



ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС
EUROPEAN INSURANCE ALLIANCE

Затверджено Наказом Голови Правління
ПрАТ "ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС"
від 23.05.2025 №27/1
Редакція: v.2

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«Комплексне медичне страхування та страхування від нещасного випадку»
(далі – Загальні умови)

Строк дії даної редакції: з 26.05.2025 р до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ "ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС")

Ці Загальні умови страхового продукту «Комплексне медичне страхування та страхування від нещасного випадку» (далі – Страховий продукт) складені у відповідності до вимог чинного законодавства України, Закону України «Про страхування» та на підставі Політики андеррайтингу та Політики з розроблення та впровадження страхових продуктів ПрАТ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС»:

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

за класом страхування 2, розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик в межах класу страхування «медичне страхування».

Страховий продукт не є стандартним страховим продуктом.

Договори страхування, укладені відповідно до Загальних умов (далі – Договір, Договір страхування), Страховик не пропонує у якості супутнього/додаткового товару, роботи або послуги, що не є страховою.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ

1.1. У цьому розділі наведені терміни, що використовуються в Страховому продукті та в Договорах страхування, вживаються в такому значенні:

1.1.1. **Амбулаторно-поліклінічна допомога (амбулаторно-поліклінічне лікування)** – медична допомога, що надається хворій Застрахованій особі в амбулаторних умовах або за місцем перебування (проживання) з метою діагностики та лікування найбільш розповсюджених хвороб, травм, патологічних та фізіологічних станів.

1.1.2. **Альтернативна консультація** - консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого висококваліфікованого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку виключень), за яким вже є встановлений діагноз і надані рекомендації, та лікування не було ефективним при умові виконання Застрахованою особою всіх призначень лікаря.

1.1.3. **Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання)** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.

1.1.4. **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

1.1.5. **Гострий біль** – суб'єктивне відчуття, яке виникає раптово, різко погіршує загальний стан людини, заважає нормальній праці та дієздатності людини.

1.1.6. **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 Загальними умовами страхового продукту та/або за вимогою Страховика.

1.1.7. **Денний стаціонар** – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров'я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але, які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження.

1.1.8. **Загострення хронічного захворювання** – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

1.1.9. **Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі

страхування, на користь якої укладено Договір страхування та життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування.

1.1.10. **Заняття спортом на професійному рівні (професійний спорт)** - регулярні заняття будь-яким видом спорту. Передбачає тренування, підготовку та участь у змаганнях, за яку спортсмен може отримати матеріальну винагороду, титули, звання, нагороди, при цьому спорт є професійною діяльністю Застрахованої особи.

1.1.11. **Екстрена (швидка) медична допомога** – медично виправдані та обґрунтовані заходи екстреної медичної допомоги та медичного супроводу ЗО, яка перебуває в критичному (невідкладному) медичному стані що становить пряму та невідворотну загрозу життю до найближчого медичного закладу, з яким Страховиком укладено Договір про співпрацю, чи іншого найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога та створені належні для лікування умови згідно із Законом України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI.

1.1.12. **Категорія ЛПУ** - категорія, що присвоюється кожній лікувально-профілактичній установі в залежності від вартості послуг.

1.1.13. **Критичний медичний стан** – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщенні та/або підтримці життєво важливих функцій організму людини (в першу чергу дихальної та серцевої діяльності організму).

1.1.14. **Корпоративний ліміт** (на винятки зі страхових випадків, на лікування захворювань–винятків, на покриття діагностичних та/або лікувальних заходів, що підпадають під обмеження та винятки із страхування тощо) – сума коштів визначена Сторонам, в межах загальної страхової суми за Договором, що може бути використана Страховиком за письмовим погодженням зі Страхувальником на покриття діагностики, лікування, профілактики та інших заходів, які не передбачені Програмою страхування, або, відповідно до умов Договору підпадають під винятки зі страхових випадків та/або обмеження страхування.

1.1.15. **Лікувально-профілактична установа (ЛПУ)** – заклад охорони здоров'я та/або фізична особа-підприємець, які в установленому законодавством України порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, інші суб'єкти господарювання, що надають медичні (включаючи реабілітаційні та профілактично-оздоровчі) та/або інші послуги та/або виконують роботи / реалізують товари Застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку.

1.1.16. **Ліміт відповідальності** – грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміти відповідальності Страховика за окремими опціями/видами медичних та інших послуг/медикаментами тощо погоджуються Сторонами Договору при його укладенні та за наявності зазначаються у Договорі.

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

1.1.18. **Медикаментами** – лікарські засоби витратні медичні матеріали (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, катетери, рукавички, системи для внутрішньовенного введення, маски одноразовий медичний інструментарій тощо), необхідні для надання медичної допомоги.

1.1.19. **Медичні послуги** –передбачені умовами Договору медичні консультації, обстеження, маніпуляції, процедури, забезпечення медикаментами та інша медична допомога, що виконуються з метою лікування або полегшення стану здоров'я хворої Застрахованої особи та мають визначену вартість.

1.1.20. **Невідкладна допомога** – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

1.1.21. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи. До факторів зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб (в тому числі зґвалтування), напад та укуси тварин, отруйних змій, комах,

випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

1.1.22. **Перелік ЛПУ** – перелік лікувально-профілактичних установ, з якими Страховик уклав договір про співпрацю (або досяг згоди про взаємодію), та у яких Застрахованій особі будуть надаватися медичні та інші послуги відповідно до Програми страхування.

1.1.23. **Програма страхового продукту (Програма страхування)** – складові страхового покриття, що пропонуються окремо в межах умов Страхового продукту, з визначеним переліком видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, категорій ЛПУ, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, розміром страхової суми та/або лімітів відповідальності, розміром франшизи та/або інших складових страхового покриття.

1.1.24. **Профілактичний огляд** – комплекс профілактичних медичних заходів (огляд лікарів, лабораторно – інструментальні діагностичні дослідження та інше), з метою виявлення захворювань та/або запобігання розвитку захворювань, зокрема тих, які мають приховані форми перебігу у т.ч. критичних (онкологічні захворювання, туберкульоз тощо).

1.1.25. **Раптове захворювання** – раптове непередбачене гостре погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю і вимагає надання Застрахованої особи невідкладної медичної допомоги.

1.1.26. **Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку** – травматичне ушкодження здоров'я (травми, у т. ч. отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, тепловий удар, обмороження, опік, переохолодження (за винятком застудного захворювання), утоплення, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу) тощо; зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку; захворювання кліщовим енцефалітом або поліомієлітом; вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, поранення органів, ушкодження в кінцівках, викликані зусиллями Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

1.1.27. **Розрахунковий медичний заклад** – медичний заклад, вартість послуг якого використовується для розрахунку розміру страхової виплати Застрахованим особам, які самостійно оплатили та отримали медичні послуги в медичних закладах поза переліком ЛПУ Страховика (в тому числі, за умови що вартість отриманих послуг більша за вартість аналогічних послуг в розрахункових медичних закладах). Найменування розрахункових медичних закладів відповідно категоріям ЛПУ наведені у Переліку ЛПУ або Програмі страхування.

1.1.28. **Страховик** – ПрАТ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС» (місцезнаходження: проспект Науки, 3, м. Київ, 03039, ЄДРПОУ 19411125).

1.1.29. **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір та відомості про якого зазначені в Договорі.

1.1.30. **Сторони** – Страховик та Страхувальник разом за текстом Договору, а кожен окремо – «Сторона».

1.1.31. **Страховий захист за Договором** – захист страхових інтересів Страхувальника (Застрахованої особи) на умовах і протягом строку, визначених у Договорі.

1.1.32. **Стаціонарна допомога (стаціонарне лікування)** - вид медичної допомоги для лікування хворої Застрахованої особи, яку вона отримує за наявності відповідних показань у стаціонарних умовах медичної установи протягом безперервного періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години та потребує цілодобового спостереження медичного персоналу. Стаціонарна допомога може бути ургентною (екстреною) або надаватися в плановому порядку. **Ургентна (екстрена) госпіталізація/стаціонар** проводиться при станах, що загрожують життю Застрахованої особи та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару протягом перших 24 годин та про що

в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається «Госпіталізований за терміновими показаннями». **Плановою госпіталізацією/стаціонаром** вважається необхідність надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару протягом 72 годин з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем, за наявності показань для такої госпіталізації відповідно до погоджених дати і часу госпіталізації.

1.1.33. **Стоматологічна допомога** – це комплекс заходів, який включає обстеження, стоматологічну терапевтичну, хірургічну та ортодонтичну допомогу, якщо інше не передбачено обраною Страхувальником Програмою страхування. Стоматологічна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку. **Невідкладна (екстрена) стоматологічна допомога** надається при гострому зубному болю в екстреному порядку при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до Асистанського Центру Страховика. Екстрена стоматологічна допомога це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронарит, флегмона і абсцес щелепно-лицьової області, невралгія трійчастого нерва, закупорка протоків слинних залоз, усунення наслідків щелепно-лицьової травми.

