:</b> а) торакопсія, торакоцентез, проникаючі поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакомії; торакомія; б) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини;	5

	<p>в) при ушкодженні органів грудної порожнини; г) повторні торакомії (незалежно від їх кількості).</p> <p><b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, страхова виплата проводиться відповідно до ст.27 цього Додатку, дана стаття в такому випадку не застосовується. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакокопія, торакоцез, торакотомія, страхова виплата проводиться з урахуванням найскладнішого втручання одноразово.</p>	<p>10 15 10</p>
31.	<p><b>Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не призвели до порушення функцій.</b></p> <p><b>Примітка:</b> якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія) додатково виплачується 5% страхової суми.</p>	5
32.	<p><b>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:</b></p> <p>а) осиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж три місяці після травми; б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше , ніж шість місяців після травми.</p> <p><b>Примітка:</b> страхова виплата згідно із цією статтею проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою згідно із ст.31 цього додатку. У випадку, коли Застрахована особа у своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, необхідно одержати висновок спеціаліста по закінченні 3-х місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється згідно із ст. 31 цього Додатку.</p>	<p>10 20</p>
<b>Травми серцево-судинної системи</b>		
33.	<p><b>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не призвели до серцево-судинної недостатності.</b></p>	25
34.	<p><b>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності:</b></p> <p>а) I ступеня; б) II-III ступеня.</p> <p><b>Примітки:</b> 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. 2. Якщо в довідці лікувального закладу не вказаний ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата проводиться згідно із підпунктом а цієї статті.</p>	<p>10 25</p>
35.	<p><b>Ушкодження великих периферичних судин, що не призвели до порушення кровообігу, на рівні:</b></p> <p>а) плеча, стегна; б) передпліччя, гомілки.</p>	<p>10 5</p>
36.	<p><b>Ушкодження великих периферичних судин, що призвели до судинної недостатності.</b></p> <p><b>Примітки:</b> 1. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктвові та променеві артерії, плечоголовні, підключичні, підпахвові, стегнові й підколінні вени. 2. Якщо Застрахована особа в своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, слід одержати висновок спеціаліста. 3. Страхова виплата згідно із ст.34 цього Додатку та цією статтею</p>	20

	здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені у лікувально-профілактичних закладах по закінченні 3-х місяців після травми, та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється згідно із ст.33 та 35 цього Додатку. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою встановлення судинного русла, додатково виплачується 10% страхової суми.	
<b>Травми органів травлення</b>		
37.	<b>Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:</b> а) перелом однієї кістки, вивих щелепи; б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки. <b>Примітки:</b> 1. При переломі щелепи, що стався випадково під час стоматологічних операцій, страхова виплата здійснюється на загальних умовах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для страхової виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.	<b>5</b> <b>10</b>
38.	<b>Звичний вивих щелепи.</b> <b>Примітка:</b> при звичному вивиху щелепи страхова виплата здійснюється додатково до виплати, що проводилась згідно із ст.37 цього Додатку, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної під час дії договору страхування та протягом трьох років після неї. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.	<b>10</b>
39.	<b>Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:</b> а) частини щелепи (крім альвеолярного відростка); б) щелепи. <b>Примітки:</b> 1. При страховій виплаті у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості. 2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, процент страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування. 3. При страховій виплаті згідно із цією статтею, додаткова страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.	<b>40</b> <b>80</b>
40.	<b>Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, обмороження), що призвели до утворення рубців (незалежно від їх розміру).</b>	<b>3</b>
41.	<b>Ушкодження язика, що призвели до:</b> а) відсутності кінчика язика; б) відсутності дистальної третини язика; в) відсутності язика на рівні середньої третини; г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика.	<b>10</b> <b>15</b> <b>30</b> <b>60</b>
42.	<b>Ушкодження зубів, що призвели до:</b> а) відлому коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня); б) втрати: -одного зуба; -2-3 зубів; -4-6 зубів; -7-9 зубів; -10 і більше зубів. <b>Примітки:</b> 1. При переломі чи втраті внаслідок травми зубів з нез'ємними протезами страхова виплата проводиться з урахуванням втрати лише опорних зубів.	<b>3</b> <b>5</b> <b>10</b> <b>15</b> <b>20</b> <b>25</b>

