

## ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

### «КОМПЛЕКСНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ»

(затверджено згідно з Наказом №314/2024 від 12.11.2024, редакція діє з 13.11.2024)

#### 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**1.1.** Загальні умови страхового продукту «Комплексне медичне страхування, страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат» (далі – **Умови**) розроблені ПРИВАТНИМ АКЦІОНЕРНИМ ТОВАРИСТВОМ «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП» (далі – Страховик).

Умови розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», класу страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», класу страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» згідно з Законом України «Про страхування» № 1909-ІХ від 18.11.2021 та з врахуванням нормативно-правових актів Національного банку України та внутрішніх документів Страховика.

Страховий продукт «Комплексне медичне страхування, страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат» є страховим продуктом із нестандартними умовами, які є змінними та не однаковими для визначеного кола Страхувальників (клієнтів).

Обсяг страхового покриття, уключаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню, визначаються в Договорі страхування в разі його укладення відповідно до цих Умов.

**1.2.** За Договором страхування, укладеним відповідно до цих Умов, Страховик бере на себе зобов'язання, у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі, або іншій особі, визначеній в Договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі, у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

**1.3.** За цими Умовами та за нормами чинного законодавства України Страхувальником може бути юридична або фізична особа.

**1.4.** В цих Умовах визначаються загальні положення та порядок здійснення медичного страхування, страхування від нещасних випадків, страхування медичних витрат, конкретні умови страхування визначаються Договором страхування. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування.

#### 2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

**2.1.** Терміни, які використовуються по тексту цих Умов та в Договорах страхування, укладених відповідно до цих Умов, вживаються у наступному значенні:

**2.1.1. Застрахована особа** – фізична особа, на користь якої (за її згодою) Страхувальником укладено договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

**2.1.2. Вигодонабувач** – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.

**2.1.3. Картка Застрахованої особи** – пластикова/електронна картка, видана Страховиком Застрахованим особам за Договором страхування, призначена для ідентифікації / авторизації Застрахованої особи при зверненні в Медичні заклади. Картка Застрахованої особи засвідчує право Застрахованої особи на отримання медичних послуг згідно з обраною Програмою страхування та відповідно до умов Договору страхування.

**2.1.4. Захворювання** – погіршення у Застрахованої особи фізичного та/або психічного стану з наявністю ознак патологічного характеру з фізіологічними та/або структурними змінами на органному чи тканинному рівні викликане внутрішніми чи зовнішніми причинами, яке призводить до порушення функцій організму з вірогідністю виникнення тимчасової втрати працездатності, інвалідності або настання смерті та потребує надання кваліфікованої медичної допомоги. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану та може виступати у формі гострого захворювання, загострення захворювання або ускладнення захворювання.

**2.1.5. Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи, та причини виникнення якого ніяк не пов'язані із медичним станом Застрахованої особи, що існував до моменту початку захворювання.

**2.1.6. Загострення захворювання** – посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання кваліфікованої медичної допомоги.

**2.1.7. Ускладнення захворювання** – новий медичний стан Застрахованої особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є захворювання, що вже існувало.

**2.1.8. Хронічне захворювання** – захворювання Застрахованої особи, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

**2.1.9. Фаза ремісії** – період хронічного захворювання Застрахованої особи, який наступив самостійно або внаслідок надання медичної допомоги, для якого характерно стихання патологічних проявів захворювання, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи та відсутня безпосередня загроза для працездатності та життя Застрахованої особи.

**2.1.10. Медичний стан** – офіційно визначена лікарем та підтверджена первинною та/або вторинною медичною документацією медична характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи з точки зору необхідності надання їй певного виду медичної або іншої допомоги.

**2.1.11. Лікар** – особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (диплом про вищу медичну освіту, сертифікат спеціаліста, ліцензію тощо).

**2.1.12. Лікарські засоби** – речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.

**2.1.13. Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологам.

**2.1.14. Медичні заклади** – це лікувально-профілактичні заклади (далі - ЛПЗ), науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, які мають відповідно до законодавства України право на здійснення медичної діяльності і з якими Страховиком або представником Страховика укладені договори про надання Застрахованим особам медичної допомоги в обсязі згідно з Програмами медичного страхування.

**2.1.15. Базовий медичний заклад** – це медичний заклад вказаний в Переліку лікувально-профілактичних закладів, в якому є можливість отримати необхідний обсяг медичної допомоги, в тому числі без залучення інших медичних установ, в межах умов страхування згідно критеріїв ЛПЗ (консультація лікаря терапевта/педіатра/сімейного лікаря на дому; консультація лікаря терапевта/ педіатра/ сімейного лікаря в лікарні; консультація лікарів суміжних спеціальностей не нижче II категорії; наявність лабораторії; можливості відкриття лікарняних листків; досвід відсутності обґрунтованих скарг на роботу базового медичного закладу у клієнтів; доступність та клієнтоорієнтованість).

**2.1.16. Медична евакуація** – транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до медичного закладу, де може надаватися кваліфікована медична допомога, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи.

**2.1.17. Медичне транспортування** – перевезення Застрахованої особи та супроводжуючої її особи до чи із медичного закладу, якщо цього вимагає медичний стан Застрахованої особи.

**2.1.18. Парамедична допомога** – це допомога, яка впливає на здоров'я фізичних осіб та надається без медичного призначення особою, яка не має професійної медичної освіти.

**2.1.19. Період очікування** – період, протягом якого будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми/свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах, не можуть бути підставою для отримання страхового відшкодування протягом усього терміну дії страхового покриття. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування.

**2.1.20. Нещасний випадок** – це раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія, що фактично відбулась протягом строку дії Договору страхування внаслідок дії чинників навколишнього середовища та призвела до порушення анатомічної цілості та/або фізіологічних функцій тканин, органів, систем Застрахованої особи або її смерті, а саме: травма (перелом, вивих, розрив або розтяг сухожилля, опік, обмороження, забій, струс, розрив або поріз органів або м'яких тканин, інші ушкодження), асфіксія, укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідних тіл, ураження електричним струмом або блискавкою, утоплення, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами, ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами, грибами (за винятком харчової токсикоінфекції, дизентерії, сальмонельозу).

**2.1.21. Інвалідність** – міра втрати здоров'я у зв'язку із травмою (її наслідками), що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого виникає необхідність соціального захисту і допомоги.

**2.1.22. Смерть** – незворотне припинення життєдіяльності організму, яке є неминучою стадією його індивідуального існування.

**2.1.23. Тимчасова втрата працездатності** – неспроможність Застрахованої особи виконувати свою професійну діяльність або виконувати звичні обов'язки протягом певного проміжку часу. Тимчасова втрата працездатності має зворотний характер, тобто минає під впливом лікування та підтверджується видачею листка непрацездатності відповідно до законодавства. Для осіб, яким згідно чинного законодавства не видається листок непрацездатності, під тимчасовою втратою працездатності мається на увазі лікування у медичних закладах, що засвідчується лікарем або лікарсько-кваліфікаційною комісією.

**2.1.24. Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади здоров'я** – порушення анатомічної цілісності або фізіологічної функції тканин, органів, систем, що виникають внаслідок дії чинників навколишнього середовища.

**2.1.25. Стійка втрата працездатності** – неспроможність Застрахованої особи виконувати повсякденну діяльність способом та в об'ємі, звичайних для цієї людини, що проявляється частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації, призводить до соціальної дезадаптації та викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму. Договір страхування може бути укладений на випадок стійкої втрати професійної працездатності – нездатність Застрахованої особи до роботи за своєю професією (фахом) і кваліфікацією чи за іншою адекватною їй професією (фахом). Рішення про стійку втрату працездатності (в т.ч. професійної) приймається шляхом експертного обстеження медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) та підтверджується висновком (довідкою) МСЕК. Для осіб віком до 18 років під стійкою втратою працездатності мається на увазі видача лікарсько-консультативною комісією висновку про дитину-інваліда до 18 років.

**2.1.26. Представник Страховика** – особа, яка перебуває із Страховиком у договірних або трудових відносинах і якій Страховик делегував частину своїх зобов'язань та/або прав. Представником Страховика може бути медичний заклад, асистуюча компанія, лікар тощо.

**2.1.27. Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату ЛПЗ, Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

**2.1.28. Програма медичного страхування** – це визначений Договором страхування комплекс послуг, який надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку (далі – Програма страхування).

**2.1.29. Опція програми страхування** – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених Програмою страхування.

**2.1.30. Декларація про стан здоров'я** – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої Застрахованої особи (щодо хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя

Застрахованої особи). Декларація про стан здоров'я подається у випадках, передбачених Договором страхування та/або цими Умовами.

**2.1.31. Заява про настання події, що має ознаки страхового випадку, та на виплату страхового відшкодування** – інформація, що надається Страхувальником (його представником) у формі телефонного звернення до контакт-центру Страховика, заяви через офіційний сайт Страховика в мережі Internet та/або письмового документа встановленої Страховиком форми, що заповнюється Страхувальником (особою яка має на це право відповідно до умов Договору страхування), яка містить основні відомості про подію, захворювання, медичної допомоги та дані, необхідні для вжиття Страховиком заходів щодо оформлення всіх необхідних документів.

**2.1.32. Асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам на умовах, передбачених Договором.

**2.1.33. Компетентні органи** – офіційні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків страхових подій, розслідування причин їх виникнення, винесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до страхового випадку (наприклад, міліція, пожежна охорона, гідрометеослужба, швидка медична допомога тощо).

**2.1.34. Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

**2.1.35. Телемедицина** – комплекс організаційних, фінансових і технологічних заходів, що забезпечують надання дистанційної консультаційної медичної послуги, при якій Застрахована особа отримує дистанційну консультацію лікаря з використанням телекомунікацій.

**2.1.36. Міжнародна класифікація хвороб** (далі - МКХ) - документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Діючою вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнавати розділ МКХ.

**2.1.37. Член родини Застрахованої особи** - особи першої ступені спорідненості із Застрахованою особою - подружжя, що проживають в зареєстрованому шлюбі, діти, батьки, віком не старших 60 років якщо інше не погоджено Програмою страхування.

**2.1.38. Сторони** – Страховик та Страхувальник.

**2.1.39. Страхова виплата (страхове відшкодування)** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

**2.1.40. Страхова послуга** – вид фінансової послуги, що надається Страховиком для забезпечення потреби потенційного Страхувальника у страховому захисті на підставі Договору страхування.

**2.1.41. Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок)** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

**2.1.42. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

**2.1.43. Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування або закону. Страхове покриття за конкретним Договором страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

**2.1.44. Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від страхової суми та використовуватись як до загальної страхової суми, так і до страхової суми по кожному окремому предмету Договору страхування, в залежності від умов Договору страхування.

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

**2.1.46. Страховий інтерес** – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування, пов'язаних з відшкодуванням Страхувальником (особою, відповідальність якої застрахована) заподіяної ним (нею) шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі. Договір може бути укладено відповідно до законодавства України за умови наявності в потенційного Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована), страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

**2.1.47. Страховий продукт** – умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

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

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

**2.1.50. Страховик** – фінансова установа або філія Страховика-нерезидента, які мають право здійснювати діяльність із страхування на території України. Страховиком за Договорами страхування, укладеними згідно з цими Умовами є ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП».

**2.1.51. Страхувальник** – юридична особа та/або дієздатна фізична особа віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, яка уклала Договір страхування на користь себе або іншої третьої особи, по відношенню до якої у Страхувальника є майнові зобов'язання та прийняла умови за Договором страхування.

**2.1.52. Таємниця страхування** – сукупність інформації про клієнта (Страхувальника) та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням Договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту (Страхувальнику).

**2.1.53. Документ** – спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно: матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні).

**2.1.54. Копія документу** - це точне відтворення документа з оригіналу на папері та/або в електронній формі, в т. ч., але не виключно, шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних засобів, в т. ч., але не виключно, мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, у випадку необхідності може бути замінений оригіналом.

**2.1.55. Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія)** - візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчено електронним цифровим підписом (кваліфікованим електронним підписом).

**2.2. Терміни (визначення)**, не обумовлені цими Умовами, вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цими Умовами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

### **3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ**

**3.1.** Об'єктом страхування за Договором страхування, укладеним відповідно до Умов є життя, здоров'я та працездатність фізичних осіб.

**3.2.** Страховим ризиком є:

**3.2.1. За умовами медичного страхування:**

**3.2.1.1.** Страховим випадком є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнене захворювання або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та/або у інших випадках передбачених Програмою страхування, а саме звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного, фармацевтичного або іншого закладу.

**3.2.2. За умовами страхування медичних витрат:**

**3.2.2.1.** Страховими ризиками є ймовірність та випадковість настання наступних подій – раптового захворювання, нещасного випадку, інших подій, відшкодування витрат за якими передбачено Програмою.

**3.2.3. За умовами страхування від нещасного випадку:**

**3.2.3.1.** Страховим ризиком є нещасний випадок, а саме: раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Страхувальника/Застрахованої особи подія, що відбулась під час дії та на території дії Договору страхування, та призвела до настання Страхового випадку.

**3.3.** Страховим випадком вважається настання події за одним або кількома страховими ризиками, передбаченими Договором страхування, що призвели до погіршення стану здоров'я або смерті Страхувальника (Застрахованої особи) (далі – Подія). До страхових випадків відносяться:

**3.3.1. Страховим випадком в частині медичного страхування є звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу у зв'язку:**

**3.3.1.1.** З гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку, з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг в т.ч. наслідки військових дій для цивільних осіб у межах та в обсязі Програми медичного страхування;

**3.3.1.2.** Медичне страхування (страхування здоров'я), характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором страхування.

**3.3.1.3.** Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг, таких як: транспортування застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі.

**3.3.1.4.** Перелік можливих страхових випадків:

**3.3.1.4.1.** Гостре захворювання;

**3.3.1.4.2.** Хронічне захворювання у стадії загострення;

**3.3.1.4.3.** Хронічне захворювання поза стадією загострення;

**3.3.1.4.4.** Травматичне пошкодження або інші наслідки нещасного випадку;

**3.3.1.4.5.** Інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни та подібне);

**3.3.1.4.6.** Необхідність в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах або товарах.

**3.3.1.5.** Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта.

**3.3.1.6.** Страхування за цими Умовами може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:

**3.3.1.6.1.** Організацію послуг;

**3.3.1.6.2.** Консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів та інше);

**3.3.1.6.3.** Оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення, згідно Програми страхування;

**3.3.1.6.4.** Оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі;

**3.3.1.6.5.** Відшкодування вартості страхового випадку для Застрахованих осіб, які мають діючу програму медичного страхування на території України та перебувають за кордоном, в межах визначеного ліміту/субліміту по опції

**3.3.1.7.** Оплата вартості одержаних послуг за страховим випадком може відбуватись як шляхом відшкодування витрачених коштів Застрахованою особою, так і медичній або іншій установі на підставі Заяви Застрахованої особи.

**3.3.1.8. Перелік опцій, які можуть бути включені до Програми страхування при «загальних» та «спеціальних» соматичних захворюваннях:**

**3.3.1.8.1.** Послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги;

**3.3.1.8.2.** Невідкладна стаціонарна допомога;

**3.3.1.8.3.** Планова стаціонарна допомога;

**3.3.1.8.4.** Консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

**3.3.1.8.5.** Інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

**3.3.1.8.6.** Амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати);

**3.3.1.8.7.** Денний стаціонар та маніпуляції;

**3.3.1.8.8.** Фізіопроцедури;

**3.3.1.8.9.** Лікувальний масаж;

**3.3.1.8.10.** Лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

- 3.3.1.8.11. Оформлення медичної документації;
- 3.3.1.8.12. Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 3.3.1.8.13. Стоматологічні послуги;
- 3.3.1.8.14. Діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
- 3.3.1.8.15. Діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань;
- 3.3.1.8.16. Діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;
- 3.3.1.8.17. Діагностика та лікування ускладнень вагітності;
- 3.3.1.8.18. Діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.19. Діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.20. Діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.21. Діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.22. Діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.23. Діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.24. Діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.25. Діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.26. Діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.27. Діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору страхування;
- 3.3.1.8.28. Діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, по запиту Страховальника;
- 3.3.1.8.29. Визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах;
- 3.3.1.8.30. Планові, профілактичні, та колективні медичні послуги:**
  - 3.3.1.8.30.1. Профілактика грипу;
  - 3.3.1.8.30.2. Вітамінізація;
  - 3.3.1.8.30.3. Профілактично-оздоровчі послуги;
  - 3.3.1.8.30.4. Профілактично-оздоровчий масаж;
  - 3.3.1.8.30.5. Плановий патронаж вагітної жінки;
  - 3.3.1.8.30.6. Медична допомога при пологах;
  - 3.3.1.8.30.7. Патронаж дитини до 1 року;
  - 3.3.1.8.30.8. Планова вакцинація дитини;
  - 3.3.1.8.30.9. Профілактичний огляд за наказом МОЗ;
  - 3.3.1.8.30.10. Профілактичний огляд;
  - 3.3.1.8.30.11. Офтальмологія профілактична;
  - 3.3.1.8.30.12. Офісна аптечка;
  - 3.3.1.8.30.13. Офісний лікар;
  - 3.3.1.8.30.14. Корпоративний ліміт на виключення;
  - 3.3.1.8.30.15. Спеціальні опції;
  - 3.3.1.8.30.16. Інші опції, передбачені Договором страхування, в т.ч. бонусні опції Страховика.
- 3.3.1.8.31. Страховик має право комбінувати різні опції в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування - впроваджувати нові опції.
- 3.3.1.8.32. Детальний опис опцій страхування наводиться у Програмі страхування, яка є Додатком до Договору страхування.

### **3.3.2. Страховим випадком в частині страхування медичних витрат:**

- 3.3.2.1. Перелік витрат на медичні послуги, які відшкодовує Страховик, в разі настання страхового випадку при перебуванні Застрахованої особи за кордоном, при наявності діючого договору медичного страхування на території України. Медичні послуги, а саме амбулаторно - поліклінічна допомога, відповідно до умов Програми страхування:

- консультації лікарів, в тому числі онлайн;
- медикаментозне забезпечення;
- діагностика.