1.1.34. **Супутнє захворювання** – нозологічна форма (одиниця), етіологічно і патогенетично не пов'язана з основним захворюванням і його ускладненнями, не зробила на їх розвиток несприятливого впливу і не сприяла настанню смерті. Супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень.

1.1.35. **Франшиза** – частина збитку, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору. Договором страхування відповідальності перевізника за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю пасажирів, та за шкоду, заподіяну багажу, під час перевезення може бути встановлена безумовна франшиза, яку Страховик вираховує при здійсненні страхової виплати за кожним страховим випадком заподіяння шкоди багажу.

1.1.36. **Хронічне захворювання** – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

1.1.37. **Хронічне захворювання поза стадією загострення** – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів) та встановлюється лікарем.

1.2. При укладенні Договору його Сторони можуть передбачити інші поняття і терміни та їх визначення або змінити визначення понять та термінів вказаних в цьому розділі, про що буде зазначено в такому Договорі, крім тих понять та/або термінів, що визначено законодавством України.

2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Страховий продукт не є стандартним і передбачає укладення Договорів із визначенням конкретних умов страхового покриття на індивідуальній основі.

2.2. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.

2.3. З метою визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні Страховик (страховий посередник) може запропонувати Страхувальнику заповнити Заяву на страхування за встановленою Страховиком формою або в інший спосіб визначає потреби у страхуванні, у тому числі шляхом надання Застрахованою особою Декларації про стан здоров'я.

2.4. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит Страхувальника Страховик надає Страхувальнику безоплатну індивідуальну консультацію та рекомендації щодо умов Страхового продукту.

2.5. Перед укладенням Договору Страховик (страховий посередник) забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про Страховий продукт, про Страховика, з метою прийняття Страхувальником усвідомленого рішення про укладення Договору, а також інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною другою статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», - така інформація надається Страхувальнику в електронній формі шляхом розміщення її у публічному доступі на веб-сайті Страховика: <https://eia.com.ua>.

2.6. Конкретні умови страхування визначаються Договором страхування. Сторони за взаємною згодою в Договорі страхування можуть врегулювати (конкретизувати) умови, які

не врегульовані (не конкретизовані) Загальними умовами, що не суперечать чинному законодавству України.

2.7. Договір укладається в письмовій формі у паперовому вигляді в двох примірниках для Страховика та Страхувальника або у формі електронного документу відповідно до Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», законодавства України у сфері електронної комерції, укладення електронних договорів (правочинів). Договір може укладатись шляхом приєднання та складатись з публічної частини Договору й індивідуальної частини Договору.

2.8. На підставі Загальних умов може бути укладено:

- договір комплексного страхування: медичного страхування та страхування від нещасного випадку;
- договір медичного страхування;
- договір страхування від нещасного випадку.

2.9. Об'єктом страхування за Страховим продуктом є життя, здоров'я, працездатність особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування (Застрахованої особи).

2.10. Якщо це передбачено Договором, за Страховим продуктом не укладаються Договори страхування щодо осіб, які:

2.10.1. визнані судом недієздатними;

2.10.2. перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);

2.10.3. перебувають на обліку у наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, шкіро-венерологічному та інших спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;

2.10.4. є особами, яким встановлено один або кілька з таких діагнозів: злякисне новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), бронхіальна астма, цукровий діабет, тяжкі форми серцево-судинної/дихальної/нервової системи; печінкова або ниркова недостатність, гепатит; цироз печінки, туберкульоз, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсія, паркінсонізм, психічні захворювання (шизофренія та інші), венеричні захворювання, СНІД, захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ;

2.10.5. є особами, яким встановлено інвалідність першої або другої групи;

2.10.6. є особами, вік яких перевищує, зазначений у Договорі віковий поріг;

2.10.7. у інших випадках, передбачених Договором.

2.11. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору вичерпний перелік інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору та/або про розмір страхової премії за Договором, включаючи:

2.11.1. Відомості про об'єкт страхування та обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеню страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

2.11.2. кількість Застрахованих осіб;

2.11.3. дані про Застрахованих осіб (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності); дата народження; документ, що посвідчує особу (серія (за наявності), номер) Застрахованої особи; РНОКПП Застрахованої особи (за наявності); контактний телефон Застрахованої особи; електронна пошта);

2.11.4. територія проживання та переважного обслуговування Застрахованих осіб;

2.11.5. вік Застрахованих осіб та інші дані щодо можливості укладення Договору щодо таких осіб, зазначені у п.2.10 Загальних умов, в Заяві на страхування (якщо Договір страхування укладається на підставі такої заяви) та/або у Договорі;

2.11.6. заняття Застрахованими особами спортом/небезпечними хобі;

2.11.7. сфера діяльності, рід занять, характер роботи Застрахованих осіб, що може бути пов'язаний з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруень/травм;

2.11.8. відомості про стан здоров'я Застрахованих осіб, у тому числі передбачені у Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи на вимогу Страховика;

2.11.9. бажаний розмір страхового покриття, страхової суми на кожну Застраховану особу;

2.11.10. перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);

2.11.11. допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;

- 2.11.12. бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;
- 2.11.13. інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування.
- 2.11.14. Інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування, уключаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі).

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страховий продукт передбачає покриття наступних страхових ризиків:

3.1.1.3 медичного страхування страховим ризиком є подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, під час дії Договору, який пов'язаний з захворюваннями/станами, передбаченими Договором страхування, зокрема:

- 3.1.1.1. гострим захворюванням Застрахованої особи; та/або
- 3.1.1.2. хронічним захворюванням Застрахованої особи у стадії загострення; та/або
- 3.1.1.3. травматичним ушкодженням або іншим розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку; та/або
- 3.1.1.4. потребою Застрахованої особи в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах та/або інших послугах або товарах тощо;

3.1.2.Зі страхування від нещасного випадку страховим ризиком є подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою під час дії Договору страхування, внаслідок причин та за обставин, передбачених Договором страхування.

3.2. За Страховим продуктом страховим випадком є подія, яка передбачена Договором і сталася протягом строку його дії, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі (іншій особі, визначеній Договором або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства, зокрема:

3.2.1.З медичного страхування – звернення Застрахованої особи протягом дії Договору до ЛПУ за одержанням медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, визначених Програмою страхування для такої Застрахованої особи, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), відповідно до Програми страхування для Застрахованої особи;

3.2.2.Зі страхування від нещасного випадку:

- 3.2.2.1. Смерть (загибель) Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку;
- 3.2.2.2. Встановлення Застрахованій особі інвалідності (в тому числі, зміна групи інвалідності на вищу, якщо це передбачено Договором страхування) внаслідок нещасного випадку, а саме:
 - 3.2.2.2.1. I групи;
 - 3.2.2.2.2. II групи;
 - 3.2.2.2.3. III групи;
 - 3.2.2.2.4. Категорії «дитина з інвалідністю» (для Застрахованих осіб віком до 18 років);

3.2.2.3. Розлад здоров'я Застрахованої особи (травматичні ушкодження та/або функціональні розлади здоров'я), передбачений Таблицею страхових виплат при настанні страхових випадків (додаток 1 до Загальних умов) та (або) інший розлад здоров'я, передбачений Договором страхування, внаслідок нещасного випадку;

3.2.2.4. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи (розлад здоров'я) внаслідок нещасного випадку.

3.3. Конкретний перелік страхових ризиків та страхових випадків, на випадок настання яких здійснюється страхування за кожним конкретним Договором, визначається у такому Договорі.

3.4. Події, зазначені у пункті 3.2 Загальних умов зі страхування від нещасного випадку, визнаються страховими випадками, за умови, якщо вони відбулися внаслідок нещасного

випадку, який стався у період дії та на території дії Договору страхування, та підтверджені документами, виданими компетентними органами (медичними закладами, судом тощо).

3.5. Смерть Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності (в тому числі, зміна групи інвалідності на вищу, якщо це передбачено Договором страхування) внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору страхування, визнається страховим випадком, якщо вона настала протягом 6 (шести) місяців від дня настання нещасного випадку незалежно від дати закінчення дії Договору страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

3.6. Заподіяння шкоди Застрахованій особі вважається страховим випадком зі страхування від нещасного випадку, якщо є прямий, безпосередній зв'язок між настанням події (страхового ризику), зазначеного у Договорі страхування, і заподіянням шкоди Застрахованій особі.