	<p>При ушкодженні внаслідок травми з'ємних протезів страхова виплата не проводиться.</p> <p>2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей віком до 5-ти років страхова виплата проводиться на загальних умовах.</p> <p>3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати визначається згідно із ст.37 цього Додатку та цією статтею шляхом підсумовування.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з травмою зуба була проведена виплата згідно із підпунктом а цієї статті, а в подальшому цей зуб був видалений, то із суми, належної до виплати, вираховується раніше виплачена.</p> <p>Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб був імплантований, то страхова виплата здійснюється на загальних умовах згідно із цією статтею. У випадку видалення цього зуба, додаткова виплата не здійснюється.</p>	
43.	<b>Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогас, розкопів, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунка, що не призвели до функціональних порушень.</b>	5
44.	<p><b>Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:</b></p> <p>а) звуження стравоходу;</p> <p>б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу.</p> <p><b>Примітка:</b> процент страхової виплати згідно із цією статтею визначається не раніше, ніж через 6-ть місяців від дня травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється попередньо відповідно до ст .43 цього Додатку, та цей відсоток вираховується, коли приймається остаточне рішення.</p>	40 100
45.	<p><b>Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвело до:</b></p> <p>а) холецистити, дуоденіту, гастриту, парапроктиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту;</p> <p>б) рубцьового звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопроехідного отвору;</p> <p>в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності;</p> <p>г) кишкового свища, кишково – піхвового свища, свища підшлункової залози;</p> <p>д) протиприродного заднього проходу (колостоми).</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах а, б, в цієї статті, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченні 3-х місяців після травми, а передбачені в підпунктах г, д цієї статті– по закінченні 6-ти місяців після травми.</p> <p>Вказані ускладнення визнаються лише в тому випадку, коли вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється згідно із ст.43 цього Додатку і цей відсоток не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному підпункті, то страхова сума виплачується одноразово.</p> <p>Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних підпунктах цієї статті, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	5 10 25 50 100
46.	<p><b>Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою або стан після операції з приводу такої грижі.</b></p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата згідно із цією статтею виплачується додатково до</p>	10

	страхової виплати, призначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми. 2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для страхової виплати.	
47.	<b>Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:</b> а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвивався безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатозу; б) печінкової недостатності.	5 10
48.	<b>Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:</b> а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура; б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура; в) видалення частини печінки; г) видалення частини печінки та жовчного міхура.	15 20 25 35
49.	<b>Ушкодження селезінки, що призвело до:</b> а) підкапсульного розриву селезінки, що не потребував оперативного втручання; б) видалення селезінки.	5 30
50.	<b>Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишківника, брижі, що призвели до:</b> а) утворення псевдокісти підшлункової залози; б) резекції шлунку, кишківника, підшлункової залози; в) видалення шлунку. <b>Примітка:</b> при наслідках травми, перелічених в одному підпункті, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	20 30 60
51.	<b>Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені:</b> а) лапароскопія (лапароцентез); б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом); в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом); г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості). <b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати згідно із ст.47-50 цього Додатку, то дана стаття (крім підпункту "г") не застосовується. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, то страхова виплата здійснюється згідно із відповідними статтями та даною статтею одноразово. 3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть пошкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата згідно із ст.55 цього Додатку (5%).	5 10 15 10
<b>Травми сечовивідної та статевої систем</b>		
52.	<b>Ушкодження нирки, що призвело до:</b> а) ушиба нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання; б) видалення частини нирки; в) видалення нирки.	5 30 60
53.	<b>Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечоспускального каналу), що призвели до:</b> а) циститу, уретриту;	5