Медичні послуги надаються Застрахованій особі за самооплату, з подальшим відшкодуванням витрачених власних коштів Страховиком в межах ліміту/субліміту відповідальності Страховика, які передбачені Програмою страхування, відповідно пункту 7.3.1.

### **3.3.3. Страховим випадком в частині страхування від нещасного випадку:**

**3.3.3.1.** Є подія, передбачена Договором страхування, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась протягом строку дії Договору страхування та на території його дії, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

**3.3.3.1.1.** Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

**3.3.3.1.2.** Стійка втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (встановлення Застрахованій особі I, II, III група інвалідності).

**3.3.3.1.3.** Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (перелік пошкоджень та розмір страхових виплат зазначений у Додатку до Загальних умов страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування від нещасних випадків» «Таблиця розмірів страхових виплат при травматичних ушкодженнях та/або функціональних розладах здоров'я застрахованої особи (у % від страхової суми)» (далі – «Таблиця виплат»)).

**3.3.3.1.4.** Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності внаслідок нещасного випадку.

**3.4.** Страхове покриття включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту, які вказуються за погодженням Сторін в Договорі страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.

**3.5.** Конкретний перелік страхових випадків та страхових ризиків за кожним окремим Договором страхування визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та зазначається в такому Договорі страхування.

**3.6.** Для конкретної Застрахованої особи Договором передбачається Програма страхування, що містить перелік ризиків та обсяг видів медичної допомоги і послуг що надаються Застрахованій особі за Договором страхування, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, класи/типи медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).

**3.7.** Витрати, зазначені у п. 3.3.1.1. відшкодовуються Страховиком в межах ліміту та на умовах передбачених Програмою страхування.

**3.8.** Умови страхового покриття за конкретним Договором страхування визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування та додатках до нього, з урахуванням вимог чинного законодавства. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договору страхування, якщо інше не передбачено Програмою страхування.

**3.9.** Страхова сума встановлюється в Договорі страхування за згодою сторін при укладанні Договору страхування. Страхова сума встановлюється за кожною особою та за Договором страхування в цілому.

**3.10.** У Договорі страхування в межах страхової суми визначаються ліміти/субліміти (в тому числі грошові ліміти та негрошові ліміти, визначені кількістю послуг, які передбачені умовами опцій Програми страхування) відповідальності Страховика за окремими ризиками.

**3.11.** Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.

**3.12.** У Договорі страхування визначається територія (географічна зона), на яку поширюється страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється. Страхове покриття за цими Умовами визначається в Договорі страхування з урахуванням наступного:

**3.12.1.** Україна, окрім: тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження; територій населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення (розмежування) та територій, на яких ведуться бойові дії (перелік таких територій визначається на дату подій, що має ознаки страхового випадку, відповідно до законодавства); територій, на яких на дату настання події, що має ознаки страхового випадку, проводилась антитерористична операція або операція об'єднаних сил; територій проведення оголошеної або не оголошеної війни.

**3.12.2.** Дія Договору страхування може поширюватись на територію України. При цьому виключення окремих територій зі страхового покриття передбачається Договором страхування.



## **4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

**4.1 В частині медичного страхування та страхування медичних витрат винятками із страхових випадків є:**

**4.1.1.** Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування/Програмою страхування, страховим випадком не визнаються та не підлягають будь-який діагностиці та/або лікуванню за Договором страхування звернення з приводу зазначених у цьому пункті захворювань/травм/станів/ синдромів та їх ускладнень:

**4.1.1.1. Захворювання/травми/стани/синдроми та їх ускладнення:**

**4.1.1.1.1.** Спричинені вживанням алкоголю, наркотичних речовин, токсичних речовин, спробою самогубства (крім випадків коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб) некваліфікованого самолікування, цілительства, використання нетрадиційних методів лікування (гіпноз, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування, тощо), нанесенням собі тілесних ушкоджень (чи інших дій, спрямованих на настання страхового випадку).

**4.1.1.1.2.** Травми, отримані Застрахованою особою під час ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованої особи в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

**4.1.1.1.3.** Будь-яке захворювання чи травма, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань.

**4.1.1.1.4.** Які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://dec.gov.ua/> та на сайті МОЗ України за адресою: <https://guidelines.moz.gov.ua/>.

**4.1.1.1.5.** Коли Застрахованій особі було відомо до укладання Договору страхування про стан здоров'я, який потребує надання невідкладної медичної допомоги чи іншої медичної допомоги, інформацію про який вона або її законний представник не надали в Декларації про стан здоров'я, якщо така є частиною Заяви на страхування.

**4.1.1.1.6.** Неправильного лікування Застрахованою особою (в тому числі вживання ліків які не рекомендовані медичним(и) закладом(и) або перевищення дози прийому ліків).

**4.1.1.1.7.** Неправильне лікування медичним(и) закладом(и), розпочате до початку дії Договору страхування, яке спричинило наслідки, які підпадають під страховий випадок і розпочалися під час дії Договору страхування.

**4.1.1.1.8.** Що виникли внаслідок занять професійним спортом, занять екстремальними видами спорту та розваг (альпінізмом, спелеотуризмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, будь-якими перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою з будь-якого виду зброї, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильницьким спортом, підводними видами спорту чи розвагами, видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин) та іншими діями, які невластиві щоденній життєвій та професійній діяльності Застрахованої особи. В межах цього Договору страхування термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах.

**4.1.1.1.9.** Що прямо чи опосередковано пов'язані з: ворожими актами, будь-якими військовими заходами чи спробами їх придушення та/або їх наслідками; дією зброї будь-якого типу (крім протиправних дій третіх осіб не пов'язаних з подіями перерахованими в даному пункті, що підтверджено компетентними органами); заколотом, військовим або народним повстанням, революцією, блокадою, захопленням (узурпацією) влади, введенням воєнного або надзвичайного стану; з активною участю Застрахованої особи у терористичних актах, мітингах, демонстраціях.

**4.1.1.1.10.** Захворювання, у тому числі травми, набуті під час виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, працівники охоронних фірм, стрільками ВОХОР, а також під час проходження військової служби.

**4.1.1.1.11.** Що виникли внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф.

**4.1.1.1.12.** Особливо небезпечні інфекції згідно чинних Наказів МОЗ України.

**4.1.1.1.13.** Що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору страхування та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Програмою страхування.

**4.1.1.1.14.** Що не є результатом гострих захворювань, загострень хронічних захворювань, травм та/або не передбачені Програмою страхування.

**4.1.2. Наступні групи захворювань, захворювання та стани, нозологічні форми (код за МКХ-10):**

**4.1.2.1.** Радіаційні ураження (променева хвороба) та інші захворювання і наслідки дії радіації та іонізуючого випромінювання, радіоактивного забруднення.

**4.1.2.2.** Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатеві інфекції, в т.ч. уrogenітальні: хламідіоз, трихомоноз, уреаплазмоз, аногенітальна герпетична інфекція (A50-A64).

**4.1.2.3.** Папіломовірусна інфекція (B97.7, B 07).

**4.1.2.4.** Гарднерельоз (B96).

**4.1.2.5.** Уrogenітальний шигельоз (A03).

**4.1.2.6.** Різні імунодефіцити (D80-D89).

**4.1.2.7.** ВІЛ інфекції та СНІД (B20-B24).

**4.1.2.8.** TORCH-інфекції (B58, P35, P37.1, B96.81).

**4.1.2.9.** Герпес-вірусні інфекції (всіх типів, в т.ч. Епштейн-Бар) за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (інфекційний мононуклеоз, краснуха, вітряна віспа) (B00-B09).

**4.1.2.10.** Цитомегаловірусна інфекція (B25, B27.1, P35.1, K77.0, J17.1).

**4.1.2.11.** Вірусносійство, бактеріоносійство.

**4.1.2.12.** Інфекція *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) пов'язана з: *H. pylori*-асоційованим хронічним гастритом (активний хронічний гастрит), виразкою дванадцятипалої кишки, ЛТСО-лімфомою (лімфоїдна тканина слизових оболонок), виразкою шлунка (B96.81).

**4.1.2.13.** Алергічні захворювання, в тому числі алергічний риніт, поліноз, крім невідкладних станів (J30-J30.4).

**4.1.2.14.** Мікози (B35-B49).

**4.1.2.15.** Екзема (B00.0, B35.6, H60.5, L20.8, L23.9, L24.9, L25.9, L30.3, L30.9).

**4.1.2.16.** Атопічний дерматит (нейродерміт) (L20).

**4.1.2.17.** Себорея будь-якого типу, в т.ч. себорейний дерматит (L21).

**4.1.2.18.** Вугрі (акне) (L70, L73.0).

**4.1.2.19.** Розацеа (L71).

**4.1.2.20.** Папулосквамозні порушення (псоріаз, парапсоріаз, пітіриаз, червоний плаский лишай та ін.) (L40- L45).

**4.1.2.21.** Мозолі (L84).

**4.1.2.22.** Простий хронічний лишай та свербіць (L28).

**4.1.2.23.** Контагіозний моллюск (B08.1).

**4.1.2.24.** Гіпергідроз (R61).

**4.1.2.25.** Дисгідроз (L30.1).

**4.1.2.26.** Алопеція (L63-L66).

**4.1.2.27.** Оніходистрофія (L60, крім L60.0, L62).

**4.1.2.28.** Кератодермії (в т.ч. гіперкератоз) (L82-L87).

**4.1.2.29.** Порушення пігментації шкіри (L80-L81).

**4.1.2.30.** Короста (B86).

**4.1.2.31.** Педикульоз (B85).

**4.1.2.32.** Демодекоз (B88.0).

**4.1.2.33.** Врослий ніготь (L60.0).

**4.1.2.34.** Паразитарні захворювання (в тому числі паразитарні захворювання шкіри), глистяні інвазії у осіб віком старше 16 років, інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз тощо) та інших органів (B65-B89, A06, A07.1).

**4.1.2.35.** Укуси, ужалення неотруйними комахами та іншими неотруйними членистоногими тощо; інсектна алергія, окрім невідкладних станів (W57).

**4.1.2.36.** Інфекційні хвороби, спричинені спіротехами (Хвороба Лайма) (A65-A69).

**4.1.2.37.** Вроджені вади розвитку, затримка розвитку, вроджені захворювання і стани та їх наслідки, в т.ч. отримані під час пологів (дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, сінехії, клишоногість, тощо), спадкові та генетичні захворювання, деформації та хромосомні порушення (Q00-Q99, G80).

**4.1.2.38.** Психічні розлади та розлади поведінки, сексуальні дисфункції (F00-F99, N48.4).

**4.1.2.39.** Демієлінізуючі захворювання, в т.ч. розсіяний склероз (G35-G37).

**4.1.2.40.** Порушення мови (R47-R48).

**4.1.2.41.** Порушення сну (G47, F51).

- 4.1.2.42.** Епілепсія (G40-G41).
- 4.1.2.43.** Захворювання печінки будь-якої етіології (крім вірусного гепатиту А та токсичного гепатиту внаслідок нещасного випадку).
- 4.1.2.44.** Контрацепція, безпліддя, планування сім'ї, відновлення та збереження функції дітонародження включно зі штучним (екстракорпоральним) заплідненням та його ускладненнями (Z30, Z31, N46, N97, N98).
- 4.1.2.45.** Порушення менструального циклу (первинні та вторинні аменореї, олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.) (N91-N95).
- 4.1.2.46.** Трансгендерний перехід (зміна статі).
- 4.1.2.47.** Системні захворювання сполучної тканини (ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак та інші) (M30-M36).
- 4.1.2.48.** Аутоімунні захворювання; аутоімунний тиреоїдит; хронічні артропатії та спондилопатії (M30-M36, D59.0-D59.1, E06.3).
- 4.1.2.49.** Професійні захворювання, спричинені шкідливими виробничими факторами.
- 4.1.2.50.** Захворювання, які є причиною встановлення інвалідності, їх наслідки та ускладнення.
- 4.1.2.51.** Соматоформні розлади, в тому числі вегето-судинна дистонія (ВСД), нейроциркуляторна дистонія (НЦД) (F45, F43, R45, G90.8, G90.9).
- 4.1.2.52.** Захворювання, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо); ендокринні патології, комплексне лікування захворювань та станів, що потребують коригуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів); розлади харчування та порушення обміну речовин (в т.ч. амілоїдоз) (E10-E14, A15-A19, J45).
- 4.1.2.53.** Злоякісні новоутворення, новоутворення невизначеного або невідомого характеру (C00-C97, D00-D09 D37-D48).
- 4.1.2.54.** Доброякісні новоутворення (D10-D36, D17.0-D17.3).
- 4.1.2.55.** Гіпертрофія аденоїдів (J35.2).
- 4.1.2.56.** Захворювання крові та кровотворних органів, крім залізодефіцитної анемії та анемії, зумовленої гострою крововтратою середнього і важкого ступеню (D51-D77).
- 4.1.2.57.** Варикозне розширення вен будь-якої локалізації, крім невідкладних станів (I83, I85-I86).
- 4.1.2.58.** Геморой, періанальний венозний тромбоз, крім невідкладних станів, а також крім зняття гострого болю та забезпечення кровоспинними препаратами при гострих станах (I84, K64).
- 4.1.2.59.** Хронічна венозна недостатність (I87.2).
- 4.1.2.60.** Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера) (I70, I73.1).
- 4.1.2.61.** Хвороба Рейно (I73.0).
- 4.1.2.62.** Короткозорість (міопія) (H52.1).
- 4.1.2.63.** Далекозорість (гіперметропія) (H52.0).
- 4.1.2.64.** Астигматизм (H52.2).
- 4.1.2.65.** Катаракта (H25-H26, H28).
- 4.1.2.66.** Астенопія (H53.1).
- 4.1.2.67.** Косоокість (H49-H51).
- 4.1.2.68.** Глаукома (H40-H42).
- 4.1.2.69.** Синдром «сухого ока» (H04.1).
- 4.1.2.70.** Халязіон (H00.1).
- 4.1.2.71.** Комп'ютерний синдром (H58.8).
- 4.1.2.72.** Захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.) (H30-H36).
- 4.1.2.73.** Кератоконус (H18.6.).
- 4.1.2.74.** Незапальні хвороби жіночих статевих органів, крім невідкладних станів (N80- N98).
- 4.1.2.75.** Доброякісні дисплазії молочної залози (в т.ч. дифузна кістозна мастопатія та інші) (N60).
- 4.1.2.76.** Мастодинія (N64.4).
- 4.1.2.77.** Кольпіти, цервіцити, вагініти, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції, збудники якої перелічені в пп.4.1.2.2, 4.1.2.4 (N34, N41, N48.1).
- 4.1.2.78.** Хронічна ниркова недостатність (N18).
- 4.1.2.79.** Атеросклероз (I70, I67.2).
- 4.1.2.80.** Кардіосклероз (I25.1).

- 4.1.2.81. Енцефалопатії будь-якого генезу (I67.3, I67.4, G31.2, G92, G93.4).
- 4.1.2.82. Дегенеративні захворювання нервової системи (в т.ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирингомієлія (G10-G13, G20-G26, G30-G32, G70-G71, G95).
- 4.1.2.83. Остеоартроз, артроз, остеоартрит (M15-M19).
- 4.1.2.84. Остеопороз ( M80-M83).
- 4.1.2.85. Анкілозуючий спонділоартрит (M45).
- 4.1.2.86. Сколіоз, кіфоз та лордоз (M41, M40, M96).
- 4.1.2.87. Плантарний (підшовний) фасциїт (пяткова шпора) (M72.2).
- 4.1.2.88. Плоскостопість, вальгусні, варусні та інші, в т.ч. набуті деформації кінцівок (M21).
- 4.1.2.89. Остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків (M42-M43, M91-M94, M50-M54).
- 4.1.2.90. Функціональні порушення, в тому числі синдром подразненого кишечника, дисбіоз (окрім лікування наслідків антибіотикотерапії), дисбактеріоз будь-якої локалізації, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закреп, дискінезія жовчовивідних шляхів), крім послуг, передбачених Програмою страхування (K63.8, R19.8).
- 4.1.2.91. Виразковий коліт (K51).
- 4.1.2.92. Гіпертрофія аденоїдів (J35.2).
- 4.1.2.93. Хвороба Крона (K50).
- 4.1.2.94. Саркоїдоз (D86).
- 4.1.2.95. Кардіоміопатії (I42-I43).
- 4.1.2.96. Ревматизм (I00-I02).
- 4.1.2.97. Бронхіальна астма (J45).
- 4.1.2.98. Подагра (M10).
- 4.1.2.99. Мігрень (G43).
- 4.1.2.100. Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0).
- 4.1.2.101. Синдром хребцевої артерії (M47.00).
- 4.1.2.102. Розлади харчування та порушення обміну речовин, крім екстреного стаціонарного лікування (E15-E16, E40-90).
- 4.1.2.103. Сечокам'яна хвороба, крім екстреного стаціонарного лікування (N20-N23).
- 4.1.2.104. Дегенеративно-дистрофічні зміни органів та тканин.
- 4.1.2.105. Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска (M23.1-M 23.3).
- 4.1.2.106. Захворювання в період латентного, персистуючого перебігу, в тому числі персистуючі інфекції.
- 4.1.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування/Програмою страхування, Страховик не організовує та не здійснює оплату наступних лікарських засобів, товарів медичного призначення, послуг та інших витрат:**
- 4.1.3.1. Медичні послуги, медикаменти, послуги та товари медичного призначення, які не є необхідними для лікування та діагностики станів, в т.ч. невідкладних, захворювань та їх ускладнень, що діагностовані під час надання медичних послуг, пов'язані з поліпрагмазією, гіпердіагностикою.
- 4.1.3.2. Медичні послуги, медикаменти, послуги та товари медичного призначення, передбачені Програмою страхування, але не призначені лікарем, ліки, придбані поза аптечною мережею України.
- 4.1.3.3. Медикаменти, лікарські засоби, лікувальні маніпуляції для довготривалого лікування (більше, ніж 30 календарних днів) на кожен страховий випадок.
- 4.1.3.4. БАДи, харчові добавки, косметичні та гігієнічні засоби ( в тому числі сольові розчини, окрім «Но – соль» чи «Аквмакс», що призначені для очищення носових ходів, перед використанням інших лікувальних назальних лікарських форм), креми, шампуні, будь-які засоби, які не входять до «Державного реєстру лікарських засобів».
- 4.1.3.5. Профілактичні щеплення, вакцинація, окрім антирабійної та протиправцевої (за медичними показаннями); за Програмами, що передбачають покриття профілактичних щеплень, страхове покриття не поширюється на профілактичні щеплення, які проводяться з порушенням термінів, передбачених чинним календарем затвердженим МОЗ України, окрім випадків надання медичного висновку з обґрунтуванням зміни термінів проведення щеплення.
- 4.1.3.6. Матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору страхування.
- 4.1.3.7. Сироватки, антитіла, антигени.
- 4.1.3.8. Специфічна імунотерапія алергічних захворювань.