3.7. Територія дії Договору - Україна, за виключенням наступних територій, якщо інше не передбачене Договором: тимчасово окупованих територій, а також територій, на яких ведуться (велися) бойові дії (в межах тривалості бойових дій) та територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють та/або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження та/або тих, які розташовані на лінії зіткнення, перелік яких визначається згідно з чинним законодавством України, територій в оточенні, блокуванні, територій проведення бойових, воєнних дій, воєнних конфліктів.

3.8. Строк дії Договору страхування визначається за погодженням Сторін при укладенні Договору.

3.9. Страхове покриття діє протягом строку дії Договору, який зазначається у Договорі, з урахуванням інших умов укладеного Договору. Договір набуває чинності з часу та дати, вказаних як початок строку дії, але не раніше дати та часу надходження страхової премії (першої її частини, якщо Договором передбачено сплата премії частинами) в повному розмірі та строк, передбачені Договором, на банківський рахунок / в касу Страховика (страхового посередника). При укладенні Договору Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший порядок набуття чинності Договору страхування. Дія Договору закінчується о 24 годині дати, яка вказана як дата закінчення строку дії Договору, якщо Договір не припинив дію раніше відповідно до умов Договору.

3.10. У разі сплати страхової премії частинами, строк дії Договору поділяється на періоди страхування, що зазначаються у Договорі – частини строку дії Договору, за які сплачується частина страхової премії.

3.11. У Договорі страхування може бути окремо передбачений строк, протягом якого діє Страховий захист за Договором (період дії страхового захисту).

3.12. За згодою Сторін Договору страхування зі страхування від нещасного випадку, страховий захист по відношенню до Застрахованої особи може діяти:

3.12.1. Протягом 24-х годин на добу (під час виконання трудових обов'язків і в побуті);

3.12.2. Виключно під час виконання трудових обов'язків;

3.12.3. Протягом іншого періоду часу чи за інших умов, передбачених Договором страхування.

3.13. Якщо обмеження, зазначені у пунктах 3.12.2 - 3.12.3 Загальних умов, не вказані у Договорі страхування, страховий захист по відношенню до Застрахованої особи діє протягом 24-х годин на добу.

3.14. Договір з медичного страхування укладається на умовах індивідуально сформованої за погодженням Сторін Програми страхування, виходячи з потреб у страхуванні конкретного клієнта.

3.15. Перелік консультативно-діагностичних, лікувально-профілактичних та медико-транспортних послуг, які можуть бути складовою частиною Програми страхування, наведений в Додатку 1 Загальних умов.

3.16. Страховий продукт з медичного страхування включає наступні Програми страхового продукту (Програми страхування):

3.16.1. базова Програма страхування, що передбачає індивідуально сформовані за погодженням сторін Договору умови страхування (страхове покриття, винятки зі страхування, обмеження страхування тощо) за наступними послугами/опціями:

- Амбулаторно-поліклінічне лікування;
- Стационарне лікування;
- Невідкладна медична допомога;

3.16.2. індивідуальна Програма страхування, що передбачає включення однієї або кількох послуг/опцій, інших ніж виключно амбулаторно-поліклінічне лікування, стаціонарне лікування та невідкладна медична допомога, та інші індивідуально сформовані за погодженням сторін Договору умови страхування (страхове покриття, винятки зі страхування, обмеження страхування тощо).

3.17. Розмір страхової суми, у межах якої Страховик зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку, визначається у Договорі страхування за домовленістю Сторін на одну Застраховану особу окремо за класом страхування, за яким укладається Договір. Страхова сума може бути встановлена за страховим випадком (страхових ризиком) чи групою страхових випадків (страхових ризиків), а також за Програмою страхування, послугою чи групою послуг – з медичного страхування.

3.18. Розмір загальної страхової суми за Договором страхування є сумою всіх розмірів страхових сум кожної Застрахованої особи за Договором страхування.

3.19. Договором страхування може бути передбачено, що страхова сума, страхова премія та/або інші умови страхового покриття є однаковими для всіх Застрахованих осіб / групи Застрахованих осіб за умови зазначення їх кількості або визначено індивідуальні умови для Застрахованої особи / групи Застрахованих осіб.

3.20. Договір може містити окремі ліміти відповідальності Страховика у межах страхової суми.

3.21. При укладенні Договору встановлюється страховий тариф та страхова премія за Договором.

3.22. Якщо інше не буде визначено в Договорі страхування, - у разі внесення страхової премії (першої її частини, якщо Договором передбачено сплата премії частинами) не в повному розмірі та/або не в строк зазначений в Договорі, Договір вважається таким, що не набув чинності. Кошти, які надійшли на рахунок Страховика (страхового посередника) не в повному розмірі та/або несвоєчасно, тобто після зазначеної у Договорі дати сплати страхової премії, вважаються перерахованими помилково та такі кошти Страховик повертає Страхувальнику за письмовою заявою Страхувальника із зазначенням реквізитів для їх перерахування протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника заяви.

3.23. У Договорі страхування з медичного страхування може бути передбачена безумовна франшиза. Зі страхування від нещасних випадків франшиза не передбачається.

3.24. 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) та інші умови страхування, передбачені Загальними умовами.

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

4.1. Страхувальник має право:

4.1.1. одержати від Страховика роз'яснення умов страхування, порядку визначення розмірів страхової виплати;

4.1.2. замінити Застраховану особу за згодою Страховика шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування (заміна Застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та Страховика);

4.1.3. за медичним страхуванням – повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі;

4.1.4. у разі прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні Застрахованій особі страхової виплати оскаржити рішення Страховика в порядку, передбаченому законодавством України;

4.1.5. у випадку втрати оригіналу Договору (якщо Договір укладено у паперовій формі) в період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дубліката та отримати його протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання такої заяви Страховиком;

4.1.6. відмовитися від Договору, ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов Договору під час дії Договору, достроково припинити дію Договору у порядку, визначеному Договором;

4.1.7. ініціювати внесення змін до Договору;

- 4.1.8. надавати Страховику додаткові дані та документи, які мають відношення до випадку, що має ознаки страхового;
- 4.1.9. достроково припинити дію Договору в порядку, визначеному Договором;
- 4.1.10. на інші права, передбачені Договором та законодавством.

4.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 4.2.1. при укладенні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в тому числі відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні Договору та, при необхідності, забезпечити проходження Застрахованою особою медичного обстеження), а також протягом строку дії Договору письмово повідомляти протягом двох робочих днів Страховика про будь-яку зміну таких обставин та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором.
- 4.2.2. своєчасно в обумовленому Договором розмірі та строки сплачувати страхову премію;
- 4.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, встановлені Договором;
- 4.2.4. вживати необхідних, можливих і доречних заходів щодо: запобігання подіям, які можуть бути кваліфіковані як страхові випадки, та вживати інші заходи щодо запобігання та зменшення наслідків страхового випадку;
- 4.2.5. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;
- 4.2.6. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкту страхування за Договором;
- 4.2.7. надати Страховику перелік осіб, які приймаються на страхування (за наявності), роз'яснити Застрахованій особі порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 4.2.8. сповіщати Страховика протягом строку дії Договору про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника/Застрахованої особи;
- 4.2.9. в межах здійснення Страховиком первинного фінансового моніторингу, надавати всю достовірну та необхідну інформацію для здійснення належної перевірки Страхувальника та/або актуалізації даних про Страхувальника, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового зниження;
- 4.2.10. при укладенні Договору повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі).
- 4.2.11. повернути Страховику протягом 10 (десяти) робочих днів здійснену страхову виплату (або відповідну її частину), якщо протягом встановленого законодавством строку позовної давності Страховик надасть докази існування обставин, які повністю або частково звільняють Страховика від страхової виплати
- 4.2.12. здійснювати інші дії, передбачені Договором та законодавством.