	<p>б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу;</p> <p>в) зменшення об'єму сечового міхура;</p> <p>г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу;</p> <p>д) синодрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш – синдрому, синдрому розміжчення), хронічної ниркової недостатності;</p> <p>е) непрохідності сечовода, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, то розмір страхової виплати визначається згідно з одним із підпунктів цієї статті, що враховує найважчі наслідки.</p> <p>2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в підпунктах а, в, г, д, е цієї статті здійснюється в тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченні 3-х місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється згідно із ст.52 або ст.55а цього Додатку і цей відсоток не вираховується, коли приймається остаточне рішення стосовно страхової виплати.</p>	<p>10</p> <p>15</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>40</p>
54.	<p><b>Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:</b></p> <p>а) цистостомія;</p> <p>б) при підозрі на ушкодження органів;</p> <p>в) при пошкодженні органів;</p> <p>г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості).</p> <p><b>Примітка:</b> якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється згідно із ст.52 (б, в) цього Додатку. Дана стаття при цьому не застосовується.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>10</p>
55.	<p><b>Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:</b></p> <p>а) поранення, розрив, опік, відмороження;</p> <p>б) згвалтування особи у віці:</p> <p>-до 15-ти років;</p> <p>-від 15-ти до 18-ти років;</p> <p>-18-ть років і більше.</p>	<p>5</p> <p>50</p> <p>30</p> <p>15</p>
56.	<p><b>Ушкодження статевої системи, що призвело до:</b></p> <p>а) видалення одного ячника, маткової труби, яєчка;</p> <p>б) видалення обох ячників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена;</p> <p>в) втрати матки у жінок віком:</p> <p>-до 40 років;</p> <p>-від 40 до 50 років;</p> <p>-50 років і більше;</p> <p>г) втрати статевого члена, в т.ч. разом з яєчками.</p>	<p>15</p> <p>30</p> <p>50</p> <p>30</p> <p>15</p> <p>50</p>
57.	<p><b>Патологічні пологи, травми органів статевої системи, що призвели до:</b></p> <p>а) видалення єдиної маткової труби, єдиного яєчника;</p> <p>б) видалення обох маткових труб, обох яєчників;</p> <p>в) втрати матки (в т.ч. з придатками) у віці:</p> <p>-до 40 років;</p> <p>-від 40 до 50 років;</p> <p>-50 років і більше.</p>	<p>15</p> <p>30</p> <p>50</p> <p>30</p> <p>15</p>
<b>Травми м'яких тканин</b>		
58.	<p><b>Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:</b></p> <p>а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см;</p> <p>б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше;</p> <p>в) значного порушення косметики;</p> <p>г) різкого порушення косметики;</p>	<p>3</p> <p>5</p>



	<p>д) спотворення.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над поверхнею шкіри, стягують тканини.</p> <p><b>Спотворення</b>-це різка зміна природнього вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, то страхова виплата здійснюється з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тому чи іншому ступені.</p> <p>3. Якщо внаслідок uszkodження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була здійснена відповідна страхова виплата, а потім Застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), то страхова виплата здійснюється знову з урахуванням наслідків повторної травми.</p>	<p>10</p> <p>30</p> <p>70</p>
59.	<p><b>Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:</b></p> <p>а) від 2,0 см<sup>2</sup> до 5,0 см<sup>2</sup> або довжиною 5 см і більше;</p> <p>б) від 5,0 см<sup>2</sup> до 0,5% поверхні тіла;</p> <p>в) від 0,5% до 2,0% поверхні тіла;</p> <p>г) від 2,0% до 4,0% поверхні тіла;</p> <p>д) від 4,0% до 6,0% поверхні тіла;</p> <p>е) від 6,0 до 8,0% поверхні тіла;</p> <p>ж) від 8,0% до 10% поверхні тіла;</p> <p>з) від 10% до 15% поверхні тіла;</p> <p>і) 15% та більше поверхні тіла.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. 1% поверхні тіла Застрахованої особи дорівнює площині поверхні долоні його кисті та пальців. Ця площа визначається у квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, яка вимірюється на рівні гілок II-V п'ястних кісток (без урахування I пальця).</p> <p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантанта для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p> <p>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і т.ін.), дана стаття не застосовується.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p>
60.	<p><b>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:</b></p> <p>а) від 1% до 2% поверхні тіла;</p> <p>б) від 2% до 10% поверхні тіла;</p> <p>в) від 10% до 15% поверхні тіла;</p> <p>г) 15% і більше.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Рішення про здійснення страхової виплати згідно із ст.58, 59 цього Додатку та цією статтею приймається з урахуванням даних лікарського огляду, що проводиться після загоєння поверхонь ран, але не раніше, ніж через один місяць після травми.</p> <p>2. Загальна сума страхових виплат згідно із ст.59 цього Додатку та цією статтею не повинна перевищувати 40% страхової суми, встановленої в договорі страхування.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>