**4.1.3.9.** Витрати на лікарські засоби наступних груп:

**4.1.3.9.1.** Гомеопатичні, в т.ч. антигомотоксичні засоби. Фітопрепарати, а саме: трави, корені, кора, збори з них, суміші тощо, настоянки та настойки з них.

**4.1.3.9.2.** Гормональні засоби, крім глюкокортикоїдних гормонів; препарати аналоги гонадотропін-релізинг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо), гормональні спіралі типу «Мірена».

**4.1.3.9.3.** Простагландини, окрім випадків переривання вагітності за медичними показами.

**4.1.3.9.4.** Ферменти, в т.ч. числі загальної (системної) дії (вобензим, флогензим, дистрептаза, серрата тощо), крім ферментів, що покращують травлення.

**4.1.3.9.5.** Стрептокіназа, стрептодорназа та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 (шести) діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 (чотирнадцяти) діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 (двадцяти чотирьох) години з моменту встановлення діагнозу).

**4.1.3.9.6.** Пробіотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги.

**4.1.3.9.7.** Протигрибкові препарати.

**4.1.3.9.8.** Засоби, що містять хондроїтин сульфат, глюкозамін та інші аналогічні засоби.

**4.1.3.9.9.** Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток (в т.ч. біофосфонати).

**4.1.3.9.10.** Гепатопротектори (гепатотропні препарати); кардіопротектори; ангіопротектори; препарати які запобігають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів (в тому числі препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо).

**4.1.3.9.11.** Антитромботичні засоби (антикоагулянти), окрім застосування при стаціонарному лікуванні.

**4.1.3.9.12.** Гіполідемічні засоби (в т.ч. статини).

**4.1.3.9.13.** Препарати, які коригують процеси імунітету (імуномодулятори, імунокоректори, імунодерпресанти, імуносупресори), препарати для терапевтичної вакцинації/імунотерапії (бронхо-ваксом, бронхо-мунал, рибомуніл, ІРС19).

**4.1.3.9.14.** Вітаміни та мінеральні комплекси (в т.ч. їх комбінації), мінеральні речовини (мікро- та макроелементи), біогенні стимулятори (біостимулятори).

**4.1.3.9.15.** Лікарські засоби, що впливають на метаболічні процеси (з ноотропною, антигіпоксичною, антиоксидантною дією, які поліпшують кровоток, препарати, які замінюють синовіальну та слізну рідини, тощо); тканинні препарати (гемодеривати з крові, лізати мозкової тканини тощо: солкосерил, актовегін, церебролізін, церегін, цереброкурін та ін.). Засоби що застосовуються при деменції.

**4.1.3.9.16.** Антинеопластичні засоби. Препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла.

**4.1.3.9.17.** Психотропні (в т.ч. снодійні, седативні, психостимулюючі, транквілізатори, ансіолітики, антидепресант, антипсихотики тощо).

**4.1.3.9.18.** Кровозамінники та препарати крові.

**4.1.4.** Медичні вироби, в тому числі: медичні пристрої, що замінюють або коригують функції уражених органів (трансплантати, протези, ортези, імплантати, ендопротези, стенти, електроди, ріжучі петлі, лінзи тверді та м'які, пролінові сітки тощо), еластичний бинт, інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри), медичне устаткування (набори для анестезії, емболізації, деартерилізації, артроскопічні, лапароскопічні набори, витратні матеріали, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу тощо); медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (милиці, коляски, пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат. Дія даного пункту не розповсюджується на наступні витратні матеріали: гіпсові пов'язки (в тому числі типу скотч-каст та подібні), засоби для проведення ін'єкцій, перев'язувальний та шовний матеріал.

**4.1.5.** Експериментальні діагностика та лікування, нетрадиційні діагностика та методи лікування (гіпноз, ірідодіагностика, біокорекція, біоенергетика тощо); діагностика та лікування, що не передбачені протоколами МОЗ України; діагностика і лікування станів та діагнозів, що не відповідають та не містяться в переліку МКХ-10, ІСРС-2.

**4.1.6.** Дослідження на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту.

**4.1.7.** Лікарські засоби, товари медичного призначення, медичні послуги, призначені з метою профілактики, необхідні для запобігання прогресуванню захворювання та виникнення рецидивів і ускладнень; профілактичні послуги, санаторно-курортне лікування, заняття в басейні чи на тренажерах; медичні та профілактичні огляди, в тому числі для отримання дозволів на керування транспортним засобом, володіння зброєю, для вступу у навчальні/дошкільні заклади; оформлення документації для МСЕК,

оформлення документації, що не відноситься до страхового випадку; послуги з медичної реабілітації, в тому числі комплекс психологічних, педагогічних, професійних та юридичних заходів.

**4.1.8.** Послуги психолога, логопеда, психіатра, психоаналітика, дієтолога, сурдолога, імунолога, генетика, андролога, сексолога, подолога, трихолога.

**4.1.9.** Комплексне лікування захворювань та станів, що потребують корегуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної чи антигормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів), якщо інше не передбачено умовами Програми страхування.

**4.1.10.** Специфічна імунотерапія алергічних захворювань; генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму.

**4.1.11.** Вагітність та пологи, окрім витрат на невідкладну медичну допомогу при позаматковій вагітності, перериванні вагітності за медичними показаннями, матковій кровотечі, загиблого плідному яйці (вагітність, що завмерла), кровотечі в ранні терміни вагітності, викидню, що не відбувся, спонтанному аборт, неповному аборт, повному або неуточненому аборт, передлежанні плаценти з кровотечею, передчасному відшаруванню плаценти, прееклампсії середнього та важкого ступеню тяжкості, еклампсії, защемленні вагітної матки, випадінні вагітної матки, ретроверсії вагітної матки. Проведення нетрадиційних пологів (у воді, на дому, тощо), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

**4.1.12.** Педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, вакцинація тощо), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

**4.1.13.** Захворювання та стани новонароджених, що пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч, розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених.

**4.1.14.** Діагностика та лікування порушень обмінних процесів (сечосольовий діатез, подагра, інсулінорезистентність тощо), транспорту солей, денситометрії, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограма, системна імунотерапія, серологічна діагностика тощо.

**4.1.15.** Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту; промивання лакун мигдаликів.

**4.1.16.** Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), включаючи діагностику; диспансерне обстеження (спостереження), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

**4.1.17.** Будь-які послуги, крім зазначених в Програмі страхування.

**4.1.18.** Оптична та лазерна корекція зору.

**4.1.19.** Альтернативна медицина (мануальна терапія, масаж, міорелаксація, голкорексфлексотерапія, кріомасаж, кріотерапія, водогрязетерапія, водні процедури, підводне витягування, лікувальна фізкультура, кінезотерапія, кінезіотейпування, ударно-хвильова терапія, психотерапія, гірудотерапія тощо), озонотерапія (у тому числі в стоматології), УФО; механотерапія, підводні тракції, PRP- терапія тощо.

**4.1.20.** Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика), операції на серці та судинах (в тому числі стентування, аорто-коронарне шунтування, операції з використанням апарату штучного кровообігу тощо), направлені на зміну ваги, модифікацію тіла з метою поліпшення психологічного та емоційного стану, процедури та засоби, пов'язані з корекцією слуху, дефектами шкіри (кріотерапія, кріомасаж, видалення бородавок, папілом, кондилом (крім ускладнених випадків, а саме їх травмування, запалення); лікування келоїдних рубців, в тому числі травмування, артроскопічні операції для відновлення функції суглобів при дегенеративних розривах/змінах та з метою пластики.

**4.1.21.** Проведення літотріпсії та видалення каменів будь-якої локалізації, окрім випадків повного блоку (обтурації) нирки каменем/ми; планове видалення каменів при жовчнокам'яній хворобі.

**4.1.22.** Будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності Договору страхування, окрім випадків безперервної лонгації за згодою Страховика.

**4.1.23.** Транспортні витрати, починаючи від 31 км. від адміністративно-територіального кордону міста (крім витрат на транспортування Застрахованої особи яка перебуває на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування за призначенням лікаря стаціонару у випадках, коли неможливо надати необхідну медичну допомогу в ЛПЗ, де перебуває Застрахована особа), транспортні витрати при транспортуванні з медичного закладу додому (окрім переломів нижніх кінцівок); транспортування в ЛПЗ на планову госпіталізацію.

**4.1.24.** Транспортні витрати при проведенні медичних маніпуляцій вдома (масаж, ін'єкції, забір аналізів та інше).

**4.1.25.** Медичного транспортування Застрахованої особи з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань.

- 4.1.26.** Надання послуги «виклик лікаря» за місцем перебування Застрахованої особи (поза межами лікувально-профілактичного закладу) медичними працівниками, які мають наукові ступені чи керівні посади (кандидати медичних наук, доктори медичних наук, професори, завідувачі відділенням, головні лікарі, провідні фахівці та інші).
- 4.1.27.** Медичні довідки для носіння зброї, відвідування басейну, санаторно-курортного лікування та оформлення інших довідок.
- 4.1.28.** Профілактичне та/або реабілітаційне лікування, мануальну терапію або лікувальний масаж, косметичний та оздоровчий масаж, фізіотерапевтичні процедури, якщо це не передбачено Програмою страхування в межах встановлених лімітів.
- 4.1.29.** Діагностику та лікування хронічного захворювання в стадії ремісії, в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень, крім передбаченого Програмою страхування.
- 4.1.30.** Супутні захворювання, що діагностуються в комплексі з основним захворюванням, відносно якого виникли скарги Застрахованої особи.
- 4.1.31.** Проведення курсу лікування на бальнеологічних та лікувальних курортах, санаторіях, будинках відпочинку чи подібних закладах.
- 4.1.32.** Відбілювання зубів, нанесення напилення, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, ортодонтія, герметизація фісур, покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти; заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням.
- 4.1.33.** Екстракорпоральні методи лікування: плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація; озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація (баротерапія), внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та інші лазерні технології лікування, в тому числі лазерна коагуляція сітківки ока.
- 4.1.34.** Малоінвазивні нехірургічні методи лікування (латексне лігування).
- 4.1.35.** Моральна шкода, упущена вигода, благодійні внески, поліс страхування (монополіс) в іншій страховій компанії.
- 4.1.36.** Призначені послуги, які не відповідають принципам доказової медицини (безпеки та ефективності).
- 4.1.37.** Планове лікування в стаціонарі, сплата за харчування та перебування в стаціонарі одного з батьків застрахованої дитини, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось більше 6 (шести) повних років.
- 4.1.38.** Продовження лікування захворювань/станів/синдромів, що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору страхування, якщо відсутнє погіршення стану здоров'я Застрахованої особи на території та під час строку дії Договору страхування.
- 4.1.39.** Трансплантація органів та тканин, протезування та ендопротезування, окрім трансплантації шкіри внаслідок опіків в результаті нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування.
- 4.1.40.** Виклик лікаря додому без медичних показань, якими вважаються температура тіла 38 °C та вище, симптоми харчової токсикоінфекції: блювота, діарея, інші симптоми, що унеможливають самостійний візит в ЛПЗ.
- 4.1.41.** Отримання Застрахованою особою послуг або лікарських засобів, що дублюються в межах одного страхового випадку, в тому числі повторні дослідження (перездача аналізів) та/або альтернативні консультації (в тому числі переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань), та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря), застосування двох або більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармако-терапевтичної групи, крім випадків коли один препарат має місцеву, а інший – загальну дію та випадків стаціонарного лікування.
- 4.1.42.** Витрати на медичне транспортування Застрахованої особи, або тіла Застрахованої особи, в разі її смерті (медична евакуація, медичне транспортування, репатріація тіла) при перебуванні за кордоном.
- 4.1.43.** Витрати на поховання Застрахованої особи (в разі її смерті) за кордоном.
- 4.1.44.** Будь-які витрати за кордоном, якщо інше не передбачено Програмою страхування.
- 4.1.45.** При включенні будь-якої опції в Програму страхування, вона вважається пріоритетною за список винятків за Договором страхування.
- 4.4. В частині страхування від нещасного випадку, Страховик не несе відповідальності, якщо нещасний випадок стався внаслідок:**

**4.4.1.** Дій Застрахованої особи або отруєння Застрахованої особи внаслідок вживання алкоголю або його сурогатів, наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та/або прекурсорів, токсичних речовин, а також під впливом лікарських засобів, які вживались не за призначенням лікаря.

**4.4.2.** Дій, скоєних внаслідок прямого чи опосередкованого впливу психічного захворювання Застрахованої особи.

**4.4.3.** Встановлення Застрахованій особі під час дії Договору страхування підвищеної групи інвалідності в порівнянні з тією групою інвалідності, яка була встановлена їй до дати підписання Договору страхування, крім випадку, коли таке підвищення стало наслідком нещасного випадку, що відбувся із Застрахованою особою протягом строку дії Договору страхування.

**4.4.4.** Самогубства (замаху на самогубство) Застрахованої особи за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджується компетентними органами.

**4.4.5.** Керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом.

**4.4.6.** Участі Застрахованої особи у всякого роду воєнних діях чи воєнних заходах, незалежно від того, оголошено війну чи ні (війна, вторгнення, ворожі акти або воєнні дії, громадянська війна, страйк чи громадське заворушення, заколот, народне повстання, бунт, революція, громадське заворушення в масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпація влади, введення воєнного стану, облоги, будь-які військові маневри, навчання або інші військові заходи).

**4.4.7.** Терористичних актів.

**4.4.8.** Прямого чи непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного ураження, пов'язаних з будь-яким застосуванням атомної енергії і використанням радіоактивних матеріалів, хімічного забруднення.

**4.4.9.** Перебування Застрахованої особи в місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, крім випадків коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

**4.4.10.** Неправильних медичних маніпуляцій.

**4.4.11.** Польоту Застрахованої особи на літальному апараті, керування останнім, крім випадків польоту як пасажир на літаку цивільної авіації, яким керував професійний пілот, або керування літальним апаратом Застрахованою особою, яка є професійним пілотом.

**4.4.12.** Занять Застрахованою особою екстремальними видами спорту такими як: дельтапланеризм, рафтинг, авіаспорт, спелеологія, дайвінг, кінний спорт, альпінізм, скелелазіння, повітроплавання, парашутний спорт, мотоциклетний спорт, баджи-джампінг та інші, що входять до підвищених груп ризику, за виключенням випадків, коли про це додатково зазначено в Договорі страхування та за це взято додатковий платіж.

**4.4.13.** Виконання службових обов'язків, що входять до підвищених груп ризику, за виключенням випадків, коли про це додатково зазначено в Договорі страхування та за це взято додатковий платіж.

**4.4.14.** Страхувими випадками не визнаються будь-які захворювання, в тому числі хронічні або професійні, фізіологічні відхилення, не зумовлені нещасним випадком, що мав місце протягом строку дії Договору страхування.

**4.4.15.** Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності строком 5 днів або менше не вважається страховим випадком за Договором страхування і страхова виплата у таких випадках не здійснюється, якщо інше не передбачено Договором страхування.

#### **4.5. Договір страхування не може бути укладено відносно:**

**4.5.1.** Осіб, які на момент укладання Договору страхування перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах та ін.

**4.5.2.** Які на момент укладання Договору страхування страждають такими захворюваннями:

**4.5.2.1.** Пухлина головного мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний.

**4.5.2.2.** Хворі на СНІД та ВІЛ-інфіковані.

**4.5.2.3.** Хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію.

**4.5.2.4.** Психічно хворі. Інваліди I групи або непрацюючі інваліди II групи та/або особи, стосовно яких виданий медичний висновок про дитину-інваліда строком до 18 років.

**4.5.5.** Осіб, які визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку.



## **5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

### **5.1. Страхувальник зобов'язаний:**

**5.1.1.** Перед укладенням Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у т.ч. стосовно застрахованої особи, вигодонабувача.

**5.1.2.** Своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та у строки, встановлені Договором страхування.

**5.1.3.** При укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори щодо предмету та об'єкту Договору страхування і надалі інформувати Страховика під час дії Договору страхування про укладання нових договорів щодо предмету та об'єкту Договору страхування.

**5.1.4.** Перед укладенням Договору страхування надати Страховику інформацію, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, та протягом дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику не пізніше 3 (трьох) робочих днів з дня такої зміни. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно особи, яка не може бути застрахована за Договором страхування, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

**5.1.5.** До укладання та/або при укладанні Договору страхування надати Страховику (страховому посереднику) ідентифікаційні дані для перевірки в частині законодавства щодо запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансування тероризму, фінансування розповсюдження зброї масового знищення (далі – ПВК/ФТ).

**5.1.6.** Повідомити Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання суттєвих змін в своїй діяльності /ідентифікаційних даних, а також в інформації (даних), наданих в анкеті (опитувальнику) Страховику, подавши оновлену анкету (опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України щодо ПВК/ФТ.

**5.1.7.** Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства ПВК/ФТ.

**5.1.8.** Вживати заходів щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої внаслідок настання Події.

**5.1.9.** Не перешкоджати Страховику або його представникам у визначенні обставин настання Події.

**5.1.10.** Утримуватись від будь-яких дій, що можуть зашкодити інтересам Страховика, за винятком здійснення своїх прав, передбачених Договором страхування, тримати в таємниці відомості про Страховика, що стали відомі Страхувальнику у зв'язку з укладанням та виконанням Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

**5.1.11.** При страхуванні родичів надати документи, що підтверджують родинний зв'язок, на вимогу Страховика.

**5.1.12.** Дотримуватись умов Договору страхування та належно виконувати свої обов'язки за Договором страхування.

**5.1.13.** Повідомити про настання події, що має ознаки страхового випадку у встановлений строк у відповідності до Договору страхування.

**5.1.14.** Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування та алгоритмом дій для використання полісу з метою організації медичної допомоги відповідно до умов Договору страхування та Програми страхування.