4.3. Страховик має право:

- 4.3.1. при укладанні Договору вимагати у Страхувальника дані про стан його здоров'я/стан здоров'я Застрахованих осіб (в тому числі заповнення Страхувальником/Застрахованою особою декларації про стан здоров'я за формою, що затверджена Страховиком або проходження цими особами медичного огляду);
- 4.3.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору;
- 4.3.3. здійснювати заходи з перевірки даних і документів, наданих Страхувальником стосовно Договору, факту й обставин настання випадку, що має ознаки страхового;
- 4.3.4. визначати для конкретних Застрахованих осіб індивідуальні умови страхування, зокрема, перелік страхових випадків, розмір страхової премії, страхової суми, а також відмовити в укладенні Договору щодо певних осіб;
- 4.3.5. запитувати й одержувати від Страхувальника інформацію й документи, які необхідні для визнання події страховим випадком та необхідні для розрахунку розміру понесених витрат. Робити запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки

страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, правоохоронних органів, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

4.3.6. проводити, за необхідності, за власний рахунок обстеження Застрахованої особи протягом та після процесу врегулювання будь-якої заяви про здійснення страхової виплати за Договором;

4.3.7. за медичним страхуванням:

4.3.7.1. направляти письмові претензії Страхувальнику щодо дій Застрахованої особи при отриманні нею послуг у ЛПУ, визначених Договором та Програмою страхування, з порушенням зобов'язань Застрахованої особи, передбачених Договором (у тому числі некоректної поведінки), і вимагати від Страхувальника усунення цих порушень або дострокового припинення дії Договору відносно цієї Застрахованої особи;

4.3.7.2. включати ЛПУ до Переліку ЛПУ Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і по Договору в цілому за заявою Страхувальника або за ініціативою Страховика;

4.3.7.3. виключати з переліку ЛПУ Страховика ЛПУ за Програмою страхування, так і за Договором в цілому за умови розірвання або припинення (призупинення) дії договору про співпрацю між Страховиком та ЛПУ;

4.3.7.4. змінювати умови обслуговування в ЛПУ з переліку Страховика, зокрема змінити категорію ЛПУ, встановити/ збільшити франшизу на послуги відповідного ЛПУ та/або збільшити розмір страхового тарифу або виключити ЛПУ з переліку Страховика як окремо за Програмою страхування, так і за Договором в цілому, у випадках, передбачених Договором;

4.3.7.5. у разі відсутності лікарського засобу, випущеного медичним працівником, запропонувати Застрахованій особі лікарський засіб за іншою торговельною назвою, але з такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, як і лікарський засіб, призначений лікарем. Зазначена норма не поширюється на лікарські засоби, які відпускаються безоплатно і на пільгових умовах, та ті, що підлягають предметно-кількісному обліку;

4.3.8. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором та/або чинним законодавством України;

4.3.9. припинити дію Договору без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору відносно Застрахованої особи, з дня, коли Страховику стало відомо, що на момент укладання Договору така Застрахована особа була особою, що не приймається на страхування згідно умовами Договору;

4.3.10. вимагати від Страхувальника повернення отриманої страхової виплати (повністю або частково), якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють одержувача страхової виплати на підставі умов Договору права на одержання страхової виплати (повністю або частково);

4.3.11. продовжити строк прийняття рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту з'ясування всіх обставин, але не більш ніж на 90 днів, зокрема коли:

4.3.11.1. подані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини й обставини випадку, що має ознаки страхового, розмір заподіяної шкоди, обставини, що підтверджують право Страхувальника/Застрахованої особи на одержання страхової виплати - до з'ясування;

4.3.11.2. у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, розпочато слідство (досудове, судове) або у Єдиному реєстрі досудових розслідувань зареєстровано та відкрито кримінальне провадження – до винесення постанови про зупинення або закриття кримінального провадження чи винесення вироку суду;

4.3.12. в межах здійснення первинного фінансового моніторингу, витребувати всю достовірну та необхідну інформацію для здійснення належної перевірки Страхувальника та/або актуалізації даних про Страхувальника, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового зниження;

- 4.3.13. ініціювати внесення змін до Договору;
- 4.3.14. достроково припинити дію Договору в порядку, визначеному Договором;
- 4.3.15. на інші права, передбачені Договором та законодавством.

4.4. Страховик зобов'язаний:

- 4.4.1. перед укладанням Договору страхування надати Страхувальнику необхідну та повну інформацію про страхову послугу та про Страховика, в обсязі визначеному законодавством;
- 4.4.2. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором;
- 4.4.3. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»;
- 4.4.4. ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з порядком його дій при настанні випадку, що має ознаки страхового;
- 4.4.5. забезпечити конфіденційність у відношеннях зі Страхувальником/Застрахованою особою, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 4.4.6. актуалізувати інформацію про страхового посередника, що має міститися в Договорі страхування, у спосіб та строки, визначені в Договорі страхування за домовленістю Сторін, у разі заміни страхового посередника під час дії Договору страхування;
- 4.4.7. з медичного страхування – контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування.
- 4.4.8. виконувати інші вимоги Договору та законодавства.

4.5. Застрахована особа (її законний представник) має право:

- 4.5.1. звертатись до Страховика за роз'ясненнями щодо порядку надання та оплати послуг, передбачених Програмою страхування;
- 4.5.2. у разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору;
- 4.5.3. надавати Страховику додаткові дані та документи, які мають відношення до випадку, що має ознаки страхового;
- 4.5.4. виконувати обов'язки Страхувальника, а також набути всіх його прав в разі ліквідації Страхувальника - юридичної особи в порядку, передбаченому чинним законодавством України, за погодженням зі Страховиком.
- 4.5.5. за медичним страхуванням – повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі;
- 4.5.6. оскаржити у порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

4.6. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана (зобов'язаний):

- 4.6.1. виконувати умови Договору;
- 4.6.2. при укладенні Договору повідомляти Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання тощо);
- 4.6.3. у разі настання страхового випадку, діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги;
- 4.6.4. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;
- 4.6.5. виконувати приписи лікаря, який лікує Застраховану особу, що одержані протягом надання медичних послуг, виконувати внутрішній розпорядок, встановлений медичним закладом;
- 4.6.6. уживати заходи щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої власному здоров'ю внаслідок випадку, що має ознаки страхового;
- 4.6.7. турбуватись про схоронність документів, що мають відношення до Договору і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними послуг, передбачених Програмою страхування;
- 4.6.8. у випадку, якщо Страховиком, за зверненням Застрахованої особи, організована та погоджена із Застрахованою особою планова консультація, а Застрахована особа з об'єктивних причин не може бути присутньою на консультації, - попередити про це

Страховика не пізніше, ніж за 2 (дві) години до погодженого часу прийому у лікаря;
4.6.9. за медичним страхуванням – відшкодувати Страховику витрати за подіями, що не є страховими випадками (якщо Страховиком були понесені такі витрати) у, зокрема разі здійснення Застрахованою особою таких дій:

4.6.9.1. виклику бригади екстреної медичної допомоги за неповною, неточною або неіснуючою адресою, що вказана Застрахованою особою або іншою особою, що діє від імені Застрахованої особи та/або в її інтересах;

4.6.9.2. відсутності Застрахованої особи за адресою, вказаною у виклику бригади екстреної медичної допомоги або відмови Застрахованої особи (батьків/інших родичів/доглядальників Застрахованої особи) з будь-якої причини надати можливість здійснити медичне обстеження;

4.6.9.3. у інших випадках, передбачених Договором.

4.6.9.4. Витрати Страховика мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат;

4.6.10. за медичним страхуванням – при отриманні медичної допомоги у ЛПУ, щодо якого передбачена франшиза, відшкодувати розмір франшизи лікувально-профілактичному закладу одразу під час звернення.

4.7. Якщо Договором страхування не передбачено інше, на додаток до обов'язків, передбачених п. 4.2 Загальних умов, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь. У випадках, визначених законодавством або Договором страхування, надання Застрахованою особою згоди на страхування є обов'язковим.

4.8. За невиконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до діючого законодавства України.

4.9. Страховик несе відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати у розмірі 0,1 відсотка, але не більше подвійної облікової ставки НБУ від суми заборгованості за кожен день прострочки, якщо інший розмір не передбачено умовами Договору. Загальна сума пені не може перевищувати 5 (п'яти) відсотків від суми заборгованості, якщо інший розмір не передбачено умовами Договору. Відповідна письмова вимога із реквізитами отримувача страхової виплати є підставою для перерахування пені.

4.10. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання та/або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором, якщо це відбулося внаслідок дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин*).

*Під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, що є передбаченими частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які повинні бути підтверджені належним чином уповноваженим органом.

4.11. При укладенні Договору Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший перелік прав і обов'язків Сторін відповідно до конкретних умов страхового покриття за Договором.

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

5.1. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика (без необхідності отримання згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору). Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше ніж за 30 календарних днів дня до дати припинення дії Договору.

5.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому частину сплаченої страхової премії за період, який залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі 30% страхового тарифу (страхової премії), фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника

обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

5.3. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика та/або у разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля, Страхувальнику повністю повертається сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі 30% страхового тарифу (страхової премії), фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.4. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору та врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових випадків (здійснення страхових виплат або прийняття рішення про відмову у виплаті), якщо такі випадки відбулися до дати припинення Договору.