61.	<b>Опікова хвороба, опіковий шок.</b> <b>Примітка:</b> страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з опіком.	10
62.	<b>Ушкодження м'яких тканин:</b> а) невидалені сторонні тіла; б) м'язова грижа, післятравматичний періостит, нерозмоктана гематома площею не менше 2 см <sup>2</sup> ; в) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття аутотрансплантата, розрив м'язів. <b>Примітки:</b> 1. Страхова виплата у зв'язку з нерозмоктаною гематомою, м'язовою грижею або післятравматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення травми мають місце по закінченні одного місяця від дня травми. 2. Рішення про здійснення страхової виплати згідно із підпунктом б цієї статті приймається з урахуванням данх лікарського обліку, проведеного не раніше ніж через один місяць після травми.	3 3 5
<b>Травми хребта</b>		
63.	<b>Перелом, перелома – вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (крім крижів та копчика):</b> а) одного –двох; б) трьох – п'яти; в) шести і більше.	20 30 40
64.	<b>Розрив міжхребцевих зв'язок (при терміні лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (крім копчика).</b> <b>Примітка:</b> при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не здійснюється.	5
65.	<b>Перелом окремого остистого або поперекового відростка.</b>	3
66.	<b>Перелом крижів.</b>	10
67.	<b>Ушкодження копчика:</b> а) підвивих куприкових хребців; б) вивих куприкових хребців; в) перелом куприкових хребців. <b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижів та копчика) проводились оперативні втручання, то додатково виплачуються 10% страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми стався перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата здійснюється одноразово згідно із статтею, що передбачає найважче ушкодження.	3 5 10
<b>Травми верхніх кінцівок</b>		
68.	<b>Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально – ключичного, грудинно – ключичного зчленувань:</b> а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування; б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, перелома-вивих ключиці; в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування; г) незрощений перелом (псевдосуглоб). <b>Примітки:</b> 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у цій статті цього Додатку, проводились оперативні втручання, додатково виплачується	5 10 15 15

	<p>5% страхової суми одноразово.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, рішення про здійснення страхової виплати згідно із ст.59 цього Додатку приймається виходячи з результатів лікарського огляду, проведеного після загоєння рани.</p> <p>3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) здійснюється у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі по закінченні 6-ти місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу.</p> <p>Ця виплата є додатковою.</p>	
<b>Травми плечового суглоба</b>		
69.	<p><b>Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків суглобової сумки):</b></p> <p>а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча;</p> <p>б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;</p> <p>в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки), переломо-вивих плеча.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
70.	<p><b>Ушкодження плечового поясу, що призвели до:</b></p> <p>а) звичного вивиха плеча;</p> <p>б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);</p> <p>в) "бовтаючогося" плечового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що була проведена у зв'язку з ушкодженням ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичними закладом після закінчення 6-ти місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього лікувального закладу.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми.</p> <p>3. Страхова виплата в разі звичного вивиха плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3-х років після первинного вивиха, що стався під час дії договору страхування. Діагноз звичного вивиха плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилось вправлення плеча. В разі рецидивів звичного вивиха плеча страхова виплата не здійснюється.</p>	<p>15</p> <p>20</p> <p>40</p>
<b>Травми плеча</b>		
71.	<p><b>Перелом плечової кістки:</b></p> <p>а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина);</p> <p>б) подвійний перелом.</p>	<p>15</p> <p>20</p>
72.	<p><b>Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба).</b></p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що була проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9-ти місяців після травми.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми.</p>	<p>45</p>
73.	<p><b>Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:</b></p>	