**5.1.16.** При зміні ступеню страхового ризику, про який Страхувальник знав або міг знати заздалегідь, письмово повідомити Страховика за 3 (три) робочих дні до таких змін. В інших випадках повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів від настання таких змін.

**5.1.17.** Застрахована особа зобов'язана, на вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку.

**5.1.18.** Повернути Страховику отриману страхову виплату, якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності були виявлені обставини, що за чинним законодавством або відповідно до Умов, або умов Договору страхування, позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на одержання страхової виплати.

**5.1.19.** Звільнити Третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та таємниці страхування стосовно себе, на вимогу Страховика надати таким Третім особам необхідні повноваження для надання Страховику будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася.

### **5.2. Страховик зобов'язаний:**

**5.2.1.** Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Загальними умовами страхового продукту.

**5.2.2.** Ознайомити Страхувальника з Переліком лікувально-профілактичних закладів (медичних закладів) та їхньою ціноюю категорією з якими Страховик має договірні відносини.

**5.2.3.** Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

**5.2.4.** При настанні страхового випадку забезпечити надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

**5.2.5.** Протягом 20 (двадцяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

**5.2.6.** Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня оплати страхового платежу (першої його частини) забезпечити Застрахованих осіб Персональною пластиковою/електронною картою.

**5.2.7.** Контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору страхування, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України.

**5.2.8.** Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, передбачених законом.

**5.2.9.** Зберігати в таємниці відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених законом.

**5.2.10.** Повідомити Страхувальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів, з дня зміни на вебсайті компанії [www.kniazha.ua](http://www.kniazha.ua).

**5.2.11.** Видати Страхувальнику дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату, втрачений примірник вважається недійсним.

**5.2.12.** Дотримуватись умов Договору страхування та належно виконувати свої обов'язки за Договором страхування.

**5.2.13.** Контролювати обсяг та якість медичних послуг відповідно до принципів доказової медицини (безпеки та ефективності) з метою оптимізації процесів прийняття рішень, підвищення якості надання медичної допомоги, зниження фінансових та часових витрат в діагностиці та лікуванні пацієнтів.

**5.2.14.** Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у т.ч. шляхом дострокового припинення дії Договору страхування) або від проведення фінансової операції (виплати страхового відшкодування) у випадках, передбачених нормами законодавства ПВК/ФТ, зокрема у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;

- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;

- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;

- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

- 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;

- в інших випадках, передбачених законодавством України.

### **5.3. Страхувальник має право:**

**5.3.1.** Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування протягом строку його дії.

**5.3.2.** При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (наявність групи інвалідності, довготривале перебування на листку непрацездатності, умови праці пов'язані з підвищеним ризиком, критичні захворювання в анамнезі (цукровий діабет, туберкульоз, вірусні гепатити, онкологічні захворювання, вроджені та набуті патології) і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту, як тільки Страхувальнику стало відомо про настання таких обставин.

**5.3.3.** Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням вимог Договору страхування.

**5.3.4.** Відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку за Договором страхування) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі

шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж у повному обсязі протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, Договір страхування вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором страхування.

**5.3.5.** Одержати від Страховика дублікат Договору страхування в разі втрати оригіналу.

**5.3.6.** Збільшити кількість Застрахованих осіб за домовленістю із Страховиком. В такому випадку строк дії Договору страхування стосовно додатково Застрахованих осіб не може бути довшим, ніж загальний строк дії цього Договору страхування. Збільшення кількості Застрахованих осіб можливе не пізніше, ніж за 3 (три) місяці до закінчення дії Договору страхування, якщо інше не погоджено Страховиком в індивідуальному порядку.

**5.3.7.** Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичних послуг Застрахованій особі.

#### **5.4. Страховик має право:**

**5.4.1.** При укладанні цього Договору страхування перевіряти надану Страхувальником та Застрахованою особою інформацію.

**5.4.2.** Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування протягом строку його дії.

**5.4.3.** Самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового випадку, робити запити про відомості, пов'язані з Страховим випадком до медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини цього Страхового випадку.

**5.4.4.** Вимагати надання додаткових документів, зазначених в Договорі страхування, для з'ясування причин та обставин страхового випадку.

**5.4.5.** Перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору страхування, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи.

**5.4.6.** Відмовити у страховій виплаті за наявності підстав, передбачених умовами Договору страхування, а також у випадках, передбачених чинним законодавством України.

**5.4.7.** Відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати у випадку виникнення сумнівів щодо причин та обставин настання страхового випадку, але на строк, не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів.

**5.4.8.** Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням його вимог.

**5.4.9.** Вибирати та рекомендувати базовий лікувально - профілактичний заклад для організації медичної допомоги, в залежності від стану Застрахованої особи, виду захворювання, профілю та специфіки роботи медичного закладу для обслуговування відповідних нозологій.

**5.4.10.** Вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я або медичного огляду.

**5.4.11.** Визначити для конкретних Застрахованих осіб окремі Програми страхування та страхові платежі, а також відмовити в страхуванні.

**5.4.12.** Організовувати невідкладну медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з можливою подальшою організацією перевезу Застрахованої особи у медичний заклад, передбачений Договором страхування.

**5.4.13.** Включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Перелік лікувально-профілактичних закладів, як окремо за Програмою страхування так і по Договору страхування в цілому.

**5.4.14.** Виключити зі списку Медичних закладів лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою.

**5.4.15.** Організовувати необхідну медичну допомогу в лікувально – профілактичних закладах передбачених Договором страхування та погоджувати із Застрахованою особою, в залежності від профілю захворювання.

**5.4.16.** За погодженням з лікуючим лікарем змінювати призначені ліки на аналогічні за складом по діючій хімічній речовині згідно законодавства України або альтернативні згідно Протоколів МОЗ України та схем лікування захворювань.

**5.4.17.** Організувати виклик лікаря за місцем знаходження Застрахованої особи, якщо це прямо передбачено Програмою страхування, у випадках, передбачених «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги». Методичні рекомендації/Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень. – К., 2010., а саме:

**5.4.17.1.** Гострі і раптові погіршення стану здоров'я (висока температура – від 38 градусів і вище; стани, захворювання, травми, які потребують медичної допомоги і консультації Застрахованої особи лікарем вдома), виняток становлять легкі травми із зупиненою кровотечею.

**5.4.17.2.** Стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду).

**5.4.17.3.** Показання для дотримання Застрахованою особою постільного режиму, рекомендованого лікарем при встановленні діагнозу (виклик лікаря додому після виписки хворого зі стаціонару, за рекомендацією консультанта або в інших випадках: при наявності документа або за домовленістю з лікарем).

**5.4.17.4.** Важкі хронічні захворювання або неможливість пересування Застрахованої особи.

**5.4.17.5.** Захворювання жінок у період вагітності та післяпологовий період.

**5.4.17.6.** Патронаж вагітних і породіль (якщо опція є в Програмі страхування).

**5.4.17.7.** Патронаж дітей до одного року (якщо опція є в Програмі страхування).

**5.4.17.8.** Захворювання дітей у віці до трьох років.

**5.4.18.** У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

**5.4.19.** Вимагати від отримувача страхової виплати повернути отриману страхову виплату, якщо протягом встановлених чинним законодавством строків позовної давності йому стали відомі обставини, які повністю або частково звільняють Страховика від здійснення страхової виплати.

**5.5.** Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання шляхом сплати Страховику пені в розмірі **0,01%** від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж подвійна облікова ставка НБУ, що діяла в період, за який нараховується пеня.

**5.6.** Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати отримувачу страхової виплати пені в розмірі **0,01%** від суми несвоєчасно виплаченої страхової виплати за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж подвійна облікова ставка НБУ, що діяла в період, за який нараховується пеня.

**5.7.** Сторони погоджуються, що у разі виникнення за Договором страхування судового спору щодо відмови у страховій виплаті, та/або визнання події страховим випадком, та/або щодо розміру страхової виплати, та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних тощо).

**5.8.** Сторони звільняються від відповідальності, якщо причиною невиконання або неналежного виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, масові безладдя, зміни законодавства тощо).

**5.9.** За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань за Договором страхування, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

### **6.1. В частині медичного страхування:**

**6.1.1.** У разі настання страхового випадку, Застрахована особа повинна негайно, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, звернутися до лікаря-координатора / лікаря-куратора Страховика за телефонами, вказаними в Персональній пластиковій картці або Пам'ятці Застрахованої особи та повідомити наступну інформацію:

- прізвище, ім'я, по-батькові;
- номер Договору страхування;
- причину звернення (скарги, проблеми зі здоров'ям тощо);
- фактичну адресу місцезнаходження та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

**6.1.2.** Лікар-координатор/лікар-куратор Страховика інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в базовий профільний Медичний заклад, надає необхідну інформаційну підтримку.

**6.1.3.** Підбір Медичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора/лікаря - куратора Страховика та здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі.

**6.1.4.** В медичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити персональну пластикову картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором/лікарем - куратором Страховика в телефонному режимі.

**6.1.5.** У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зв'язатися з лікарем координатором Страховика, для отримання невідкладної медичної допомоги, з можливою організацією ургентного стаціонарного лікування (якщо такі умови передбачені Програмою страхування) з об'єктивних причин (а саме: втрата свідомості, стан порушеної свідомості), Застрахована особа зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із медичного закладу у разі стаціонарного лікування), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика.

**6.1.6.** Організація медикаментозного забезпечення здійснюється лікарем-координатором з врахуванням найбільш оптимального рівня цін аптечного закладу, переважно доставка медикаментів на адресу, вказаної клієнтом, у час роботи аптечного закладу.

**6.1.7.** У випадках виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, лікування яких неможливо організувати в Медичних закладах, які співпрацюють із Страховиком (наприклад, при виявленні туберкульозу, інфекційних хвороб тощо), Страховик сприяє у направленні Застрахованої особи у спеціалізовані Медичні заклади.

**6.1.8.** При повторному зверненні Застрахованої особи до Страховика протягом дії Договору страхування з приводу загострення хронічного захворювання, після встановлення діагнозу узгоджується невідкладна допомога в межах та обсягах, що передбачено чинним законодавством МОЗ України та із погодженням лікуючого лікаря.

## **6.2. В частині страхування від нещасного випадку та медичних витрат:**

**6.2.1.** Протягом строку, передбаченого Договором страхування, звернутися до асистансу або безпосередньо до страховика та неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асистансом або Страховиком для координації подальших дій.

**6.2.2.** Повідомити Страховика за багатоканальним телефонним номером 0 800 501 486 протягом 3 (трьох) календарних днів з моменту як тільки стало відомо про настання Події.

**6.2.3.** Протягом 7 (семи) календарних днів надати Страховику Заяву про настання Події за формою, встановленою Страховиком. Заяву про настання Події може написати представник Застрахованої особи у випадку, якщо за станом здоров'я Застрахована особа не може особисто написати таку Заяву.

**6.2.4.** Протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту настання Події, зазначеної у п.п. 3.3.3.1.1 – 3.3.3.1.4 Умов та протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту закінчення лікування по Події, визначеній у п. 3.3.3.1 Умов, надати Страховику визначені Договором страхування документи.

## **7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

### **7.1. В частині медичного страхування:**

**7.1.1.** Страхова виплата здійснюється Страховиком, в залежності від умов Договору страхування, шляхом:

**7.1.1.1.** Оплати Медичному закладу вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг та/або фармацевтичному/аптечному закладу вартості лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених

Програмою страхування. Порядок та терміни сплати рахунків Медичного та/або фармацевтичного/аптечного закладу обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та закладом.

**7.1.1.2.** Оплати Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних послуг, у разі її звернення в медичний заклад (за погодженням із Страховиком), який не має договірних відносин із Страховиком, після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

**7.1.2.** При самостійній оплаті Застрахованою особою вартості медичних послуг або придбанні за власні кошти лікарських засобів та/або медичних виробів у фармацевтичному/(аптечному) закладі, з яким у Страховика відсутні договірні відносини (за погодженням із Страховиком), страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі (або її законному представнику) на підставі наступних документів:

**7.1.2.1.** Основні:

**7.1.2.1.1.** Договір страхування (персональна пластикова/електронна картка).

**7.1.2.1.2.** Документ з медичної установи (виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (ф. 027/о МОЗ України), виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз) (форма 003/о МОЗ України), консультативний висновок спеціаліста) (ф. 028/о МОЗ України), які завірені необхідними підписами та печатками лікувального закладу, містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг.

**7.1.2.1.3.** Фінансові (розрахункові) документи, що підтверджують факт оплати медичних послуг (медикаментів) з зазначенням назв медикаментів, товарів, послуг. У випадку, якщо у фіскальних чеках або квитанціях не зазначені конкретні назви медикаментів, товарів та послуг – до таких документів обов'язково надається товарний чек (накладна, акт виконаних робіт) в яких зазначені конкретні медикаменти, товари, послуги. На квитанції до прибуткового касового ордеру обов'язково повинні бути зазначені – номер, дата, розбірливо сума, стояти печатка. Розрахунковий документ визначений ст. 2 Закону України №265/95-ВР. Форма та зміст розрахункового визначаються законодавством.

**7.1.2.1.4.** При отриманні медичних послуг (придбанні медикаментів, товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності – копію Витягу або Виписки з ЄДР із зазначенням обраних видів діяльності.

**7.1.2.1.5.** Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі.

**7.1.2.1.6.** Копія паспорта Застрахованої особи (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації).

**7.1.2.1.7.** Копія свідоцтва про народження дитини (у разі, якщо Застрахованою особою є дитина до 18 років).

**7.1.2.1.8.** Листок непрацездатності (е-лікарняний). Категорії осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності (е-лікарняний) не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством.

**7.1.2.2.** Додаткові:

**7.1.2.2.1.** Копії рецептів на лікарські засоби та/або медичні вироби.

**7.1.2.2.2.** Копія медичної карти амбулаторного хворого, що завірена головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичною частини) з печаткою лікувального закладу.

**7.1.2.2.3.** Довідки лікувального закладу, талони, акти виконаних робіт, калькуляції витрат.

**7.1.2.2.4.** Замовлення на доставку ліків, замовлення на надання медичної допомоги, рахунки-фактури лікувально-консультативних установ.

**7.1.2.2.5.** Документи, передбачені законодавством України у сфері фінансового моніторингу. У визначених законом випадках за запитом Страховика особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язана протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання запиту Страховика надати такі документи. У випадку ненадання запитальних документів щодо фінансового моніторингу, строк здійснення страхової виплати продовжується на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

**7.1.2.3.** Додаткові документи без відсутності основних – до розгляду не приймаються.

**7.1.2.4.** Застрахована особа має можливість оформити заяву на відшкодування та передати документи, зазначені в підпунктах 7.2.1. та 7.2.2. Умов на вебсайті компанії <http://kniazha.ua> в електронному вигляді. Для цього необхідно:

**7.1.2.4.1.** Зайти на вебсайт <http://kniazha.ua>, обрати розділ «Страховий випадок»/ «Врегулювання онлайн»/ «Здоров'я».

**7.1.2.4.2.** Заповнити онлайн заяву на відшкодування, прикріпити до заяви документи та пройти процедуру підпису заяви SMS-паролем.

**7.1.2.5.** За бажанням, Застрахована особа може надати документи, зазначені у підпунктах 7.2.1, 7.2.2. Умов в офісі Страховика.

**7.1.2.6.** Загальна сума виплат по одному або декільком страховими випадкам не може перевищувати страхову суму на кожен Застраховану особу та встановлених лімітів відповідальності Страховика по кожній окремій Програмі страхування, зазначеній в Договорі страхування.

**7.1.2.7.** Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою страхування, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється у розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом Медичних закладів, передбачених Програмою страхування.

**7.1.2.8.** Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів, після отримання всіх документів, зазначених в пункті п. 7.2. Умов.

**7.1.2.9.** Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним у заяві про страхову виплату.

**7.1.2.10.** У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово або по електронній пошті (в разі оформлення заяви на відшкодування на вебсайті компанії) повідомити Застраховану особу (її законного представника) протягом 3 (трьох) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

**7.1.2.11.** Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ (медичних закладів, правоохоронних органів, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів.

**7.1.2.12.** У випадку погодження Страховиком відвідування Медичного закладу, з якими він не має договірних відносин, компенсація витрат на послуги відбувається згідно вартості аналогічної позиції у прайсі базової клініки, що передбачена Програмою страхування. Якщо така послуга не передбачена у прайсі базової клініки, то сума компенсації вирішується Страховиком компромісно, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом Медичного закладу, передбачених Програмою страхування.

**7.1.2.13.** Оплата вартості медичної послуги Медичного закладу (страхова виплата) здійснюється Страховиком на реквізити Медичного закладу у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними Медичними закладами.

**7.1.2.14.** Страхова сума (Ліміт страхової суми), Ліміти відповідальності Страховика (в тому числі негрошові, а визначені кількістю послуг передбачених умовами опцій Програми страхування), зазначені в Договорі страхування та Програмі страхування зменшуються з урахуванням попередньо здійсненої страхової виплати/використаної кількості послуг.

**7.1.2.15.** Загальна сума страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками, що мали місце впродовж строку дії Договору страхування, не може перевищувати Страхової суми (ліміту страхової суми), Лімітів відповідальності Страховика (в тому числі негрошових, а визначених кількістю послуг передбачених умовами опцій Програми страхування), встановленої Договором страхування та Програмою страхування стосовно Застрахованої особи.

**7.1.2.16.** Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням.

**7.1.2.17.** Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

**7.1.2.18.** Категорії/типи Медичних закладів присвоюються Страховиком залежно від цінової та сервісної політики Медичних закладів та зазначаються Страховиком в Переліку лікувально-профілактичних закладів.

## **7.2. В частині страхування від нещасного випадку:**

**7.2.1.** Розмір страхової виплати визначається (якщо інше не зазначено в Договорі страхування):

**7.2.1.1.** При травматичних ушкодженнях та/або функціональних розладах здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – у відсотку, визначеному за Таблицею розмірів страхових виплат при травматичних ушкодженнях та/або функціональних розладах здоров'я Застрахованої особи (Додаток 1 до Умов), від страхової суми на одну Застраховану особу.