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

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

5.6.1. закінчення строку дії Договору;

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

5.6.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії, якщо це передбачено Договором, та з урахуванням інших умов Договору. Кошти, які надійшли на рахунок Страховика (страхового посередника) несвоєчасно, тобто після припинення дії Договору, вважаються перерахованими помилково та не поновлюють його дію та такі кошти Страховик повертає Страхувальнику за письмовою заявою Страхувальника із зазначенням реквізитів для їх перерахування протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника заяви;

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

5.6.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

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

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

5.6.8. в інших випадках, передбачених Договором та/або чинним законодавством України.

5.6.9. У разі припинення дії Договору за згодою Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору.

5.6.10. Договір припиняє дію щодо конкретної Застрахованої особи у разі її смерті чи втрати нею дієздатності.

5.7. Зміни до Договору, за ініціативи Страхувальника розглядаються на підставі письмової заяви Страхувальника.

5.8. Внесення змін до Договору здійснюється за згодою Сторін, шляхом підписання Додаткових угод (у формі електронного документу або паперовій формі), умови яких можуть спричинити перерахунок страхової премії, якщо зміни пов'язані із зміною ступеню страхового ризику, строку або умов страхування.

5.9. При укладенні Договору Сторони можуть відповідно до конкретних умов страхового покриття за Договором та законодавства змінити визначений порядок внесення змін, дострокового припинення у такому Договорі, а також визначити порядок внесення змін до Договору у конкретних випадках, зокрема включення / виключення Застрахованих осіб із Списку Застрахованих осіб, у разі зміни ступеню ризику тощо.

5.10. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування за Страховим продуктом становить 60% страхового тарифу (страхової премії).

6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім випадків, укладання Договору строк дії якого становить менше 30 (тридцяти) календарних днів або якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором, при цьому:

6.1.1. про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі, при цьому відповідне повідомлення, за вибором Страхувальника, направляється в паперовій формі поштою на адресу Страховика, або подається безпосередньо в офісі Страховика, (або, якщо Договір укладається у вигляді електронного документу, направляється у формі електронного документу у відповідності до вимог Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», підписаного електронним підписом Страхувальника, на адресу: alliance@eia.com.ua) із зазначенням банківських реквізитів для перерахування коштів. До повідомлення додається оригінальний примірник Договору, якщо його було укладено в паперовій формі;

6.1.2. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, не пізніше ніж протягом 10 (десяти) робочих днів від дати отримання повідомлення Страхувальника про відмову від Договору.

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

7.1. За медичним страхуванням:

7.1.1. Організація надання медичної допомоги Застрахованим особам проводиться через Асистанський Центр Страховика 24 (двадцять чотири) години на добу.

7.1.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа або її представник/інша уповноважена особа, для неповнолітніх Застрахованих осіб – батьки, до моменту звернення за медичною допомогою, повинна негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання страхового випадку, звернутись до лікаря-координатора Асистанського Центру Страховика за телефоном, що вказаний на індивідуальній пластиковій картці Застрахованої особи, якщо така картка видана Застрахованій особі, та мобільному застосунку myEIA.

7.1.3. Лікар-координатор Асистанського центру Страховика інформує Застраховану особу щодо подальших дій та організовує медичне обслуговування в ЛПУ та/або послуг, що передбачені Програмою страхування.

7.1.4. Підбір ЛПУ відноситься до компетенції лікаря-координатора Страховика та здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. ЛПУ обирається із визначених у переліку ЛПУ Страховика.

7.1.5. В ЛПУ Застрахована особа повинна пред'явити індивідуальну пластикову картку (або електронну картку в мобільному застосунку myEIA) та документ, що посвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором Страховика в телефонному режимі.

7.1.6. У випадку фізичної неможливості комунікації Застрахованої особи з лікарем координатором Страховика, для отримання невідкладної медичної допомоги, з можливою організацією екстреного стаціонарного лікування (якщо такі 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 (двадцять чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із ЛПУ), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика про настання випадку.

7.1.7. Договором страхування можуть бути передбачені обмеження щодо порядку розрахунку та умов здійснення страхової виплати у разі отримання Застрахованою особою медичної та іншої допомоги у ЛПУ, не зазначених у переліку ЛПУ Страховика.

7.2. За страхуванням від нещасного випадку:

7.2.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку Застрахована особа (Страхувальник, Вигодонабувач) зобов'язана (зобов'язаний):

7.2.1.1. Негайно, але не пізніше 24 годин, з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, або в інший строк, передбачений Договором страхування, якщо цього потребують обставини настання події, викликати на місце настання події представників

уповноваженого підрозділу Національної поліції України, органів пожежної охорони або інших компетентних органів та службу невідкладної (екстреної) медичної допомоги, дочекатися реєстрації факту настання події й одержати від них документи, що підтверджують факт, час і обставини настання події;

7.2.1.2. Негайно, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту);

7.2.1.3. Вжити всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру заподіяної шкоди, усунення причин, що сприяють виникненню додаткової шкоди, з'ясування характеру та обставин настання події, що стала причиною заподіяння шкоди;

7.2.1.4. Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Страховика про цю подію у спосіб, як це зазначено у Договорі страхування (телефоном, у електронному вигляді, письмовою заявою тощо);

7.2.1.5. Виконувати рекомендації Страховика щодо дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, та виконувати призначення лікаря;

7.2.1.6. Надати Страховику або його представникам можливість проводити розслідування обставин і причин події, що має ознаки страхового випадку;

7.2.1.7. Повідомити (надати) Страховику всю інформацію, що має відношення до події, що має ознаки страхового випадку, та документи, передбачені Договором страхування; вжити заходів для збору і передавання Страховикові всіх необхідних документів для визначення розміру заподіяної шкоди та прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову здійснити страхову виплату;

7.2.1.8. Повідомити Страховика протягом 2 (двох) робочих днів про погіршення стану здоров'я або смерть Застрахованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про втрату працездатності або розлад здоров'я;

7.2.1.9. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку та надати дозвіл на надання такої інформації Страховикові;

7.2.1.10. На вимогу Страховика надати можливість Страховикові або його представникові оглянути Застраховану особу, якій заподіяна шкода внаслідок настання події, що має ознаки страхового випадку, для оформлення необхідних документів про заподіяння шкоди.

7.2.2. Надання Страхувальнику у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, інструкцій з боку Страховика або його представника, а також вжиття останніми заходів із запобігання та зменшення розміру заподіяної шкоди не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

7.3. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку за страхуванням від нещасного випадку та медичним страхуванням (якщо Застрахована особа (її законний представник) самостійно оплатила (оплатив) вартість медичної допомоги або медикаментів) для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку, прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати та визначення розміру заподіяної шкоди, Застрахована особа, її законний представник, Вигодонабувач зобов'язані надати Страховику документи у порядку та відповідно до переліку, що передбачені у Договорі страхування.

7.4. При укладенні Договору Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, відповідно до конкретних умов страхового покриття за Договором.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ЗА МЕДИЧНИМ СТРАХУВАННЯМ

8.1. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з вартості медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, отриманих Застрахованою особою, визначених Програмою страхування для такої Застрахованої особи, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту відповідальності Страховика), зазначеної (зазначеного) в Програмі страхування.

8.2. Обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору страхування дорівнює страховій сумі, ліміт відповідальності Страховика), зазначені в Договорі та Програмі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.3. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору, не може перевищувати страхової суми (ліміту відповідальності Страховика), встановленої Договором та Програмою страхування стосовно Застрахованої особи.

8.4. У Договорі можуть бути визначені такі одержувачі страхової виплати:

8.4.1. ЛПУ, що надавала, передбачену Договором, медичну допомогу Застрахованій особі.

8.4.1.1. Страхова виплата здійснюється ЛПУ у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та таким закладом.

8.4.1.2. Страховик здійснює страхову виплату ЛПУ, якщо такі розрахунки не заборонені або не обмежені діючим законодавством (законами, підзаконними актами, постановами НБУ, іншими нормативно-правовими актами);

8.4.2. Застрахована особа (її законний представник), яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги, медичних та/або інших послуг.

8.4.2.1. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого чинним законодавством порядку.

8.4.3. Якщо інше не передбачено Договором, рішення про страхову виплату, відмову в страховій виплаті або продовження строку прийняття рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком в строк, не більший ніж 20 (двадцять) робочих днів з дня отримання усіх необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків документів, передбачених Договором. Рішення про відмову в страховій виплаті повідомляється Застрахованій особі (її законному представнику) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття рішення, якщо інший строк не передбачений Договором.

8.4.4. У випадках, передбачених у п. 4.3.11 Загальних умов, та/або 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 (ЛПУ, правоохоронних органів тощо, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів.

8.4.5. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується відповідним платіжним документом.

8.4.6. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (її представнику) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про таку виплату, якщо інший строк не передбачений Договором.