	<p>а) з лопаткою, ключицею або їх частиною;  б) плеча на будь-якому рівні;  в) єдиної кінцівки на рівні плеча.</p> <p><b>Примітка:</b> якщо страхова виплата здійснювалась згідно із цією статтею, додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>	<p><b>80</b>  <b>75</b>  <b>100</b></p>
<b>Травми ліктьового суглоба</b>		
<b>74.</b>	<p><b>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:</b></p> <p>а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя;  б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростів плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки;  в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя;  г) перелом плечової кістки;  д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.</p> <p><b>Примітка:</b> у випадку, якщо внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перераховані у цій статті, то страхова виплата здійснюється у відповідності з підпунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	<p><b>3</b>    <b>5</b> <b>10</b> <b>15</b> <b>20</b></p>
<b>75.</b>	<p><b>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:</b></p> <p>а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);  б) “бовтаючийся” ліктьовий суглоб внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченні 6-ти місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p> <p>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p>	<p><b>20</b>  <b>30</b></p>
<b>Травми передпліччя</b>		
<b>76.</b>	<p><b>Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):</b></p> <p>а) перелом однієї кістки;  б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки.</p>	<p><b>5</b> <b>10</b></p>
<b>77.</b>	<p><b>Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:</b></p> <p>а) однієї кістки;  б) двох кісток.</p> <p><b>Примітка:</b> страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9-ти місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p>	<p><b>15</b> <b>30</b></p>
<b>78.</b>	<p><b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:</b></p> <p>а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні;  б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі;  в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p> <p>2. Якщо страхова виплата здійснюється згідно із цією статтею, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	<p><b>65</b> <b>70</b> <b>100</b></p>
<b>Травми променевоzap'ястного суглоба</b>		
<b>79.</b>	<p><b>Ушкодження ділянки променевоzap'ястного суглоба:</b></p>	

	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кістковогофрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки; б) перелом двох кісток передпліччя; в) перілунарний вивих кисті.	5 10 15
80.	<b>Ушкодження ділянки променевоzap'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі.</b> <b>Примітки:</b> 1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до виплати у зв'язку з ушкодженням ділянки променевоzap'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6-ть місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевоzap'ястного суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми.	15
<b>Травми кисті</b>		
81.	<b>Перелом або вивих кісток зап'ястя, п'ястних кісток однієї кисті:</b> а) однієї кістки (крім човноподібної); б) двох і більше кісток (крім човноподібної); в) човноподібної кістки; г) вивих, перелоמו-вивих кисті. <b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок травми кісток зап'ястя (п'ястних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	5 10 10 15
82.	<b>Ушкодження кисті, що призвело до:</b> а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (крім відриву кісткових фрагментів); б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ястних кісток зап'ястя або променевоzap'ястного суглоба; в) ампутації єдиної кисті. <b>Примітка:</b> страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ястних кісток здійснюється додатково згідно з підпунктом "а" цієї статті у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через три місяці від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.	10 65 100
<b>Травми пальців кисті</b>		
83.	<b>Ушкодження першого пальця, що призвело до:</b> а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожилля) розгинателя пальця; б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилля) згинателя пальця, сухожильного, суглобового, кісткового панариція. <b>Примітки:</b> 1. Гнійне запалення навколонигтьового валика (парохінія) не дає підстав для страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.	3 5
84.	<b>Ушкодження першого пальця, що призвели до:</b> а) відсутності рухів в одному суглобі;	10