**7.2.1.2.** При тимчасовій втраті працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку – 0,3 % (при амбулаторному лікуванні) або 0,5 % (при стаціонарному лікуванні) від страхової суми на одну Застраховану особу за кожен день лікування, але не більше 40 % страхової суми на одну Застраховану особу. Для осіб, яким згідно законодавства листок непрацездатності не видається, період амбулаторного лікування не повинен перевищувати орієнтовний строк лікування, який становить 21 день. Для осіб, яким на дату настання випадку не виповнилося 18 років, в разі надання довідки про травмування без зазначення терміну непрацездатності розрахунок розміру страхової виплати здійснюється за перші 5 (п'ять) днів непрацездатності, а після надання довідки про термін непрацездатності здійснюється перерахунок розміру страхової виплати за всі дні перебування Застрахованої особи на лікуванні за вирахуванням попередньо оплачених 5 (п'яти) днів лікування.

**7.2.1.3.** При стійкій втраті працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку в залежності від встановленої групи для осіб з інвалідністю (категорії «дитина з інвалідністю»):

**7.2.1.3.1.** I група – 100 % від страхової суми на одну Застраховану особу.

**7.2.1.3.2.** II група – 75 % від страхової суми на одну Застраховану особу.

**7.2.1.3.3.** III група – 50 % від страхової суми на одну Застраховану особу.

**7.2.1.3.4.** Особам віком до 18 років, яким встановлена категорія «дитина з інвалідністю» - 95 % від страхової суми на одну Застраховану особу.

**7.2.1.4.** У випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – 100 % від страхової суми на одну Застраховану особу.

**7.2.2.** В разі, якщо в Договорі страхування не зазначені конкретні страхові випадки позначкою (галочкою) або були зазначені всі страхові випадки одночасно, та/або не зазначений період дії страхового захисту, та/або не визначене місце дії Договору страхування, та/або не визначена група ризику за професією чи спортом, то розрахунок страхового відшкодування/страхової виплати проводяться на підставі пунктів, які складають найменшу виплату страхового відшкодування за Договором страхування.

**7.2.3.** Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Застрахованої особи (Страхувальника/Вигодонабувача) та страхового акту, складеного Страховиком.

**7.2.4.** Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту надання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання Події та документів, що підтверджують ступінь ушкодження здоров'я чи смерть Застрахованої особи. Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом.

**7.2.5.** Якщо нещасний випадок, який стався із Застрахованою особою, спричинив настання послідовності подій, передбачених п. 3.3.3.1 Умов (з урахуванням положень п. 7.2.6 Умов), то розмір страхової виплати по кожному черговому страховому випадку з цієї послідовності зменшується на суму страхової виплати, раніше здійсненої Страховиком у зв'язку із даним нещасним випадком.

**7.2.6.** Якщо нещасний випадок відбувся та був заявлений Страховику під час дії Договору страхування, а смерть або стійка втрата працездатності внаслідок цього нещасного випадку настали протягом 1 (одного) року після закінчення строку дії Договору страхування, то страхова виплата здійснюється на загальних підставах.

**7.2.7.** Якщо в Договорі страхування передбачений період дії страхового захисту «під час занять спортом», або «під час виконання службових обов'язків/під час перебування в навчальному закладі», то страховий захист починається з моменту приходу Застрахованої особи в місце заняття спортом (виконання службових обов'язків, навчання і подібне) та продовжується під час її перебування в цьому місці і припиняється з моменту виходу Застрахованої особи з такого місця. Якщо обрано групу ризику за професією/навчанням та/або спортом з покриттям 24 години на добу, то страховий захист розповсюджується на всі обрані групи ризику протягом 24 годин на добу під час дії Договору страхування.

**7.2.8.** Якщо Застрахована особа є малолітньою чи неповнолітньою, відповідальність за виконання нею обов'язків та реалізацію прав по Договору страхування здійснюють законні представники цієї особи.

**7.2.9.** Загальна сума страхових виплат за однією Застрахованою особою не може перевищувати страхову суму, встановлену для такої Застрахованої особи у Договорі страхування.

**7.2.10.** Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття рішення: Застрахованій особі – у разі встановлення Застрахованій особі тимчасової чи стійкої втрати працездатності;



**7.2.11.** Вигодонабувачу – у разі смерті Застрахованої особи. Якщо Вигодонабувач не зазначений у Договорі страхування, то страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи згідно чинного законодавства України.

**7.2.12.** Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, неті що зазначені в цих Умовах.

### **7.3. В частині страхування медичних витрат:**

**7.3.1.** Застрахованій особі, що самостійно оплатила вартість лікування та/або інші послуги, передбачені Договором страхування, під час перебування за кордоном. Відшкодування витрат відбувається в національній валюті України (перерахунок здійснюється по курсу НБУ на дату платіжних документів) на підставі документів (згідно переліку зазначеного в Договорі страхування), які підтверджують факт настання страхового випадку та вартості послуг, за вирахуванням франшизи (якщо франшиза передбачена Договором страхування), та за умови, що такі витрати були попереднього узгодженні Застрахованою особою з Асистансом/Страховиком в строк та на умовах передбачених цим Договором страхування.

**7.3.2.** Рішення про страхову виплату, або відмову в страховій виплаті, приймається Страховиком на підставі всіх необхідних (та належним чином завірених) документів, протягом 20 (двадцяти) робочих днів, про що складає відповідний Страховий Акт.

**7.3.3.** Страхова виплата/відшкодування здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів, з дати підписання Страхового Акту. Виплата страхового відшкодування здійснюється в безготівковій формі відповідно до умов Договору страхування. Днем виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика.

**7.3.4.** У випадку, прийняття рішення про відмову в страховій виплаті, Страховик повідомляє Страхувальника протягом 3 (трьох) робочих днів – письмово, з обґрунтуванням причин відмови.

## **8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

**8.1.** Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

**8.2.** Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

**8.3.** Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку.

**8.4.** Несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

**8.5.** Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором страхування.

**8.6.** Порухення Застрахованою особою порядку обслуговування, встановленого Договором страхування (окрім невідкладних станів), недотримання рекомендацій лікаря, порушення режиму лікування, норм та правил поведінки в ЛПЗ.

**8.7.** Отримання допомоги та послуг, лікарських засобів, методів та засобів лікування, які не мають письмових рекомендацій встановленого зразку від лікаря ЛПЗ, оформлених належним чином, та не є затвердженими дійсними нормативними документами МОЗ України.

**8.8.** Отримання допомоги та послуг в ЛПЗ, які не передбачені Договором страхування та Програмою страхування.

**8.9.** Оплата витрат на медичні послуги та товари медичного призначення і подання не належним чином оформленого розрахункового документу, відповідно пунктів 7.1.2.1. – 7.1.2.2.5. Умов.

**8.10.** Отримання послуг в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг.

**8.11.** Навмисне надання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану її здоров'я, з метою отримання медичної допомоги та послуг, на підставі яких Страховиком була організована медична допомога.

**8.12.** Необґрунтований виклик лікаря або невідкладної медичної допомоги. Необґрунтованим викликом вважається: виклик, здійснений не в медичних цілях; виклик з метою одержання планових медичних маніпуляцій; виклик, при якому Застрахована особа відсутня за адресою, яка була повідомлена при здійсненні виклику бригади швидкої медичної допомоги або лікаря.

- 8.13.** Відмова Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після настання страхового випадку.
- 8.14.** У разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та – як наслідок, збільшення медичних витрат.
- 8.15.** Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні.
- 8.16.** Будь-які події, які мають ознаки страхового випадку, але виникли поза межами строку дії та/або не на території дії Договору страхування.
- 8.17.** Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування.
- 8.18.** Страховик має право зменшити страхову виплату:
- 8.18.1.** Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок події, передбаченої Договором страхування, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткового збитку.
- 8.19.** Умовами Договору страхування можуть передбачатися також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству.
- 8.20.** Випадки, якщо Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) не здійснив всіх дій для отримання страхової виплати та не надав всіх необхідних документів по заявленому страховому випадку, зазначених Договорі страхування протягом 90 календарних днів з дати подання заяви про настання події, Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та закриває розгляд такої справи. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача) та за умови надання ним всіх необхідних документів Страховик відновлює розгляд закритої справи по такому випадку.
- 8.21.** Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
- 8.22.** Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє Страхувальнику/Застрахованій особі (Вигодонабувачу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови у строки зазначені в п.7.2.4. Умов.
- 8.23.** Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена в судовому порядку.
- 8.24.** Повернення грошових коштів, сплачених Страховиком до прийняття рішення про відмову у виплаті здійснюється Страхувальником/Застрахованою особою Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту отримання рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати.

## **9. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ**

- 9.1.** За згодою Страховика і Страхувальника до Договору страхування можуть бути внесені доповнення та зміни, що не суперечать чинному законодавству України та Умовам.
- 9.2.** Всі зміни і доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладання, приймаються за домовленістю Сторін шляхом укладання Додаткової угоди/Додаткового договору до Договору страхування, що є невід'ємними частинами Договору страхування. Про намір внести зміни та (або) доповнення до Договору страхування Сторона-ініціатор зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до бажаної дати (прогнозованого) внесення змін та (або) доповнень.
- 9.3.** Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору страхування можуть бути запропоновані шляхом направлення листа однієї Сторони Договору страхування іншій електронною поштою, засобами поштового зв'язку за адресами Сторін Договору страхування, визначеними у Договорі страхування.
- 9.4.** Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін та/або доповнень до Договору страхування, то протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту остаточного розгляду пропозиції про внесення змін та/або доповнень до Договору страхування, вирішується питання про його дію на попередніх умовах або про припинення його дії.
- 9.5.** Упродовж строку дії Договору страхування Страхувальник може вносити зміни в Перелік Застрахованих осіб (Додаток №1 до Договору страхування), повідомивши про це Страховика за 5 (п'ять) робочих днів до дати таких змін у порядку, передбаченому Договором страхування, зокрема:
- 9.5.1.** Припинити дію Договору страхування по відношенню до будь-якої Застрахованої особи та/або додати до Договору страхування нову Застраховану особу. При цьому:
- а) для особи, що додається до Переліку Застрахованих осіб Страховий платіж, Страхова сума, Індивідуальні грошові ліміти відповідно до Програми страхування, Негрошові ліміти за опціями Програми

страхування перераховуються пропорційно кількості днів, що залишилися до закінчення дії Договору страхування за формулою визначеною в Договорі страхування;

б) для особи, що виключається з Переліку Застрахованих осіб відповідно до умов Договору страхування, розраховується частка Страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику або за згодою Сторін зараховується на страхування нової Застрахованої особи (яка додається до Переліку Застрахованих осіб);

в) Страхувальник сплачує Страховику Страховий платіж за додаткову кількість Застрахованих осіб, про що Сторони складають Додаткову угоду відповідно до умов Договору страхування. При цьому сума Страхового платежу може бути зменшена на суму, що підлягає поверненню Страховиком Страхувальнику у зв'язку з виключенням Застрахованих осіб.

**9.5.2.** Якщо до закінчення строку дії Договору страхування залишається менше 30 (тридцяти) календарних днів, внесення нових осіб до Переліку Застрахованих осіб не здійснюється, крім індивідуальних випадків погоджених Страховиком.

**9.6.** Дія цього Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

**9.6.1.** Закінчення строку дії Договору страхування.

**9.6.2.** Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами) в повному обсязі.

**9.6.3.** Несплати Страхувальником Страхових платежів у строки та в розмірі, встановлені Договором страхування, з урахуванням умов Договору страхування.

**9.6.4.** Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

**9.6.5.** Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності (у разі смерті Застрахованої особи чи втрати нею дієздатності дія Договору страхування припиняється стосовно такої Застрахованої особи), за винятком випадків, передбачених Законом України “Про страхування”.

**9.6.6.** Набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору страхування недійсним.

**9.6.7.** Якщо протягом дії Договору страхування виявлено, що на Страхувальника накладено санкції Європейського Союзу, Великобританії, США (OFAC), Ради національної безпеки і оборони України (РНБО) - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

**9.6.8.** Якщо протягом дії Договору страхування виявлено, що Страхувальника внесено до переліку терористів - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

**9.6.9.** В інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

**9.6.10.** Дія Договору страхування може бути достроково припинена (в тому числі щодо окремої Опції/виду страхування) на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страховик або Страхувальник зобов'язані повідомити один одного не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

**9.7.** У разі дострокового припинення дії Договору страхування / виключення зі списку Застрахованих осіб за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування (далі – ВУВД) та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Повернення Страхових платежів в цьому випадку здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від медичних закладів, в яких здійснювалося обслуговуванням Застрахованих осіб, однак в будь-якому випадку не пізніше як через 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання вимоги Страхувальника про дострокове припинення Договору страхування. Сума Страхового платежу, що підлягає поверненню у випадку припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника розраховується за формулою визначеною в Договорі страхування.

**9.7.1.** При достроковому припиненні дії Договору страхування, за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням умов страхування Страхувальником, то Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням ВУВД, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування згідно формули, зазначеної в умовах Договору страхування.

**9.7.2.** Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням ВУВД, фактичних страхових виплат за Договором страхування.

**9.7.3.** При припиненні дії Договору страхування відповідно до п. 9.6.7. – п. 9.6.8. Умов, порядок повернення страхової премії здійснюється у порядку норм законодавства України в сфері фінансового моніторингу.

**9.7.4.** ВУВД визначена в Договорі страхування.

**9.7.5.** Протягом строку дії Договору страхування Страхувальник може достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до будь-якої Застрахованої особи, зазначеної у Додатку №1 до Договору страхування, незалежно від наявності її згоди, у порядку, передбаченому п. 9.5.1. Умов.

**9.8.** У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю.

**9.9.** При достроковому припиненні дії Договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

**9.10.** При достроковому припиненні дії Договору страхування, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

## **10. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**10.1.** Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі, окрім випадків, передбачених законодавством, зокрема:

**10.1.1.** Якщо строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів.

**10.1.2.** Якщо за Договором страхування повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.

**10.2.** У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, такий Договір страхування вважається не укладеним, а сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором страхування і у сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором страхування.

**10.2.1.** Повернення страхової премії здійснюється виключно в безготівковій формі за реквізитами, які визначені в заяві.

**10.2.2.** Датою припинення Договору страхування (відмови від Договору страхування) є дата отримання Страховиком заяви із зазначенням реквізитів.

**10.3.** Строк повернення страхової премії – протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування із зазначенням реквізитів.

## **11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**11.1.** Перед укладенням Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» Страховик забезпечує Страхувальника доступною інформацією, в т.ч. про страховий продукт, що пропонується, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта. Відповідна інформація розміщена на веб-сайті Страховика <https://kniazha.ua/>.

**11.2.** Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, включаючи:

**11.3.** Обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- загальна кількість Застрахованих осіб;

- сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);

- рід занять для Страхувальника-фізичної особи;

- бажаний розмір страхового покриття (страхової суми на кожну Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
- бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;
- франшиза;
- група ризику.

**11.3.1.** Відомості про об'єкт страхування:

- прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи;
- дата народження Застрахованої особи;
- місто та домашня адреса (повна адреса фактичного проживання) Застрахованої особи;
- документ, що посвідчує особу (серія, номер) Застрахованої особи;
- РНОКПП Застрахованої особи;
- контактний телефон Застрахованої особи;
- інформація про чинні Договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- декларація про стан здоров'я Застрахованої особи;
- бажаний рівень Програми страхування для Застрахованої особ

**11.4.** Страхувальник має право укласти договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

**11.5.** При укладенні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника (якщо він є юридичною особою) баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою). Також Страховик має право для укладення Договору страхування запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.

**11.6.** Зазначена в п. 11.3. - 11.3.1. Умов інформація повинна бути актуальною, достовірною та повною. Дана інформація має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування та зазначається Страхувальником у заяві на страхування. Договір страхування укладається у формі, що визначена законодавством до такого Договору страхування. Кількість примірників Договору страхування і спосіб його укладення визначається за домовленістю сторін з обов'язковим дотриманням вимог чинного законодавства України.**11.7.** В разі втрати оригіналу Договору страхування Страхувальником, Страховик повинен видати Страхувальнику дублікат цього Договору страхування. Після видачі дублікату, втрачений примірник вважається недійсним.

**11.7.** Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, які відповідають цим Умовам та не суперечать чинному законодавству України.**11.9.** Зміни або доповнення умов Договору страхування здійснюються за взаємною угодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін Договору страхування і оформлюються шляхом складання додаткової угоди в письмовому або електронному вигляді до Договору страхування, що містить нові умови Договору страхування і є невід'ємною частиною Договору страхування.

**11.8.** Укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом (пластиковою картою), сертифікатом.

**11.9.** Договір страхування, у відповідності до цих Умов, укладається у формі паперового документу з проставлянням власноручних підписів сторін Договору страхування та у іншому порядку, встановленому чинним законодавством та передбаченими умовами Договору страхування.

**11.10.** Договір страхування, всі додатки до нього, додаткові угоди/додаткові договори (у разі укладання) розглядаються разом як один Договір страхування та є його невід'ємними частинами.

## **12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

**12.1.** Всі спори щодо невиконання або неналежного виконання умов Договору страхування вирішуються шляхом переговорів та, при необхідності, із залученням незалежних експертів. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у порядку, встановленому чинним законодавством України, в т.ч. шляхом звернення до суду.

**12.2.** При вирішенні питань, що не врегульованні Договором страхування та цими Умовами, сторони керуються законодавством.

### **13. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

**13.1.** У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник, особа, відповідальність якої застрахована, потерпіла третя особа звертаються:

- за телефоном цілодобової гарячої лінії Страховика: **0 800 212 303** (на території України);
- за місцезнаходженням Головного офісу Страховика (вул. Глибочицька, 44, м. Київ, 04050, Україна);
- за місцезнаходженням підрозділів Страховика за адресами, розміщеними на вебсайті Страховика за посиланням <https://kniazha.ua/contacts>;
- на електронну адресу Страховика [reception@kniazha.ua](mailto:reception@kniazha.ua).

**13.2.** ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП», юридична адреса: вул. Глибочицька 44, м.Київ, Україна, 04050  
тел. + 38 044 364 20 63;

**13.3.** Чат-бот Viber, Telegram, WhatsApp (<https://kniazha.ua/chatbots>):



### **14. ІНШІ УМОВИ**

**14.1.** Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору страхування відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за Договором страхування.

**14.2.** Гранична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування, становить **70%**.

**14.3.** Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком тощо) та інші умови страхування, передбачені Умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування. У випадку розбіжностей між цими Умовами та конкретним Договором страхування, застосовуються умови Договору страхування.