8.4.7. При укладенні Договору Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший порядок розрахунку та умови, строки здійснення страхових виплат відповідно до конкретних умов страхового покриття за Договором, у тому числі право Страховика затримати (відстрочити) прийняття рішення про визнання події страховим випадком.

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ЗА СТРАХУВАННЯМ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

9.1. Страхова виплата здійснюється після того, як повністю будуть встановлені обставини, причини і розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку.

9.2. Загальна сума страхових виплат кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми, визначеної у Договорі страхування, якщо інше не

передбачене Договором страхування.

9.3. Якщо у Договорі страхування передбачені страхові суми (ліміти відповідальності Страховика) за одним (окремим) страховим випадком, за групою страхових випадків тощо, то Страховик здійснює страхову виплату у межах встановлених страхових сум (лімітів відповідальності Страховика).

9.4. У разі здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору страхування дорівнює страховій сумі, ліміт відповідальності Страховика) зменшується на розмір здійсненої страхової виплати, якщо інше не передбачене Договором страхування.

9.5. У разі настання страхового випадку розмір страхової виплати визначається таким чином:

9.5.1. У разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – 100% страхової суми, встановленої для Застрахованої особи;

9.5.2. У разі встановлення інвалідності (в тому числі, зміна групи інвалідності на вищу, якщо це передбачено Договором страхування) Застрахованій особі внаслідок настання нещасного випадку, а саме:

9.5.2.1. I групи інвалідності – 81-100% страхової суми, встановленої для Застрахованої особи;

9.5.2.2. II групи інвалідності – 61-80% страхової суми, встановленої для Застрахованої особи;

9.5.2.3. III групи інвалідності – 25-60% страхової суми, встановленої для Застрахованої особи;

9.5.2.4. Категорії «дитина з інвалідністю» – 50 – 100% страхової суми.

Конкретний розмір страхової виплати, у разі встановлення Застрахованій особі інвалідності, зазначається у Договорі страхування у відсотках від страхової суми для Застрахованої особи;

9.5.3. У разі розладу здоров'я (травматичного ушкодження та/або функціонального розладу здоров'я) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору страхування, страхова виплата здійснюється у розмірі певного відсотку страхової суми, передбаченого Таблицею страхових виплат при настанні страхових випадків (додаток 2 до Загальних умов) або Договором страхування;

9.5.4. У разі тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи (розладу здоров'я) внаслідок нещасного випадку – якщо інше не передбачено Договором страхування, страхова виплата здійснюється Застрахованій особі за кожен день консервативного та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування, яке тривало довше 5 (п'яти) днів, або інший період, передбачений Договором страхування, в розмірі 0,01 - 20 % від страхової суми для такої Застрахованої особи. У разі тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи, розмір страхової виплати за окремим страховим випадком, не може перевищувати 50 % від страхової суми для Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором страхування. Якщо консервативне та/або хірургічне (амбулаторне та/або стаціонарне) лікування Застрахованої особи тривало менше певної кількості днів, зазначеної у Договорі страхування, страхова виплата за цим страховим випадком не здійснюється, якщо це передбачено Договором страхування.

Договором страхування може бути передбачено обмеження кількості днів непрацездатності (лікування), за які Страховик здійснює страхову виплату.

Конкретний розмір страхової виплати за кожен день лікування, у разі тимчасової втрати працездатності Застрахованою особою, зазначається у Договорі страхування у відсотках від страхової суми для Застрахованої особи.

9.6. Якщо нещасний випадок призвів до розладу здоров'я і Застрахованій особі була здійснена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку Застрахованій особі була встановлена інвалідність (в тому числі змінена група інвалідності на вищу) або настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі, передбаченому підпунктами 9.5.1 або 9.5.2 Загальних умов за вирахуванням раніше здійсненої страхової виплати. При цьому загальний розмір страхових виплат за одним страховим випадком, що стався в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену для окремої Застрахованої особи у Договорі страхування.

9.7. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, загальний розмір суми

здійснених страхових виплат при настанні страхових випадків протягом строку дії Договору страхування не може перевищувати страхову суму, крім випадків, коли між Страховиком і Страхувальником укладено Додаткову угоду до Договору страхування про відновлення обсягу зобов'язань Страховика на суму здійснених страхових виплат і Страхувальник сплатив додаткову страхову премію.

9.8. Договір страхування, за яким здійснена страхова виплата, розмір якої менший за розмір страхової суми, зберігає чинність до кінця обумовленого строку дії, якщо інше не передбачене Договором страхування.

9.9. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків, передбачених Договором страхування, та відповідей на запити Страховика до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, правоохоронних органів, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик:

9.9.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати і протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, або

9.9.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

9.10. При укладенні Договору Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат відповідно до конкретних умов страхового покриття за Договором.

10. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

10.1.2. вчинення Страхувальником або Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

10.1.3. подання Страхувальником/Застрахованою неправдивих відомостей про об'єкт страхування, стан здоров'я Застрахованих осіб, обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

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

10.1.5. не надання (надання в неналежній формі або не в повному обсязі) Страхувальником/Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, документів, для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків;

10.1.6. невиконання Страхувальником обов'язків, визначених Договором у тому числі щодо повідомлення Страховика про виникнення обставин, що збільшують ступень страхового ризику відповідно до умов Договору;

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

10.1.8. наявність інших підстав, встановлених законодавством або Договором.

10.2. При укладенні Договору Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший перелік підстав відмови у страховій виплаті відповідно до конкретних умов страхового покриття за Договором.

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

11.1. Страховик не визнає страховим випадком з медичного страхування діагностику та лікування таких захворювань та станів:

11.1.1. Отруєння Застрахованої особи наркотичними речовинами, токсичними речовинами, медикаментозними препаратами, прийнятими без призначення лікаря, етанолом та його сурогатами (спирти, спиртотмісні технічні рідини, розчинники, тощо). Травми та інші розлади здоров'я, що є наслідком: сп'яніння середнього та важкого ступеню, що спричинене етанолом та його сурогатами (вміст етилового спирту в крові становить 1,5 проміле та вище), наркотичними, токсичними речовинами, медикаментозними препаратами (при наявності таких речовин або їх специфічних метаболітів в слині, крові, сечі). Виняток складають випадки, коли є дані правоохоронних органів про те, що такі стани стали результатом насильницьких дій третіх осіб;

11.1.2. СНІД, ВІЛ-інфекція, гепатити, пневмонія SARS, їх ускладнення та наслідки;

11.1.3. Хронічні захворювання в стадії ремісії, в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;

11.1.4. Розлади психіки та поведінки (клас V, F00-F99 – за класифікацією МКХ-10*), їх ускладнення та наслідки: нездужання та втома (R53);

11.1.5. Інші захворювання та стани, передбачені Договором страхування.

11.2. Страховик не організовує допомогу та не відшкодовує витрати з медичного страхування щодо наступних послуг (уключаючи оплату витрат на медичні препарати, виробі медичного, призначення тощо):

11.2.1. Оформлення медичних довідок для отримання водійського посвідчення, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учбових/дитячих закладів, освідчення водіїв, тести на профпридатність, діагностику та лікування, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності, а також лікування захворювання, за яким встановлена будь-яка група інвалідності та оформлення інших довідок (якщо інше не передбачено Програмою страхування);

11.2.2. Лікування в плановому порядку (у тому числі планові операції), лікування залишкових явищ та наслідків будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору, крім випадків загострення хронічних захворювань;

11.2.3. Діагностику та лікування (в тому числі медикаментозне) будь-якого розладу стану здоров'я, в тому числі внаслідок нещасного випадку (травми тощо), що відбувалось після 30 (тридцяти) календарних днів з дати першого звернення Застрахованої особи до ЛПУ у зв'язку з таким розладом здоров'я;

11.2.4. Інші послуги, передбачені Договором страхування.

11.3. З медичного страхування Страховик не здійснює оплату вартості наданих медичних послуг та послуг з медичного транспортування у випадку:

11.3.1. Транспортування Застрахованої особи до ЛПУ, крім випадків транспортування:

- для надання невідкладної допомоги в стаціонарних умовах;

- за медичними показами, при неможливості надання медичної допомоги необхідного обсягу в тому закладі, де знаходиться Застрахована особа;

- з травм пункту до місця проживання Застрахованої особи у випадку травмування нижніх кінцівок або у випадку, коли за медичними показами Застрахованій особі рекомендовано постільний режим;

11.3.2. Виклику бригади екстреної медичної допомоги та / або лікаря за неповною, неточною або неіснуючою адресою, що вказана Страхувальником/Застрахованою особою або іншою особою, що діє від імені Страхувальника/ Застрахованої особи та/або в його інтересах;

11.3.3. Відсутності Застрахованої особи за адресою, вказаною у виклику бригади екстреної медичної допомоги;

11.3.4. У інших випадках, передбачених Договором страхування.