	б) відсутності рухів у двох суглобах. <b>Примітка:</b> страхова виплата у зв'язку з порушенням функції першого пальця здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через 6-ть місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.	15
85.	<b>Ушкодження першого пальця, що призвело до:</b> а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги; б) ампутації на рівні нігтьової фаланги; в) ампутації на рівні міжфалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги); г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця); д) ампутації пальця з п'ястною кісткою або її частиною. <b>Примітка:</b> якщо страхова виплата проведена згідно із цією статтею, то додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні роботи не здійснюється.	5 10 15 20 25
86.	<b>Ушкодження одного пальця (крім першого), що призвело до:</b> а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожилля) розгиначів пальця; б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилля). <b>Примітки:</b> 1. Гнійне запалення навколонигтьового валика (парохінія) не дає підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.	3 5
87.	<b>Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до:</b> а) відсутності рухів в одному суглобі; б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця. <b>Примітка:</b> страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до виплати, що проведена у зв'язку з його травмою у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через 6-ть місяців від дня травми та підтверджена довідкою цього закладу.	5 10
88.	<b>Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до:</b> а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги; б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги; в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг; г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця; д) втрати пальця з п'ястною кісткою або її частиною. <b>Примітки:</b> 1. Якщо страхова виплата здійснена згідно з цією статтею, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. При пошкодженні декількох пальців в період чинності одного договору страхування, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте, розмір такої виплати не повинен перевищувати 65% страхової суми для однієї кисті та 100% страхової суми для обох.	3 5 10 15 20
<b>Травми тазу</b>		
89.	<b>Ушкодження тазу:</b> а) перелом однієї кістки; б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки; в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань. <b>Примітки:</b>	5 10 15

	<p>1. Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p> <p>2. Розрив лобкового, крижово-клубового зчленування (зчленувань) під час пологів дає підставу для здійснення страхової виплати на загальних умовах за підпунктами "б" або "в" цієї статті.</p>	
90.	<p><b>Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:</b></p> <p>а) в одному суглобі;</p> <p>б) у двох суглобах.</p> <p><b>Примітка:</b> страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) здійснюється за цією статтею додатково до страхової виплати у зв'язку з травмами таза у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через 6-ть місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.</p>	<p>20</p> <p>40</p>
<b>Травми нижніх кінцівок</b>		
91.	<p><b>Ушкодження тазостегнового суглоба:</b></p> <p>а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів);</p> <p>б) ізольований відрив рожну (рожнів);</p> <p>в) вивих стегна;</p> <p>г) перелом голівки, шийки, проксимального метафіза стегна.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми матимуть місце різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата здійснюється відповідно згідно з одним із підпунктів, що передбачає найважчі ушкодження.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>25</p>
92.	<p><b>Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:</b></p> <p>а) відсутності рухів (анкілозу);</p> <p>б) незрощеного перелому шийки стегна;</p> <p>в) ендопротезування;</p> <p>г) "бовтаючогося" суглоба внаслідок резекції голівки стегна.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у цій статті здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмами суглоба.</p> <p>2. Страхова виплата згідно з підпунктом "б" цієї статті здійснюється у тому випадку, якщо це ускладнення встановлено у лікувальному закладі, але не раніше ніж через 9-ть місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p>	<p>20</p> <p>30</p> <p>40</p> <p>45</p>
93.	<p><b>Перелом стегна:</b></p> <p>а) на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина);</p> <p>б) подвійний перелом стегна.</p>	<p>25</p> <p>30</p>
94.	<p><b>Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому.</b></p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p> <p>2. Страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення встановлюється у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше ніж через 9-ть місяців від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.</p>	30
95.	<p><b>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:</b></p>	