**14.4.** Зміни до Умов вносяться шляхом викладення цих Умов у новій редакції. Із введенням в дію нової редакції Умов попередня редакція таких Умов припиняє дію та нові договори страхування за страховим продуктом «Медичне страхування (страхування здоров'я)» укладаються відповідно до нової редакції Умов. Договір страхування, укладений за попередньою редакцією Умов, продовжує діяти на загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії, крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою сторін.

**ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ТА/АБО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ  
ЗДОРОВ'Я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

(у % від страхової суми)

№	Вид травматичних ушкоджень, функціональних розладів здоров'я	% виплати
<b>КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА</b>		
<b>1.</b>	<b>Перелом кісток черепа</b>	
1.1	перелом зовнішньої пластинки кісток склепіння черепа, розходження шва	5
1.2	перелом або тріщина склепіння, тріщина основи	15
1.3	перелом основи	20
1.4	перелом склепіння і основи	25
<b>2.</b>	<b>Внутрішньочерепні травматичні крововиливи (гематоми)</b>	
2.1	субарахноїдальний крововилив	10
2.2	епідуральний крововилив	15
2.3	субдуральний крововилив	20
<b>3.</b>	<b>Ушкодження головного мозку:</b>	
3.1	струс головного мозку у осіб віком від 16 років і старше при періоді стаціонарного лікування від 6 до 9 днів включно	3
3.2	струс головного мозку у осіб віком від 16 років і старше при періоді стаціонарного лікування від 10 до 15 днів включно, у дітей в віці до 16 років – від 6 днів	5
3.3	струс головного мозку, діагностований невропатологом, при якому потрібне лікування протягом 16 днів і більше	10
3.4	забій головного мозку	15
3.5	не видалені сторонні тіла в порожнині черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
3.6	розтрошення речовини головного мозку (без опису симптоматики)	50
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилось оперативне втручання на кістках черепа, головному мозку та його оболонках, додатково одноразово виплачується 10% страхової суми.		
2. У випадку, коли в результаті однієї травми настають ушкодження, перераховані в одній статті, страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш важкі ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
<b>4.</b>	<b>Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило:</b>	
4.1	астенічний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей до 16 років	5
4.2	арахноїдит, енцефаліт, арахноенцефаліт	10
4.3	епілепсію	15
4.4	парез однієї кінцівки (верхній або нижній монопарез)	30
4.5	гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, лівих або правих кінцівок, амнезію)	40
4.6	моноплегію (параліч однієї кінцівки)	60
4.7	тетрапарез (парез верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації руху, слабоумство (деменція), порушення інтелекту	70
4.8	гемі-, пара-, тетраплегію, втрату мови, декортикацію, порушення функцій тазових органів	100
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, переліченими у статті 4, здійснюється по одному із підпунктів, що враховує найбільш важкі наслідки травми, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом (далі – ЛПЗ) після закінчення 3 місяців з дня травми і підтвержені довідкою цього ЛПЗ. Страхова виплата здійснюється додатково до виплати, здійсненої у зв'язку зі страховими випадками, що призвели до ушкодження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100%.		
2. У випадку, коли Застрахованою особою надані довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, страхова виплата здійснюється по статтям 1, 2, 3, 5, 6 та статті 4 шляхом підсумовування.		
3. При зниженні гостроти зору або зниження слуху в результаті важкої черепно-мозкової травми (струс головного мозку до таких травм не відноситься) страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми та вказаних ускладнень по відповідним статтям Таблиці шляхом підсумовування.		
<b>5.</b>	<b>Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без укавання симптомів:</b>	
5.1	струс	5
5.2	забій	10
5.3	здавлення, гематомієлія, поліомієліт	30
5.4	частковий розрив	50
5.5	повний розрив	100
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з травмою хребта та спинного мозку проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 15 % страхової суми одноразово.		
<b>6.</b>	<b>Ушкодження периферичних черепно-мозкових нервів (не застосовується, якщо виплата зроблена по статті 1)</b>	
6.1	одного	5
6.2	двох та більше	10
<b>7.</b>	<b>Травматичні неврити на одній кінцівці (за виключенням невритів пальцевих нервів)</b>	10
<b>8.</b>	<b>Ушкодження шийного, плечового, поперекового, крижового нервових сплетень та їхніх нервів</b>	
8.1	травматичний плексит	10
8.2	частковий розрив сплетення	40
8.3	розрив сплетення	70
<b>Примітки:</b>		
1. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для здійснення страхової виплати.		
2. Статті 7 та 8 разом не застосовуються.		
<b>9.</b>	<b>Розрив нервів/гілок:</b>	
9.1	гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
9.2	Одного із нервів: – променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба і передпліччя; – малогомілкового і великогомілкового нервів	10
9.3	двох і більше нервів: – променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба і передпліччя; – малогомілкового і великогомілкового нервів	20
9.4	Одного нерва: – пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча; – сідничного і стегнового.	25
9.5	двох і більше нервів: – пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча; – сідничного і стегнового	40
<b>Примітки:</b>		
1. Пошкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не дає підстав для здійснення страхової виплати.		

ОРГАНИ ЗОРУ												
10	Параліч акомодатії одного ока										15	
11	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), пошкодження м'язів очного яблука (травматична косокосість, птоз, диплопія)										15	
12	Звуження поля зору одного ока:											
12.1	неконцентричне										5	
12.2	концентричне										10	
13	Пульсуючий екзофтальм одного ока										20	
14	Ушкодження ока, яке не спричинило зниження гостроти зору:										5	
14.1	непроникаюче поранення очного яблука, гіфема										3	
14.2	проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм										5	
<b>Примітки:</b>												
1. Опіки ока без указання ступеня, а також опіки ока I ступеня, які не спричинили патологічних змін, не дають підстав для здійснення страхової виплати.												
2. У випадку, якщо пошкодження, перелічені в статті 14, спричинили зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється у відповідності зі статтею 20. Стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо в зв'язку з пошкодженням очного яблука здійснювалась виплата по статті 14, а в подальшому травма ускладнилась зниженням гостроти зору, що дало підстави для здійснення виплати у більшому розмірі, раніше здійснена страхова виплата вираховується із остаточної суми страхової виплати.												
3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока, забій, контузія очного яблука, які не спричинили зниження гостроти зору, не дають підстав для здійснення страхової виплати.												
15.	Ушкодження сльозовидільних шляхів одного ока:											
15.1	яке не спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів										5	
15.2	яке спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів										10	
16.	Наслідки травми ока:											
16.1	кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хориоретиніт										5	
16.2	дефект радужки, зміщення кришталика (за виключенням протезованого), зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот повіки, не вилучені сторонні тіла в очному яблуці або тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та повік (за винятком шкіри)										10	
<b>Примітки:</b>												
1. Якщо в результаті однієї травми настане декілька патологічних змін, перерахованих в статті 16, страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш важкого наслідку одноразово.												
2. У випадку, якщо лікар-окуліст після закінчення 3 місяців з дня травми ока встановить, що існують патологічні зміни, перераховані в статтях 10, 11, 12, 13, 15.2, 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом сумування, але не більше 50% страхової суми за одне око.												
17	Ушкодження очей (ока), що спричинило повну втрату зору єдиного ока або обох очей, що володіли зором не нижче 0,01										100	
18	Видалення в результаті травми очного яблука сліпого ока										10	
19	Перелом орбіти										10	
20	Ушкодження ока, що спричинило зниження гостроти зору											
гострота зору до травми		гострота зору після травми										
		0,00	нижче 0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
1,00		45	35	27	24	21	18	15	12	9	6	4
0,9		42	32	24	21	18	15	12	9	6	4	
0,8		39	29	21	18	15	12	9	6	4		
0,7		36	26	18	15	12	9	6	4			
0,6		33	23	15	12	9	6	4				
0,5		30	20	12	9	6	4					
0,4		27	17	9	6	4						
0,3		24	14	6	4							
0,2		21	11	4								
0,1		14	4									
нижче 0,1		10										
<b>Примітки:</b>												
1. Рішення про здійснення страхової виплати в зв'язку зі зниженням, в результаті травми, гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути виплачена страхова сума з урахуванням факту травми по статті 14, 15.1, 19.												
2. Якщо відомості про гостроту зору пошкодженого ока до травми відсутні, то умовно вона прирівнюється до гостроти зору непошкодженого ока. Але, якщо гострота зору непошкодженого ока виявиться нижчою ніж гострота зору пошкодженого ока після травми, умовно вважається що гострота зору пошкодженого ока дорівнювала 1,0.												
3. Якщо в результаті травми були пошкоджені обидва ока та відомості про їх гостроту зору до травми відсутні, умовно вважається що їх гострота зору складала 1,0.												
4. Якщо в зв'язку з посттравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталик або застосована коригуюча лінза, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до такої операції.												
5. До повної сліпоти прирівнюється гострота зору нижче 0,01 і до світовідчуття (підрахунок пальців біля лица).												
ОРГАНИ СЛУХУ												
21	Ушкодження вушної раковини, що спричинило за собою:											
21.1	перелом хряща										3	
21.2	рубцеву деформацію або відсутність до 1/3 частини вушної раковини										5	
21.3	відсутність 1/3 - 1/2 частини вушної раковини										10	
21.4	відсутність більше ніж 1/2 частини вушної раковини										15	
21.5	повна відсутність вушної раковини										20	
<b>Примітки:</b>												
1. Рішення про здійснення страхової виплати по статті 21.2, 21.3, 21.4 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння ран.												
2. Якщо в зв'язку з пошкодженням вушної раковини страхова виплата здійснювалась по статті 21, стаття 56 не застосовується.												
22	Ушкодження одного вуха, яке призвело до втрати слуху:											
22.1	шепіт на відстані від 1 до 2 м										5	
22.2	шепіт на відстані до 1 м										15	
22.3	повна глухота (розмовна річ - 0)										25	
<b>Примітки:</b>												
1. Страхова виплата в зв'язку зі зниженням в результаті травми слуху здійснюється після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до ЛОР-спеціаліста для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по статті 23 (за наявності підстав).												



23	Розрив барабанної перетинки без зниження слуху	5
<b>Примітка:</b> 1. Якщо в результаті травми була розірвана барабанна перетинка та настало зниження слуху, страхова виплата здійснюється по статті 22, стаття 23 при цьому не застосовується. 2. Якщо розрив барабанної перетинки відбувся в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка) стаття 23 не застосовується.		
24.	<b>Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:</b>	
24.1	гострого гнійного	3
24.2	хронічного	5
<b>Примітка:</b> 1. Страхова виплата по статті 24 здійснюється додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено ЛОР-спеціалістом після закінчення 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми по відповідній статті Таблиці.		
<b>ДИХАЛЬНА СИСТЕМА</b>		
25	<b>Ушкодження носа</b>	
25.1	вивих кісток носа, перелом хряща	3
25.2	перелом кісток носа, передньої стінки лобної, гайморової пазух, гратчастої кістки	
25.2.1	без зміщення	5
25.2.2	зі зміщенням	10
<b>Примітка:</b> 1. Якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа наступить його деформація і це буде підтверджено довідкою ЛПЗ і результатами огляду, страхова виплата проводиться по статті 25 та 56 (при наявності підстав застосування цієї статті) шляхом підсумовування.		
26	<b>Ушкодження легенів, що спричинило гемоторакс, пневмоторакс, пневмонію, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини, підшкірну емфізему:</b>	
26.1	з однієї сторони	5
26.2	з двох сторін	10
<b>Примітки:</b> 1. Пневмонія, що виникла в період лікування травми чи після оперативного втручання, яке проводилось з приводу травми (за виключенням пошкодження грудної клітки та органів грудної порожнини), не дає підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо перелом ребер, груднини, спричинили ускладнення, передбачені статтею 26, страхова виплата за цією статтею здійснюється додатково до статті 28, 29.		
27	<b>Ушкодження грудної клітки та її органів, що спричинило за собою:</b>	
27.1	легеневу недостатність (по закінченню 3-х місяців з дня травми)	10
27.2	видалення частини, частки легенів	40
27.3	видалення однієї легені	60
<b>Примітки:</b> 1. При здійсненні страхової виплати по статті 27.2, 27.3 стаття 27.1 не застосовується.		
28	<b>Перелом груднини</b>	5
29	<b>Перелом ребер чи перелом в хрящовій частині ребра (реберної дуги)</b>	
29.1	одного – трьох (без зміщення)	3
29.2	одного – трьох (зі зміщенням)	5
29.3	кожного слідуєчого ребра	2
<b>Примітки:</b> 1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. При наявності декількох довідок з ЛПЗ з різними даними про кількість пошкоджених ребер, за основу береться довідка зі стаціонару або останнього ЛПЗ, в якому проводилось лікування з приводу травми, або рішення приймається лікарем-консультантом на підставі вивчення рентгенограм.		
30.	<b>Проникаюче поранення грудної клітини, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, здійснені в зв'язку із травмою:</b>	
30.1	торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без пошкодження органів грудної порожнини	5
30.2	торакотомія при відсутності пошкодження органів грудної порожнини	10
30.3	торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини	15
30.4	повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	10
<b>Примітки:</b> 1. Якщо у зв'язку із пошкодженням грудної клітини та її органів було зроблено видалення легені або його частини, то страхова виплата здійснюється у відповідності зі статтею 27, виплати за статтею 30 при цьому не здійснюються. Статті 30 та 26 разом не застосовуються. 2. Якщо у зв'язку із травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найбільш складного втручання одноразово.		
31	<b>Пошкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не спричинило порушення функцій</b>	5
<b>Примітки:</b> 1. Якщо в зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія) додатково виплачується 5% страхової суми.		
32	<b>Пошкодження гортані, трахеї, під'язичної кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, здійснена в зв'язку з травмою, що спричинили:</b>	
32.1	осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки не менше 3 місяців після травми	10
32.2	втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки не менше 6 місяців після травми	20
<b>Примітки:</b> 1. Страхова виплата по статті 32 виплачується додатково до виплати, здійсненої в зв'язку з травмою по статті 31. Якщо Застрахована особа в своїй заяві указала що травма спричинила порушення функцій гортані або трахеї, необхідно отримати висновок спеціаліста після закінчення 3 місяців з дня травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється по статті 31.		
<b>СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА</b>		
33	<b>Пошкодження серця, його оболонок (ендо-, міо- і епікарда), великих магістральних судин, які не спричинили серцево-судинну недостатність</b>	25
34	<b>Пошкодження серця, його оболонок (ендо-, міо- і епікарда) і великих магістральних судин, що спричинило за собою серцево-судинну недостатність</b>	
34.1	I ступеня	30
34.2	II-III ступеня	35
35	<b>Пошкодження великих периферичних судин, що не спричинило за собою порушення кровообігу на рівні:</b>	
35.1	плеча, стегна	10
35.2	передпліччя, гомілки	5
36	<b>Пошкодження великих периферичних судин, що спричинило за собою серцево-судинну недостатність</b>	20

**Примітки:**

- До великих периферичних судин слід відносити: аорту, легеневу, безімнену, сонні артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню полі вени, комірцеву вену, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові (підкрильцеві), плечові, ліктьові та променеві артерії, підвздошні, стегнові, підколінні, передні та задні великокомілкові артерії, плечоголові, підключичні, пахові, стегнові та підколінні вени.
- Якщо Застрахована особа в своїй заяві вказала, що травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, необхідно отримати висновок спеціаліста.
- Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені в ЛПЗ після закінчення 3 місяців з дня травми та підтвержені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за статтями 33, 35.
- Якщо в зв'язку з пошкодженням великих судин проводились операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 5% страхової суми.