	<p>а) однієї кінцівки;  б) єдиної кінцівки.</p> <p><b>Примітка:</b> якщо страхова виплата була здійснена згідно із цією статтею, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	<p><b>70</b>  <b>100</b></p>
<b>96.</b>	<p><b>Ушкодження ділянки колінного суглоба:</b></p> <p>а) гемартроз, вивих надколінника;  б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, ушкодження меніска;  в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки;  г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової кістки;  д) перелом відростків стегна, вивих гомілки;  е) перелом дистального метафіза стегна;  ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. При поєднанні різних пошкоджень колінного суглоба, страхова виплата здійснюється одноразово відповідно до одного з підпунктів цієї статті, що передбачає найтяжче ушкодження.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p>	<p><b>3</b>  <b>5</b>  <b>10</b>  <b>15</b>  <b>20</b>  <b>25</b>  <b>30</b></p>
<b>97.</b>	<p><b>Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:</b></p> <p>а) відсутності рухів у суглобі;  б) “бовтаючогося” колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають;  в) ендопротезування.</p> <p><b>Примітка:</b> страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою колінного суглоба.</p>	<p><b>20</b>  <b>30</b>  <b>40</b></p>
<b>98.</b>	<p><b>Перелом кісток гомілки (крім ділянки суглобів):</b></p> <p>а) малогомілкової кістки, відриві кісткових фрагментів;  б) великогомілкової кістки, подвійний перелом малогомілкової кістки;  в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової кістки.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється у разі:  -перелому малогомілкової кістки у верхній і середній третині;  -перелому діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні;  -перелому великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині.</p> <p>2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступеневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата здійснюється згідно із цією статтею, ст.96 цього Додатку або статтями 101 та 98 цього Додатку шляхом підсумовування.</p>	<p><b>5</b>  <b>10</b>  <b>15</b></p>
<b>99.</b>	<p><b>Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (крім кісткових фрагментів):</b></p> <p>а) малогомілкової кістки;  б) великогомілкової кістки;  в) обох кісток.</p> <p><b>Примітки:</b></p> <p>1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до виплати у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше</p>	<p><b>5</b>  <b>15</b>  <b>20</b></p>



	ніж через 9 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.	
100.	<b>Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:</b> а) ампутації гомілки на будь – якому рівні; б) екзартикуляції в колінному суглобі; в) ампутації єдиної кінцівки на будь – якому рівні гомілки. <b>Примітка:</b> якщо страхова виплата була здійснена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	60 70 100
<b>Травми гомілковоступневого суглоба</b>		
101.	<b>Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:</b> а) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу; б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки; в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки. <b>Примітки:</b> 1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, що супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної допомоги та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.	5 10 15
102.	<b>Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:</b> а) відсутності рухів у гомілковоступневому суглобі; б) “бовтаючогося” гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають); в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі. <b>Примітка:</b> якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в цій статті, то страхова виплата здійснюється згідно з одним з підпунктів цієї статті, що враховує найбільш тяжкий наслідок.	20 40 50
103.	<b>Ушкодження ахіллового сухожилля:</b> а) при консервативному лікуванні; б) при оперативному лікуванні.	5 15
<b>Травми стопи</b>		
104.	<b>Ушкодження стопи:</b> а) перелом, вивих однієї кістки (крім п'яtkової і таранної); б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки; в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне – плюсневому суглобі (Лісфранка). <b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. При переломах або вивихах кісток стопи, що настали внаслідок різних травм, страхова виплата здійснюється з урахуванням факту кожної травми.	5 10 15
105.	<b>Ушкодження стопи, що призвело до:</b> а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї – двох кісток (крім п'яtkової і таранної кісток); б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток; в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба передплюсни	5 15

	(Шопара) або передплюсне – плюсневого (Лісфранка); г) ампутації на рівні: -плюсне – фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи); -плюсневих кісток або передплюсни; -таранної, п'яткової кісток (втрати стопи). <b>Примітка:</b> страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими підпунктами а, б, в цієї статті здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою стопи у тому випадку, якщо ці ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6-ть місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а у випадках, передбачених підпунктами г, д, є цієї статті- незалежно від строку, що минув після травми.	<b>20</b> <b>30</b> <b>40</b> <b>50</b>
<b>Травми пальців стопи</b>		
<b>106.</b>	<b>Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль):</b> а) одного пальця, крім першого; б) двох – трьох пальців або першого; в) чотирьох пальців (II - V). <b>Примітка:</b> якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.	<b>3</b> <b>5</b> <b>10</b>
<b>107.</b>	<b>Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:</b> а) першого пальця: -на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба; -на рівні основної фаланги або плюсне – фалангового суглоба; б) другого, третього, четвертого, п'ятого пальців: -одного – двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; -одного – двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне – фалангових суглобів; -трьох – чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; -трьох – чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне – фалангових суглобів. <b>Примітки:</b> 1. У тому випадку, коли страхова виплата здійснюється відповідно до цієї статті, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсневою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.	<b>5</b> <b>10</b> <b>5</b> <b>10</b> <b>15</b> <b>20</b>
<b>108.</b>	<b>Ушкодження, що призвело до:</b> а) утворення лігатурних свищів; б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки; в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту. <b>Примітки:</b> 1. Дана стаття застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6-ть місяців від дня травми (крім ушкодження великих периферичних судин і нервів). 2. Нагноювальні запалення пальців не дають підстав для здійснення страхової виплати.	<b>3</b> <b>5</b> <b>10</b>
<b>Інші нещасні випадки</b>		
<b>109.</b>	<b>Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.</b> <b>Примітка:</b> страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до виплат у зв'язку з травмою.	<b>5</b>
<b>110.</b>	<b>Випадкове гостре отруєння, асфікція (ядуха), кліщовий або післяприщеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних</b>	

	<p><i>комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів):</i></p> <p>а) при стаціонарному лікуванні від 2-х до 6-ти днів;  б) від 7-ми до 13-ти днів;  в) 14-ть днів і більше.</p> <p><b>Примітка:</b> якщо внаслідок випадків, вказаних у цій статті виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, страхова виплата здійснюється додатково згідно з відповідними статтями цього Додатку.</p>	<p><b>3</b>  <b>5</b>  <b>10</b></p>
111.	<i>Будь – яка травма, що сталася із Застрахованою особою в період дії договору страхування і не передбачена у цьому Додатку, але вимагала стаціонарного та/або амбулаторного безперервного лікування в цілому не менше, ніж 10 днів.</i>	<b>3</b>

**Таблиця страхових виплат при  
зниженні гостроти зору внаслідок нещасного випадку**

Таблиця 2

Гострота зору		Розмір страхової виплати, % від страхової суми
до нещасного випадку	після нещасного випадку	
<b>1,0</b>	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	нижче 0,1	40
<b>0,9</b>	0,0	50
	0,8	3
	0,7	5
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	нижче 0,1	40
<b>0,8</b>	0,0	50
	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	нижче 0,1	40
	0,0	50
<b>0,7</b>	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20

	нижче 0,1 0,0	30 40
<b>0,6</b>	0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 нижче 0,1 0,0	5 5 10 10 15 20 25
<b>0,5</b>	0,4 0,3 0,2 0,1 нижче 0,1 0,0	5 5 10 10 15 20
<b>0,4</b>	0,3 0,2 0,1 нижче 0,1 0,0	5 5 10 15 20
<b>0,3</b>	0,2 0,1 нижче 0,1 0,0	5 5 10 20
<b>0,2</b>	0,1 нижче 0,1 0,0	5 10 20
<b>0,1</b>	нижче 0,1 0,0	10 20
<b>нижче 0,1</b>	0,0	20

**Примітки:**

1. До повної сліпоти (0,0) прирівнюється гострота зору нижче за 0,01 і до світловідчуття (рахування пальців біля обличчя).
2. При видаленні в результаті травми очного яблука, що володіло до нещасного випадку зором, а також при його зморщуванні виплачується 10% страхової суми.