<b>ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ</b>		
<b>37</b>	<b>Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:</b>	
37.1	перелом однієї кістки, в тому числі ізольований перелом альвеолярного відростка, вивих щелепи	<b>5</b>
37.2	перелом двох або більше кісток або подвійний перелом однієї кістки, перелоמו-вивих	<b>10</b>
<b>Примітки:</b>		
1. При переломі щелепи, який випадково настав при стоматологічних маніпуляціях, проведення наркозу, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.		
2. Перелом альвеолярного відростка, який настав при втраті зубів, не дає підстав для отримання страхової виплати.		
3. Якщо в зв'язку з травмою щелепи, виличних кісток проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
<b>38</b>	<b>Звичайний вивих щелепи</b>	<b>10</b>
<b>Примітки:</b>		
1. При звичному вивихові нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до виплати, здійсненої за статтею 37, якщо це ускладнення настало в результаті травми, отриманої в період страхування, протягом 1 року після неї. При рецидивах звичного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.		
<b>39</b>	<b>Пошкодження щелепи, що спричинило за собою:</b>	
39.1	втрату частини щелепи (за винятком альвеолярного відростку)	<b>40</b>
39.2	повну втрату щелепи	<b>60</b>
<b>Примітки:</b>		
1. У разі здійснення страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості.		
2. У випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, процент виплати визначається з урахуванням таких ушкоджень по відповідним статтям страхування.		
3. При здійсненні страхової виплати по статті 39 додаткова виплата за оперативні втручання не здійснюється.		
<b>40</b>	<b>Ушкодження язика, що спричинило:</b>	
40.1	відсутність кінчика язика	<b>10</b>
40.2	утворення рубців	<b>5</b>
40.3	відсутність язика на рівні дистальної третини	<b>15</b>
40.4	відсутність язика на рівні середньої третини	<b>30</b>
40.5	відсутність язика на рівні кореня, повна відсутність язика	<b>60</b>
<b>41</b>	<b>Ушкодження зубів, що спричинило:</b>	
41.1	відламування коронки, перелому постійного зуба (коронки, шийки, кореня), вивих зуба	<b>3</b>
41.2	втрати 1 зуба	<b>5</b>
41.3	2-3 зубів	<b>10</b>
41.4	4-6 зубів	<b>15</b>
41.5	7-9 зубів	<b>20</b>
41.6	10 і більше зубів	<b>25</b>
<b>Примітки:</b>		
1. У разі перелому чи втрати внаслідок травми зубів з незйомними протезами страхова виплата здійснюється з урахуванням втрати тільки опорних зубів. При ушкодженні внаслідок травми протезів, що знімаються, або переломі, вивихові хворобливо зміненого зуба (зубів), тобто ураженого хворобами каріозного (карієс, пульпіт, періодонтит) або некаріозного (гіпоплазія емалі, флюороз) походження, в т.ч. запломбованого зуба, страхова виплата не здійснюється. Але, якщо хворобливо змінені зуби знаходились в лінії перелому щелепи та видалені в зв'язку з цим переломом, то за їх втрату страхова виплата здійснюється на загальних підставах.		
2. При втраті або переломі молочних зубів у дитячому віці до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах.		
3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати визначається по статті 37 та 41 шляхом сумування.		
4. Якщо в зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата по статті 41.1, а в подальшому цей зуб був видалений, із страхової виплати, яка підлягає виплаті, вираховується раніше здійснена виплата.		
5. Якщо видалений в зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах по статті 41. При видаленні пізніше цього зуба додаткова виплата не здійснюється.		
<b>42</b>	<b>Ушкодження (розрив, опік, поранення) ротової порожнини, глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена в зв'язку з цими пошкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунку, що не спричинило функціональних порушень.</b>	<b>5</b>
<b>43</b>	<b>Ушкодження (розрив, опік, поранення) стравоходу, що призвело до:</b>	
43.1	звуження стравоходу	<b>40</b>
43.2	непрохідності стравоходу (при наявності гастротомії), а також стан після пластики стравоходу	<b>100</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата по статті 43 виплачується не раніше шести місяців з дня травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється попередньо по статті 42 і відраховується при прийнятті остаточного рішення.		
<b>44</b>	<b>Ушкодження (розрив, опік, поранення) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що спричинило:</b>	
44.1	холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	<b>5</b>
44.2	рубцеве звуження (деформацію) шлунку, кишечника, задньопрохідного отвору	<b>10</b>
44.3	спайкову хворобу (стан після операції з приводу спайкової кишкової непрохідності)	<b>20</b>
44.4	кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози	<b>40</b>
44.5	протиприродний задній прохід (колостома)	<b>100</b>
<b>Примітки:</b>		
1. При ускладненнях травми, передбачених в статтях 44.1, 44.2, 44.3 страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце після закінчення 3 місяців з дня травми, а передбачені пунктами 44.4 та 44.5 по закінченню 6 місяців після травми. Указані ускладнення травми визнаються лише у випадку підтвердження їх висновком ЛПЗ. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за статтею 42 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.		
2. Якщо в результаті однієї травми виникли ускладнення, перераховані в одному підпункті статті 44, страхова виплата здійснюється одноразово. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних підпунктах статті 44, остаточна сума страхової виплати визначається з урахуванням кожного з них шляхом їх сумування.		
<b>45</b>	<b>Кида, що утворилася на місці пошкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в області післяопераційного рубця, якщо операція проводилась в зв'язку з травмою</b>	<b>10</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата по статті 45 здійснюється додатково до виплат, пов'язаних із травмою органів живота, якщо вони виявились прямим наслідком цієї травми.		
2. Кида живота (пупкова, білої лінії, пахова та пахово-мошонкові), які виникли в результаті підняття ваги, не дають підстав для здійснення страхової виплати.		

<b>46</b>	<b>Ушкодження печінки в результаті травми або випадкового гострого отруєння, що спричинило:</b>	
46.1	підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сивороточний гепатит, який виник безпосередньо в зв'язку з травмою, гепатоз	<b>5</b>
46.2	печінкову недостатність	<b>10</b>
<b>47</b>	<b>Ушкодження печінки, жовчного міхура в результаті травми, що спричинило:</b>	
47.1	ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура	<b>15</b>
47.2	ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура	<b>20</b>
47.3	видалення частини печінки	<b>25</b>
47.4	видалення частини печінки і жовчного міхура	<b>35</b>
<b>48</b>	<b>Ушкодження селезінки, що спричинило</b>	
48.1	підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання	<b>5</b>
48.2	видалення селезінки	<b>30</b>
<b>49</b>	<b>Ушкодження шлунка, кишечника, підшлункової залози, брижі, що спричинило</b>	
49.1	утворення несправжньої кісти (псевдо кісти) підшлункової залози	<b>20</b>
49.2	резекцію частини шлунку, кишечника, підшлункової залози	<b>30</b>
49.3	резекцію частини шлунку з частиною кишечника або підшлункової залози	<b>50</b>
49.4	резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози	<b>60</b>
49.5	ушивання брижі	<b>15</b>
<b>Примітки:</b>		
1. При наслідках травми, перелічених в одному пункті, страхова виплата здійснюється одноразово. Якщо травма різних органів спричинить ускладнення, указані в різних підпунктах статті 49, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного із них шляхом сумування.		
<b>50</b>	<b>Ушкодження органів живота, у зв'язку з яким була зроблена</b>	
50.1	лапароскопія (лапароцентез)	<b>5</b>
50.2	лапаротомія при підозрі на ушкодження органів черевної порожнини (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	<b>10</b>
50.3	лапаротомія, при ушкодженні органів черевної порожнини (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом).	<b>15</b>
50.4	повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	<b>10</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати по статтях 46 – 49, стаття 50 (крім статті 50.4) не застосовується.		
2. Якщо в результаті однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька будуть видалені, а інші (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється по відповідним статтям і статтею 50.3 одноразово.		
3. У випадку, коли в результаті однієї травми будуть ушкоджені органи травлення, сечовидільної або статеві системи (без їх видалення) додатково здійснюється виплата по статті 54.1.		
<b>СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМИ</b>		
<b>51</b>	<b>Ушкодження нирки (нирок), що спричинило:</b>	
51.1	забій нирки, підтверджений клініко-лабораторними проявами, підкапсульний розрив нирки, що не потребує оперативного втручання	<b>5</b>
51.2	видалення частини нирки	<b>30</b>
51.3	видалення нирки	<b>60</b>
<b>52</b>	<b>Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинило:</b>	
52.1	цистит, уретрит, пієліт, пієлоцистит	<b>5</b>
52.2	гостру ниркову недостатність	<b>10</b>
52.3	зменшення об'єму сечового міхура	<b>15</b>
52.4	звуження сечоводу, сечовипускального каналу, гломерулонефрит, пієлонефрит	<b>25</b>
52.5	синдром тривалого роздавлення (травматичний токсикоз краш-синдром, синдром розтрощення), хронічна ниркова недостатність	<b>30</b>
52.6	непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевої свищі	<b>40</b>
<b>Примітки:</b>		
1. У разі порушення в результаті травми функції декількох органів сечовидільної системи, страхова виплата здійснюється згідно одного з підпунктів статті 52, яким передбачена максимальна виплата.		
2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими у статтях 52.1, 52.3 – 52.7 виплачується у тому разі, якщо вказані ускладнення мають місце після закінчення 3 місяців з дня травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється по статті 51 або 54.1 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.		
<b>53</b>	<b>Оперативні втручання, здійснені в зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:</b>	
53.1	цистостомія	<b>5</b>
53.2	при підозрі на пошкодження органів	<b>10</b>
53.3	при пошкодженні органів	<b>15</b>
53.4	повторні операції, здійснені в зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості)	<b>10</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з травмою видалили нирку або її частину, страхова виплата здійснюється по статті 51.2 та 51.3, стаття 53 при цьому не застосовується.		
<b>54</b>	<b>Ушкодження статевої чи сечовидільної системи:</b>	
54.1	поранення, розрив, опік, відмороження	<b>5</b>
54.2	згвалтування особи у віці:	
54.2.1	до 15 років	<b>50</b>
54.2.2	з 15 до 18 років	<b>30</b>
54.2.3	18 років і більше	<b>15</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата по статті 54.2 виплачується на підставі постанови про порушення карної справи і рішення суду.		
<b>55</b>	<b>Ушкодження статевої системи, що призвело до:</b>	
55.1	видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	<b>15</b>
55.2	видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену	<b>30</b>
55.3	втрати матки у жінок віком:	
55.3.1	до 40 років	<b>50</b>
55.3.2	від 40 до 50 років	<b>30</b>
55.3.3	понад 50 років	<b>15</b>
55.4	втрати статевого члену, обох яєчок	<b>50</b>
55.5	втрати або значної деформації однієї молочної залози	<b>20</b>

55.6	втрати або значної деформації двох молочних залоз	40
<b>Примітки:</b>		
1. Рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 1 місяця з дня травми. Загальна сума виплат в зв'язку з пошкодженням статевих органів при одній травмі не може перевищувати 50% страхової суми.		
<b>М'ЯКІ ТКАНИНИ</b>		
56	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобочкової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин (крім випадків, за якими страхова виплата здійснюється згідно статті 21), що призвело до:	
56.1	утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см <sup>2</sup>	3
56.2	утворення рубців площею від 1,0 см <sup>2</sup> і більше або довжиною 5 см і більше	5
56.3	значні косметичні дефекти	15
56.4	спотворювання	70
<b>Примітки:</b>		
1. До косметично помітних рубців (значні косметичні дефекти) відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, втягнені або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини.		
Спотворення – це різка зміна природного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших насильницьких впливів.		
2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміненням відламоків 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 тій чи іншій мірі.		
3. Якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобочкової 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.		
4. Рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 1 місяця з дня травми.		
57	Ушкодження м'яких тканин волоссяної частини голови, тулуба, кінцівок, що призвело до утворення рубців, а також опіків III - IV ступеня і поранень площею:	
57.1	від 2 до 5 см <sup>2</sup> (включно) або довжиною 5 см і більше	2
57.2	від 5 см <sup>2</sup> до 0,5% поверхні тіла (включно)	5
57.3	від 0,5% до 2,0% поверхні тіла (включно)	10
57.4	від 2,0% до 4,0% поверхні тіла (включно)	15
57.5	від 4,0% до 6,0% поверхні тіла (включно)	20
57.6	від 6,0 % до 8,0% поверхні тіла (включно)	25
57.7	від 8,0% до 10,0% поверхні тіла (включно)	30
57.8	більше 10% поверхні тіла	35
57.9	поранення м'яких тканин голови, тулуба, кінцівок (при строку лікування 10 днів та більше), що призвело до накладання швів, утворення рубців, глибокої гематоми м'язів	5
<b>Примітки:</b>		
1. % поверхні досліджуваного тіла дорівнює площі долонної поверхні його кисті і пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, вимірюваної від променево-зап'ясткового суглобу до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівок II – V п'ясткових кісток (без врахування I пальця).		
2. При визначенні площі рубців слід враховувати рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту враженої ділянки шкіри.		
3. Рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 1 місяця з дня травми. Якщо проводяться виплати за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, переломах кісток, пластиці сухожилля, зшиванні судин, нервів і т.п.) виплата за статтею 57 не здійснюється.		
58	Опіки м'яких тканин тулуба і кінцівок I - II ступеня площею:	
58.1	від 4% до 10% (включно) поверхні тіла	5
58.2	від 10% і більше поверхні тіла	10
<b>Примітки:</b>		
1. Рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 1 місяця з дня травми. Загальна сума виплат за статтями 56, 57, 58 не може перевищувати 40%.		
59	Опікова хвороба (опікова інтоксикація), опіковий шок	15
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата за статтею 59 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з опіком.		
60	Закрите ушкодження м'яких тканин, що спричинило за собою виникнення м'язової кили, посттравматичний періостит, перихондрит, повний і частковий розрив зв'язок і сухожил' (за винятком ахілового сухожилля, сухожил' пальців кисті і стопи)	5
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата в зв'язку з м'язовою килою, періоститом виплачується за умови, що назване ускладнення наявне у Застрахованої особи через місяць після травми.		
<b>ХРЕБЕТ</b>		
61	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобних відростків хребців (за винятком крижі і куприка):	
61.1	одного-двох	20
61.2	трьох-п'яти	30
61.3	шести та більше	40
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з травмою хребта проводилось оперативне втручання, додатково до виплати, передбаченої статтею 61, виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні з допомогою скелетної витяжки – 5%.		
62	Частковий або повний розрив міжхребцевих зв'язок (при строкові лікування не менше 10 днів), підвивих хребців (за винятком куприка)	5
<b>Примітки:</b>		
1. У випадку рецидиву підвивиху хребця страхова виплата не здійснюється.		
63	Перелом поперечних або остистих відростків:	
63.1	одного-двох	5
63.2	трьох або більше	10
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо одночасно є травма, передбачена статтею 61, то статтею 63 не застосовується.		
64	Перелом крижі	10
65	Пошкодження куприка:	
65.1	вивих куприкових хребців	5
65.2	перелом куприкових хребців	10
65.3	видалення куприкових хребців внаслідок травми	15
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо перелом або вивих хребців супроводжується пошкодженням спинного мозку, страхова виплата здійснюється з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумування.		
2. Якщо внаслідок однієї травми відбувається перелом тіла хребта, пошкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата здійснюється за статтею, яка передбачає найбільш важке ушкодження, одноразово.		

<b>ВЕРХНЯ КІНЦІВКА</b>		
<b>ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ</b>		
<b>66</b>	<b>Перелом лопатки, ключиці, розрив акроміально-ключичного або грудино-ключичного зчленувань:</b>	
66.1	перелом, вивих однієї кістки або розрив одного зчленування	<b>5</b>
66.2	перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом однієї кістки і розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці	<b>10</b>
66.3	розрив двох зчленувань і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного зчленування	<b>15</b>
66.4	перелом, що не зрісся (псевдосуглоб)	<b>15</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з пошкодженнями, визначеними статтею 66, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
2. Страхова виплата за статтею 66.4 здійснюється за умови, якщо таке ускладнення травми буде встановлено в ЛПЗ після закінчення 6 місяців з дня травми та підтверджено довідкою такого ЛПЗ. Така виплата являється додатковою.		
<b>ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>67</b>	<b>Ушкодження плечового суглоба (суглобної западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, зв'язок, суглобової сумки):</b>	
67.1	перелом суглобної западини лопатки, вивих плеча, повний або частковий розрив сухожилля, капсули суглобу, відрив кісткових фрагментів, включаючи великий горбик	<b>5</b>
67.2	перелом двох кісток, перелом лопатки, вивих плеча	<b>10</b>
67.3	перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелоמו-вивих плеча	<b>15</b>
<b>68</b>	<b>Ушкодження плечового суглоба, що призвело до:</b>	
68.1	звичний вивих плеча	<b>15</b>
68.2	відсутності рухів у суглобі (анкілозу)	<b>20</b>
68.3	формування суглоба що «бовтається», як результат резекції суглобних поверхонь кісток, які є його складовими.	<b>40</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата за статтею 68 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з пошкодженням області плечового суглобу в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення будуть установлені ЛПЗ після 6 місяців з дня травми та підтвержені довідкою з такого ЛПЗ.		
2. У випадку здійснення оперативного втручання в зв'язку з травмою плечового суглобу додатково виплачується 10% страхової суми, при консервативному лікуванні з допомогою скелетного витягування – 3%.		
3. Страхова виплата при звичному вивиху плеча здійснюється в тому випадку, якщо він настав протягом року після первинного вивиху, який відбувся під час дії Договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилось його вправлення. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.		
<b>ПЛЕЧЕ</b>		
<b>69</b>	<b>Перелом плечової кістки на будь-якому рівні (крім суглобів):</b>	
69.1	без зміщення (на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	<b>15</b>
69.2	зі зміщенням (подвійний перелом)	<b>20</b>
<b>70</b>	<b>Травматична ампутація верхньої кінцівки або важке пошкодження, яке привело до ампутації:</b>	
70.1	разом з лопаткою, ключицею або їх частиною	<b>80</b>
70.2	плеча на будь-якому рівні	<b>75</b>
70.3	єдиної кінцівки на рівні плеча	<b>100</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо страхова виплата виплачується за статтею 70, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>71</b>	<b>Травматична ампутація плечової кістки на будь-якому рівні або важке ушкодження, яке призвело до її ампутації</b>	<b>65</b>
<b>72</b>	<b>Перелом плечової кістки, що ускладнився утворенням несправжнього суглоба (псевдо суглобу)</b>	<b>45</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата за статтею 72 здійснюється додатково до страхової виплати, виплаченої в зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення будуть встановлені в ЛПЗ не раніше, ніж через 9 місяців після травми.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області плеча проводилось оперативне втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми.		
<b>ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>73</b>	<b>Ушкодження області ліктьового суглобу:</b>	
73.1	пронаційний підвивих передпліччя, гемартроз	<b>3</b>
73.2	відрив кісткових фрагментів, в тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки, розрив капсули суглобу	<b>5</b>
73.3	перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	<b>10</b>
73.4	перелом плечової кістки	<b>15</b>
73.5	перелом плечової кісток з променевою і ліктьовою кістками	<b>20</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в результаті однієї травми мають місце різні ушкодження, вказані в статті 73, страхова виплата проводиться відповідно до підпункту, який враховує найбільш важкі ушкодження.		
<b>74</b>	<b>Ушкодження області ліктьового суглоба, що призвело до:</b>	
74.1	анкілозу	<b>20</b>
74.2	формування суглобу що «бовтається», як результат резекції суглобних поверхонь кісток, що є його складовими	<b>30</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата по статті 74.1 здійснюється додатково до страхової виплати, яка здійснена в зв'язку з пошкодженням області ліктьового суглобу у випадку, якщо відсутність руху в такому суглобі буде встановлена ЛПЗ після 6 місяців з дня травми та підтверджено довідкою цього ЛПЗ.		
2. Якщо в зв'язку з травмою ліктьового суглобу проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні за допомогою скелетного витягування – 3%.		
<b>ПЕРЕДПЛІЧЧЯ</b>		
<b>75</b>	<b>Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів (верхня, середня, нижня третина):</b>	
75.1	перелом, вивих однієї кістки	<b>5</b>
75.2	перелом двох кісток, перелоמו-вивих (перелом однієї кістки і вивих іншої)	<b>10</b>
<b>76</b>	<b>Незрощений перелом, (псевдо суглоб) кісток передпліччя, за виключенням кісткових фрагментів</b>	
76.1	однієї кістки	<b>15</b>
76.2	двох кісток	<b>30</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата по статті 76 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення буде встановлено в ЛПЗ після 9 місяців з дня травми та підтверджено довідкою цього ЛПЗ.		

77	<b>Травматична ампутація або важке пошкодження, яке призвело до:</b>	
77.1	ампутації передпліччя на будь-якому рівні	65
77.2	екзартикуляції у ліктьовому суглобі	70
77.3	ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
<b>Примітки:</b> 1. Якщо в зв'язку з травмою передпліччя проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні за допомогою скелетного витягування – 3%.		
<b>ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯТКОВИЙ СУГЛОБ</b>		
78	<b>Ушкодження області променево-зап'яткового суглобу:</b>	
78.1	перелом однієї кістки передпліччя без зсуву, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив фрагменту (фрагментів) кістки, вивих голівки ліктьової кістки, розрив капсули суглобу	5
78.3	перелом двох кісток передпліччя	10
78.4	перелунарний вивих кістки	15
79	<b>Внутрішньосуглобові переломи кісток променево-зап'яткового суглоба, що призвели до анкілозу</b>	15
<b>Примітки:</b> 1. Страхова виплата по статті 79 здійснюється додатково до страхової виплати, яка здійснена в зв'язку з пошкодженням променево-зап'яткового суглобу у випадку, якщо відсутність руху в такому суглобі буде встановлена ЛПЗ після 6 місяців з дня травми та підтверджено довідкою цього ЛПЗ. 2. Якщо в зв'язку з травмою променево-зап'яткового суглобу проводились оперативні втручання додатково виплачується 5% страхової суми.		
<b>КИСТЬ</b>		
80	<b>Перелом кісток зап'ястя, п'ясткових кісток однієї кістки:</b>	
80.1	перелом однієї кістки (за винятком човноподібної)	5
80.2	двох і більше кісток (за винятком човноподібної)	10
80.3	човноподібної кістки	10
80.4	вивих, переломи-вивих кісті	15
<b>Примітки:</b> 1. Якщо в зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. При переломі (вивиху) у результаті однієї травми кісток зап'ястя (п'ясткових кісток) і човноподібної кістки додатково виплачується 5% страхової суми.		
81	<b>Пошкодження кисті, що спричинило:</b>	
81.1	переломи, які не зрослися (несправжній суглоб) однієї кістки, за виключенням відриву кісткових фрагментів	5
81.2	переломи, які не зрослися (несправжній суглоб) двох та більше кісток, за виключенням відриву кісткових фрагментів	10
81.3	втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток, зап'ястку, чи променево-зап'яткового суглобу	65
81.4	ампутацію єдиної кисті	100
<b>Примітки:</b> 1. Страхова виплата по статті 81.1 та 81.2 здійснюється додатково до статті 80, якщо ці ускладнення будуть встановлені ЛПЗ після проходження 6 місяців з дня травми та підтверджені довідкою цього ЛПЗ.		
<b>ПАЛЬЦІ КИСТІ</b>		
82	<b>Ушкодження пальця, що призвело до:</b>	
82.1	ушкодження сухожилля (сухожилків) розгиначів пальців, значну рубцеву деформацію фаланги	3
82.2	перелому (відриву кісткового фрагменту) фаланги, пошкодження сухожилля згинача пальця, сухожильного, суглобового, кісткового панарицію	5
<b>Примітки:</b> 1. Гнійне запалення білянігтьового валику (паноніхія) не дає підстав для отримання страхової виплати. 2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, перелому або вивиху фаланги, кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
83	<b>Ушкодження пальця, що призвело до:</b>	
83.1	відсутності рухливості в одному суглобі першого пальця	10
83.2	відсутності рухливості в двох суглобах першого пальця	15
83.3	відсутності рухливості в одному суглобі другого – п'ятого пальців	5
83.4	відсутності рухливості в двох суглобах другого-п'ятого пальців	10
<b>Примітки:</b> 1. Страхова виплата по статті 83 здійснюється додатково до страхової виплати, яка здійснена в зв'язку з пошкодженням пальця у випадку, якщо відсутність руху в такому суглобі пальця буде встановлена ЛПЗ після проходження 6 місяців з дня травми та підтверджено довідкою цього ЛПЗ.		
84	<b>Пошкодження пальця, що спричинило:</b>	
84.1	реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги	3
84.2	ампутації на рівні нігтьової фаланги першого пальця	10
84.3	ампутації на рівні міжфалангового суглобу (втрати нігтьової фаланги) першого пальця	15
84.4	ампутації на рівні основної фаланги першого пальця, п'ястно-фалангового суглобу (втрати пальця) першого пальця	20
84.5	ампутації першого пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	25
84.6	ампутації на рівні нігтьової фаланги другого-п'ятого пальців	5
84.7	ампутації на рівні міжфалангового суглобу (втрати нігтьової фаланги) другого-п'ятого пальців	10
84.8	ампутації на рівні основної фаланги другого-п'ятого пальців, п'ястнофалангового суглобу (втрати пальця) другого-п'ятого пальців	15
84.9	ампутації другого-п'ятого пальців з п'ясною кісткою або її частиною	20
<b>Примітки:</b> 1. У разі ушкодження декількох пальців у період дії одного Договору страхова сума виплачується з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування, але її розмір не може перевищувати 60% для однієї кисті і 100% для обох кистей.		
<b>ТАЗ</b>		
85	<b>Перелом кісток тазу:</b>	
85.1	перелом однієї кістки	5
85.2	перелом двох кісток або розрив одного сполучення, подвійний перелом однієї кістки	10
85.3	перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох сполучень	15
<b>Примітки:</b> 1. Якщо в зв'язку з перелом кісток тазу проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні за допомогою скелетного витягування – 3%.		
86	<b>Пошкодження тазу, що спричинило відсутність руху в тазостегнових суглобах:</b>	
86.1	в одному суглобі	20
86.2	в двох суглобах	40

<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата з приводу порушення функцій тазостегнового суглобу по статті 86 здійснюється додатково до статті 85, якщо ці ускладнення будуть встановлені ЛПЗ після проходження 6 місяців з дня травми та підтвержені довідкою цього ЛПЗ.		
<b>НИЖНЯ КІНЦІВКА</b>		
<b>ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>87</b>	<b>Ушкодження тазостегнового суглоба:</b>	
87.1	вивих тазостегнового суглоба з відривом кісткового фрагмента (фрагментів)	<b>5</b>
87.2	повний або частковий розрив зв'язок, ізольований відрив вертлюга (вертлюг)	<b>10</b>
87.3	вивих стегна	<b>15</b>
87.4	перелом голівки, шийки, проксимального метафіза стегна	<b>20</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в результаті однієї травми настали різні ушкодження тазостегнового суглобу, страхова виплата здійснюється за підпунктом, який передбачає найбільш важкі наслідки.		
2. Якщо в зв'язку з травмою тазостегнового суглобу проводились оперативні втручання додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні за допомогою скелетної витяжки – 3%.		
<b>88</b>	<b>Ушкодження тазостегнового суглоба, що спричинило:</b>	
88.1	анкілоз	<b>20</b>
88.2	переломи, які не зрослися (несправжній суглоб) шийки стегна	<b>30</b>
88.3	ендопротезування	<b>40</b>
88.4	формування суглобу що «бовтається», як результат резекції голівки стегна	<b>45</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в статті 88 здійснюється додатково до страхової виплати з приводу травми суглобу.		
2. Страхова виплата по статті 88.2 здійснюється якщо ускладнення травми будуть встановлені ЛПЗ після проходження 9 місяців з дня травми та підтвержені довідкою цього ЛПЗ.		
<b>СТЕГНО</b>		
<b>89</b>	<b>Перелом стегна:</b>	
89.1	на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина)	<b>25</b>
89.2	подвійний перелом стегна	<b>30</b>
<b>90</b>	<b>Перелом стегна, крім відриву кісткових фрагментів, що ускладнився утворенням несправжнього суглоба (перелом, що не зрісся)</b>	<b>30</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з травмою області стегна проводилось оперативне втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні при допомозі скелетного витягування – 3%.		
2. Страхова виплата за статтею 90 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом стегна, якщо такі ускладнення будуть встановлені в ЛПЗ після проходження 9 місяців з дня травми та підтвержені довідкою цього ЛПЗ.		
<b>91</b>	<b>Травматична ампутація або важке ушкодження, яке призвело до ампутації :</b>	
91.1	однієї кінцівки	<b>70</b>
91.2	єдиної кінцівки	<b>100</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо страхова виплата виплачується за статтею 91, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>КОЛІННИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>92</b>	<b>Ушкодження колінного суглоба, що спричинило:</b>	
92.1	вивих наколінника, гемартроз	<b>3</b>
92.2	відрив кісткового фрагменту (фрагментів), перелом над- виростка (виростка), перелом голівки малогомілкової кістки, ушкодження меніску, розрив капсули суглобу, розрив зв'язок	<b>5</b>
92.3	перелом: надколінка, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки	<b>10</b>
92.4	перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової кістки	<b>15</b>
92.5	перелом виростків стегна, вивих голілки	<b>20</b>
92.6	перелом дистального метафіза стегна	<b>25</b>
92.7	перелом дистального метафіза, відростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох великогомілкових кісток	<b>30</b>
<b>Примітки:</b>		
1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба страхова виплата здійснюється одноразово у відповідності з одним з підпунктів статті 92, який передбачає найбільш важке ушкодження.		
2. Якщо в зв'язку з травмою колінного суглобу проводилось оперативне втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні при допомозі скелетного витягування – 3%.		
<b>93</b>	<b>Ушкодження колінного суглоба, що спричинило за собою:</b>	
93.1	анкілоз	<b>20</b>
93.2	формування суглобу, що «бовтається» (у результаті резекції суглобних поверхонь кісток, що є його складовими)	<b>30</b>
93.3	ендопротезування	<b>40</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 6 місяців з дня травми. Виплата здійснюється додатково до попередньо здійсненої з приводу травми цього суглобу виплати.		
<b>ГОМІЛКА</b>		
<b>94</b>	<b>Перелом кісток голілки (за винятком області суглобів):</b>	
94.1	малогомілкової кістки, відрив кісткових фрагментів	<b>5</b>
94.2	малогомілкової кістки зі зсувом, великогомілкової кістки, подвійний перелом малогомілкової кістки	<b>10</b>
94.3	обох кісток, подвійний перелом великогомілкової кістки	<b>15</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата за статтею 94 визначається при:		
1.1. переломах малогомілкової кістки в верхній та середній третині;		
1.2. переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні;		
1.3. переломах великогомілкової кістки в області діафіза (верхня, середня, нижня третина) і переломах малогомілкової кістки в верхній та середній третині.		
2. Якщо в результаті травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки в колінному або голілковостопному суглобі та перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата здійснюється за статтею 92 та 94 або статтею 96 та 94 шляхом підсумовування.		
<b>95</b>	<b>Перелом кісток голілки, що призвів до перелому, що не зрісся, несправжнього суглобу (за винятком кісткових фрагментів):</b>	
95.1	малогомілкової кістки	<b>5</b>
95.2	великогомілкової кістки	<b>15</b>
95.3	обох кісток	<b>20</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата за статтею 95 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом кісток голілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені		

в ЛПЗ після проходження 9 місяців з дня травми та підтвержені довідкою цього ЛПЗ.		
2. Якщо в зв'язку з травмою гомілки проводилось оперативне втручання (крім первинної хірургічної обробки та видалення стороннього тіла), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні за допомогою скелетного витягування – 3%.		
<b>96</b>	<b>Травматична ампутація або важке ушкодження, яке призвело до:</b>	
96.1	екзартикуляції в колінному суглобі	<b>60</b>
96.2	ампутації гомілки на будь-якому рівні	<b>70</b>
96.3	ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	<b>100</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо страхова виплата виплачується за статтею 96, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ</b>		
<b>97</b>	<b>Ушкодження області гомілковостопного суглоба:</b>	
97.1	перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	<b>3</b>
97.2	перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	<b>10</b>
97.3	перелом обох кісточок з краєм великогомілкової кістки	<b>15</b>
<b>Примітки:</b>		
1. При переломах кісток гомілковостопного суглобу, які супроводжуються розривом міжгомілкового синдесмоза, підвивихом (вивихом) стопи, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.		
2. Якщо в зв'язку з травмою гомілковостопного суглобу проводилось оперативне втручання (крім первинної хірургічної обробки та видалення стороннього тіла), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово, при консервативному лікуванні за допомогою скелетного витягування – 3%.		
<b>98</b>	<b>Ушкодження гомілковостопного суглоба, що спричинило за собою:</b>	
98.1	анкілоз	<b>20</b>
98.2	формування суглобу, що «бовтається», (як результат резекції суглобних поверхонь кісток, що є його складовими)	<b>40</b>
98.3	екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі	<b>50</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в результаті травми гомілковостопного суглобу наступили ускладнення, перераховані в статті 98, страхова виплата здійснюється одноразово у відповідності з одним з підпунктів статті 98, який передбачає найбільш важке ушкодження.		
<b>99</b>	<b>Ушкодження ахіллового сухожилля</b>	
99.1	при консервативному лікуванні	<b>5</b>
99.2	при оперативному лікуванні	<b>15</b>
<b>СТОПА</b>		
<b>100</b>	<b>Ушкодження стопи:</b>	
100.1	перелом (вивих) однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)	<b>5</b>
100.2	перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	<b>10</b>
100.3	перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або в заплесново-плесневому суглобі (Лісфранка)	<b>15</b>
<b>Примітки:</b>		
1. При переломах або вивихах кісток або розривах зв'язок стопи проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
2. При переломах або вивихах кісток стопи, які відбулися внаслідок різноманітних травм, страхова виплата здійснюється з урахуванням факту кожної травми.		
<b>101</b>	<b>Пошкодження стопи, що спричинило:</b>	
101.1	переломи, які не зрослися (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за виключенням п'яtkової і таранної кісток)	<b>5</b>
101.2	переломи, які не зрослися (несправжній суглоб) трьох та більше кісток, а також п'яtkової і таранної кісток	<b>15</b>
101.3	артродез підтаранного суглобу, поперекового суглобу заплесни (Шопара) або заплесно-плесневого (Лісфранка)	<b>20</b>
101.4	ампутацію на рівні:	
101.4.1	плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	<b>30</b>
101.4.2	плеснових або передплюснів	<b>40</b>
101.4.3	таранної, п'яtkової кісток, гомілковостопного суглоба (утрата стопи)	<b>50</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в статті 101.1–101.3 здійснюється додатково до страхової виплати з приводу травми стопи у випадку, якщо вони будуть встановлені ЛПЗ після проходження 6 місяців з дня травми та підтвержені довідкою цього ЛПЗ, а по підпункту 101.4 – незалежно від строку, який пройшов з дні травми.		
2. При відривові кісткових фрагментів стаття 101 не застосовується.		
3. Якщо страхова виплата виплачується за статтею 101, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>ПАЛЬЦІ СТОПИ</b>		
<b>102</b>	<b>Перелом, вивих фаланг (фаланги), ушкодження сухожилля (сухожиль):</b>	
102.1	одного пальця	<b>3</b>
102.2	двох-трьох пальців	<b>5</b>
102.3	чотирьох-п'яти пальців	<b>10</b>
<b>Примітки:</b>		
1. У разі, якщо у зв'язку з переломом, вивихом або пошкодженням сухожиль пальців проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
<b>103</b>	<b>Травматична ампутація або ушкодження, що спричинило за собою ампутацію:</b>	
103.1	великого пальця на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглобу	<b>3</b>
103.2	великого пальця на рівні основної фаланги (утрата пальця) або плюсне-фалангового суглобу другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	<b>5</b>
103.3	одного пальця на рівні нігтьової або основної фаланги (втрата пальця окрім великого)	<b>3</b>
103.4	двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	<b>3</b>
103.5	усіх пальців стопи	<b>15</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в зв'язку з травмою був ампутований палець (пальці) з плюсневою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.		
2. Якщо страхова виплата виплачується за статтею 103, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
<b>104</b>	<b>Ускладнення травми, що спричинило:</b>	
104.1	утворення лігатурних свищів	<b>3</b>
104.2	тромбофлебіт, лімфостаз, порушення трофіки (в т.ч. синдром Зудека)	<b>5</b>
104.3	остеомиєліт, в т.ч. гематогенний	<b>10</b>
<b>Примітки:</b>		
1. Стаття 104 застосовується при тромбофлебитах, лімфостазі і розладі трофіки, які сталися внаслідок травми верхніх та нижніх кінцівок (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів) після проходження 3 місяців з дня травми.		
2. Гнійне запалення пальців стопи не дають підстав для застосування ст.104. Ампутація нижньої кінцівки в зв'язку з захворюваннями (діабетична гангрена, облітеруючий ендартеріїт, оклюзія судин) не дає підстав для здійснення страхової виплати.		



105	Клінічна смерть в результаті травми	20
106	Травматичний шок або шок, що розвився внаслідок гострої крововтрати, пов'язаної з травмою (геморалгічний шок)	5
<b>Примітки:</b>		
1. Страхова виплата за статтею 106 здійснюється додатково до страхової виплати з приводу травми.		
107	Переохолодження організму, що призвело до порушення функцій організму та лікуванні в умовах стаціонару	
107.1	Переохолодження організму, ускладнене функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем	10
107.2	Переохолодження організму, що призвело до порушення функцій організму та лікуванні в умовах стаціонару	20
108	<b>Укуси тварин:</b>	
108.1	неускладнені гнійно-септичним станом	5
108.2	ускладнені гнійно-септичним станом	10
109	<b>Токсичні ураження хімічними речовинами, отруйними рослинами</b>	
109.1	неускладнені	5
109.2	ускладнені функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем	20
110	<b>Ураження електричним струмом або блискавкою</b>	
110.1	неускладнені	5
110.2	ускладнені функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем	20
111.	<b>Випадкове гостре отруєння, асфіксія, кліщовий або післящеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм при стаціонарному лікуванні:</b>	
111.1	від 6 до 10 днів	5
111.2	від 11 до 20 днів	10
111.3	більше 20 днів	15
<b>Примітки:</b>		
1. Якщо в довідці зазначено, що події, перераховані в статті 111, спричинили ушкодження яких-небудь органів, страхова виплата здійснюється по відповідних статтях Таблиці, стаття 111 при цьому не застосовується.		
112. Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади здоров'я, які не приведені у Таблиці, можуть бути оцінені лікарем-експертом Страховика шляхом застосування аналогічних уражень, або їх наслідків з приведеними відсотками виплат (без урахування професійної працездатності Застрахованої особи). За домовленістю Страховика та Страхувальника може бути передбачено укладання Договору страхування щодо певних груп травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів, наведених у цій Таблиці.		