11.4. Страховик не здійснює діагностику та лікування захворювань по внутрішнім протоколам медичних закладів, якщо інше не передбачено Договором.

11.5. За медичним страхуванням Страховик не організовує, не оплачує та не відшкодовує витрати на наступні лікарські засоби:

11.5.1. Антинеопластичні засоби;

11.5.2. Антитромботичні засоби для систематичного чи профілактичного застосування в

амбулаторних умовах (клопідогрель («плавікс»), тиклопідин, дабігатрат етексілат («продакса»), ксарелто (ривароксабан) та інші;

11.5.3. Аналоги гонадотропін-релізінг гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо);

11.5.4. Імуностимулятори;

11.5.5. Інші лікарські засоби, передбачені Договором страхування.

11.6. До страхових випадків зі страхування від нещасного випадку не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо нещасний випадок стався внаслідок:

11.6.1. Спроби скоєння або скоєння Застрахованою особою дій, щодо яких правоохоронними органами встановлений склад злочину;

11.6.2. Події, що сталася до початку дії Договору страхування, але була виявлена після початку його дії, а також якщо шкода заподіяна після закінчення строку дії Договору страхування;

11.6.3. Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самогубства, замаху на самогубство або їхніх наслідків за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому, зазначені дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене;

11.6.4. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів, або інших речовин, які вживалися з метою сп'яніння, виключаючи випадки, коли вживання Застрахованою особою такої речовини сталося в результаті протиправних дій третіх осіб;

11.6.5. Інших обставин, передбачених Договором.

11.7. Договором зі страхування від нещасного випадку може бути передбачено, що подія не є страховими випадком, якщо вона сталася внаслідок:

11.7.1. Форс-мажорних обставин, обставин непереборної сили;

11.7.2. Порухення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

11.7.3. Діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), якщо вони не були пов'язані з лікуванням Застрахованої особи з приводу нещасного випадку;

11.7.4. Заняття Застрахованою особою полюванням; альпінізмом; планеризмом; спелеологією; стрибками з парашутом та іншими подібними видами спорту та розваг, в яких існує елемент «вільного падіння»; підводними або надводними видами спорту; зимовими видами спорту; регбі; поло; бойовими мистецтвами; їздою на мотоциклі, на конях; катанням на водних лижах, іншими видами спорту, розваг та активного відпочинку, передбаченими Договором страхування;

11.7.5. Участі Застрахованої особи в будь-яких спортивних змаганнях або тренуваннях (підготовці) до таких змагань тощо, а також участь у будь-якій іншій діяльності, що несе підвищену небезпеку для життя або здоров'я;

11.7.6. Інших обставин, передбачених Договором.

11.8. Зі страхування від нещасного випадку Страховик не відшкодовує витрати, викликані нещасним випадком, на:

11.8.1. Пошук і рятування Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку;

11.8.2. Транспортування в лікарню або до місця проживання Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку;

11.8.3. Лікування Застрахованої особи;

11.8.4. Інші витрати, передбачені Договором.

11.9. До страхових випадків зі страхування від нещасного випадку не відносяться:

11.9.1. Загострення хронічного захворювання, інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших захворювань, що передаються через укуси тварин та комах);

11.9.2. Операційні та післяопераційні травми, які виникли внаслідок оперативного лікування будь-якого захворювання Застрахованої особи, крім наслідків нещасного випадку;

11.9.3. Інші події, передбачені Договором.

11.10. Якщо це передбачено Договором, Страховик звільняється від здійснення страхової виплати у разі настання випадку, що має ознаки страхового, внаслідок:

11.10.1. Ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення,

захворювання, через які державним уповноваженим органом встановлено карантин або інші обмежувальні протиепідемічні заходи; захворювання, які набрали характер епідемії або пандемії.

11.10.2. Військових (воєнних, бойових дій), а також маневрів або інших військових заходів; піратства.

11.10.3. Громадянської війни, громадських заворушень різного роду, страйків тощо.

11.11. Страховик не відшкодовує грошові суми, що були внесені Застрахованою особою до ЛПЗ, за надану їй медичну допомогу чи іншу послугу, в якості благодійних внесків, добродійності тощо;

11.12. Інших обставин, передбачених Договором.

11.13. Якщо інше не передбачено Договором, Застрахованими не можуть бути особи, які на момент укладення Договору:

11.13.1. визнані судом недієздатними;

11.13.2. перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);

11.13.3. перебувають на обліку у наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, шкіро-венерологічному та інших спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;

11.13.4. є особами, яким встановлено один або кілька з таких діагнозів: злоякісне новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), бронхіальна астма, цукровий діабет, тяжкі форми серцево-судинної/дихальної/нервової системи; печінкова або ниркова недостатність, гепатит; цироз печінки, туберкульоз, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсія, паркінсонізм, психічні захворювання (шизофренія та інші), венеричні захворювання, СНІД, захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ;

11.13.5. є особами, яким встановлено інвалідність першої або другої групи;

11.13.6. є особами, вік яких перевищує 69 років.

11.14. При укладенні Договору страхування можуть передбачатися додатково інші винятки зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України і зазначені у Договорі страхування.

11.15. Окремі виключення із перерахованих у п.п. 11.1– 11.13 Загальних умов можуть не застосовуватися у Договорі страхування.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

Спори, що виникають у зв'язку із виконанням укладеного Договору вирішуються Сторонами у порядку, передбаченому законодавством України. Розгляд Страховиком звернень споживачів фінансових послуг здійснюється у порядку, розміщеному на веб-сайті Страховика за посиланням: <https://eia.com.ua/uk/about/fin/fin>.

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

ПрАТ "ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС". Адреса електронної пошти:

rnb@eia.com.ua .Телефон для звернення:

0 (800) 500-156. Адреса для звернення: проспект Науки, 3, м. Київ.

Контактні телефони Асистанського центру Страховика:

- (044) 580 11 88

- (095) 580 11 88

- (093) 580 11 88

- (097) 580 11 88

- (067) 238 05 55 - для виклику бригади екстреної допомоги (в т.ч. і вночі).

Директор Департаменту
особистого страхування



В.В. Голяк

ПЕРЕЛІК КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИХ, ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТА МЕДИКО-ТРАНСПОРТНИХ ПОСЛУГ (ОПЦІЙ), ЯКІ МОЖУТЬ БУТИ СКЛАДОВОЮ ЧАСТИНОЮ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

1. Програмою страхування можуть бути передбачені такі послуги/опції:
 - 1.1. Амбулаторно-поліклінічне лікування;
 - 1.2. Стаціонарне лікування;
 - 1.3. Невідкладна медична допомога;
 - 1.4. Стоматологічне лікування в поліклінічних умовах;
 - 1.5. Вакцинація проти грипу або імунопрофілактика;
 - 1.6. Вітамінопрофілактика;
 - 1.7. Забезпечення офісною аптечкою;
 - 1.8. Забезпечення препаратом «Штучна сльоза»;
 - 1.9. Діагностика та лікування новоутворень;
 - 1.10. Діагностика та лікування цукрового діабету;
 - 1.11. Діагностика та лікування туберкульозу;
 - 1.12. Гінекологія при амбулаторно-поліклінічному лікуванні;
 - 1.13. Лікування дегенеративно дистрофічних захворювань хребта;
 - 1.14. Ведення вагітності та пологи;
 - 1.15. Корпоративний ліміт;
 - 1.16. Діагностика та лікування Covid-19;
 - 1.17. Індивідуальний ліміт;
 - 1.18. Профілактичний огляд;
 - 1.19. Оздоровлення;
 - 1.20. Діагностика та лікування неспецифічних (бактеріальних та кандидозних) вульвовагінітів, баланопоститів і кольпітів (які не входять до складу змішаної інфекції);
 - 1.21. Діагностика та лікування захворювань, які передаються статевим шляхом;
 - 1.22. Оперативне лікування пошкоджень менісків, суглобів, кісток, зв'язок, кіст;
 - 1.23. Діагностика та лікування хронічних хвороб периферичних судин;
 - 1.24. Видалення бородавок, папілом, невусів, конділом, контагіозних молюсків та інших вірусних новоутворень та інших доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини у випадку їх травмування, лікування у випадку запального процесу;
 - 1.25. Діагностика та лікування загострення хронічних дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань, їх ускладнень, остеохондрозу, екструзії, протрузії та інших дорсопатій, больових синдромів, тривалістю до 30 (тридцяти) днів лікування
 - 1.26. Первинна діагностика та лікування ендокринних захворювань;
 - 1.27. Лікування вегето-судинної дистонії, нейроциркуляторної дистонії, мігрені, астено-невратичного синдрому;
 - 1.28. Лікування хронічних захворювань у стадії ремісії;
 - 1.29. Розширена урологія;
 - 1.30. Розширена гінекологія;
 - 1.31. Психологічна підтримка;
 - 1.32. Діагностика та лікування травм та поранень внаслідок бойових дій;
 - 1.33. Інші послуги, передбачені Договором страхування, що не суперечать Загальним умовам.
2. Обсяг допомоги, яку організує та профінансує Страховик визначається Програмою страхування, яка є невід'ємною частиною Договору страхування.
3. Страховик має право комбінувати та змінювати стилістичні формулювання різних послуг/опцій в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові послуги/опції. Детальний опис послуг/опцій страхування наводиться у Договорі страхування.

ТАБЛИЦЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
НЕРВОВА СИСТЕМА		
1.	Ушкодження головного мозку:	
	а) струс головного мозку при безперервному лікуванні:	
	1) загальною тривалістю від 3 до 15 днів	3
	2) загальною тривалістю не менше 15 днів.....	5
	б) забиття головного мозку, у тому числі із субарахноїдальним крововиливом, при безперервному лікуванні:	
	1) загальною тривалістю не менше 14 днів амбулаторного лікування разом зі стаціонарним або без нього.....	7
2) загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування разом зі стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів.....	10	
3) загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування разом зі стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів, за умови, що субарахноїдальний крововилив був підтверджений результатами аналізу ліквору.....	15	
в) здавлення головного мозку травматичними гематомами:		
1) епідурально	20	
2) субдуральною та (або) внутрішньомозковою.....	25	
3) епідуральною, субдуральною та (або) внутрішньомозковою.....	30	
г) розтрощення речовини головного мозку, встановлене при оперативному лікуванні (у тому числі без зазначення симптоматики): локальне, із площею поверхні від 10 см ² однієї частини	35	
велике.....	50	
2.	Периферичні (поза порожниною черепа) ушкодження черепно-мозкових нервів (трійчатого, лицьового, під'язикового) і їхніх розгалужень першого порядку	5
3.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста:	
	а) струс спинного мозку	5
	б) або забиття спинного мозку, у тому числі із субарахноїдальним крововиливом	10
	в) або здавлення, гематомієлія, поліомієліт.....	30
	г) або частковий розрив.....	50
г') або повний розрив	100	
4.	Ушкодження (здавлення, перерив, поранення) шийних, плечових, поперекових, крижового сплетень й їхніх нервів, травматичний плексит, неврит:	

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	а) часткове ушкодження стовбура променевого, ліктьового, серединного, великогомілкового й малоогомілкового нервів (їхніх гілок першого порядку) на рівні зап'ястя й стопи, повний перерив інших гілок цих нервів (у тому числі, на рівні пальців): – одного(-єї)–трьох..... – кожного наступного(-ої) нерву (гілки) додатково.....	5 1
	б) часткове ушкодження стовбурів променевого, ліктьового, серединного, пахового, великогомілкового, малоогомілкового, стегнових, сідничного нервів на рівні вище зап'ястя й стопи, включаючи ушкодження, перераховані в підпункті а, травматичні неврити (нейропатії) цих нервів, не пов'язані з їхнім переривом: – одного – кожного наступного додатково.....	5 2
	в) перерив одного нерву: променевого, ліктьовому або серединного на рівні променевозап'ястного суглоба й передпліччя, малоогомілкового, великогомілкового нерву (незалежно від рівня), травматичний плексит, не пов'язаний з переривом нервів..... – перерив кожного наступного нерву додатково.....	7 3
	г) – перерив одного нерву: пахового, променевого, ліктьового або серединного на рівні ліктьового суглоба й плеча, сідничного, стегнового нерву (на будь-якому рівні)..... – перерив кожного наступного додатково.....	10 5
	г) частковий розрив одного сплетення.....	30
	д) або повний перерив (розрив) одного сплетення.....	50
Примітка до розділів 1-4: при оперативних втручаннях з приводу ушкодження нервів, сплетень, головного й спинного мозку, включаючи їхні оболонки, див. пункт 53 (з урахуванням локалізації ушкодження).		
5.	Травматичний неврит лицьового нерву.....	5
6.	Ушкодження одного ока (однократно з приводу однієї травми й тільки за одним з підпунктів, у якому зазначене найбільш важке ушкодження), що не призвело до зниження гостроти зору: а) контузія очного яблука без розриву оболонок, гіфема (крововилив у передню камеру) та (або) гемофтальм (крововилив у склоподібне тіло), опіки II ступеня (тільки при зазначенні ступеня), непроникаюче (поверхнєве) поранення кон'юнктиви, роговиці (травматична ерозія), склери, наскрізне поранення повіки, у тому числі . зазначені вище ушкодження, що супроводжуються травматичним кон'юнктивітом, кератитом.....	5
	б) проникаюче (у порожнину очного яблука) поранення та (або) ушкодження слъозопровідних шляхів, контузія очного яблука з розривом оболонок, опіки II-III ступеня (тільки якщо ступінь зазначений).....	10
Примітки: 1. Опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, раніше виплачена сума за розділом 6 утримується. 3. Поверхнєві сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для здійснення страхової виплати.		
7.	Ушкодження ока, що призвело до зниження гостроти зору: а) до 50 %.....	10

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	б) на 50 % і більше.....	30
8.	<p>Ушкодження ока, що призвело до повної втрати зору на це око..</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляє до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження.</p> <p>2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижчою ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнює 1,0.</p> <p>3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з після травматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована коригувальна лінза, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.</p>	50
9.	Пульсуючий екзофтальм одного ока.....	20
10.	Перелом орбіти.....	10
11.	Ушкодження м'язів одного очного яблука (у тому числі, м'язів повік), що викликало травматичну косоокість та (або) диплопію (двоїння об'єктів), птоз після закінчення трьох місяців після травми.....	15
12.	<p>Наслідки травми одного ока, підтверджені окулістом (офтальмологом):</p> <p>а) після закінчення одного місяця після травми: іридоцикліт та (або) хоріоретиніт, порушення функції сльозопровідних шляхів, симпатичне запалення здорового ока.....</p>	5
12.	<p>б) після закінчення трьох місяців після травми: дефект райдужної оболонки та (або) зміна форми зіниці, зсув кришталіка (за винятком протезованого), трихіаз (неправильний ріст вій), рубцева деформація повік, що заважає закриттю очної щілини, невидалені сторонні предмети, що проникли в очне яблуко й тканини очниці (крім тих, що лежать на поверхні), атрофія (субатрофія) ушкодженого невидаленого очного яблука (при видаленні застосовується пункт 14).....</p>	10
13.	Ушкодження очей (або єдиного ока), що призвело до повної втрати зору, за умови, що до травми гострота зору була не нижче 0,1 (при гостроті зору до травми нижче 0,1 не застосовується).....	100
14.	Видалення очного яблука незалежно від стану зору до травми (за умови, що не застосовувався підпункт б) пункту 12 у зв'язку з атрофією (субатрофією)).....	10
ОРГАНИ СЛУХУ		
15.	Ушкодження вушної раковини, що призвели до:	
	а) відсутності до 1/3 частини вушної раковини.....	5
	б) відсутності 1/3 – 1/2 частини вушної раковини.....	10
	в) відсутності більш ніж 1/2 частини вушної раковини.....	30
16.	Розрив барабанної перетинки, що стався внаслідок травми й не призвів до зниження слуху.	5

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	Примітка: 1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, розмір страхової виплати встановлюється за пунктом 17, пункт 16 при цьому не застосовується. 2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), пункт 16 не застосовується.	
17.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:	
	а) несприйняття шепотіння на відстані до 1 метру.....	10
	б) повна глухота – несприйняття розмови.....	25
18.	Повна втрата слуху на обидва вуха.....	100
	Примітка: рішення про страхову виплату приймається після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня одержання травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження.	
ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
19.	Ушкодження грудної клітини (підшкірна емфізема, пневмоторакс, гемоторакс, травматичний плеврит), сторонній предмет у грудній порожнині:	
	а) з одного боку.....	10
	б) з двох боків.....	15
20.	Ушкодження легень, що призвело до:	
	а) видалення частини легені (лобктомії, резекції), якщо це не викликане захворюванням, не пов'язаним із травмою (включаючи операцію).....	35
	б) видалення однієї легені (пульмонектомії), у тому числі із частиною іншої, якщо це не викликане захворюванням, не пов'язаним із травмою (включаючи операцію).....	50
21.	Ушкодження бронхів, гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язичної кістки, опік верхніх дихальних шляхів:	
	а) що не призвело до порушення функції – при безперервному лікуванні не менше 7 днів.....	5
	б) що призвело до осиплого голосу або втрати голосу, наявності трахеостоми протягом не менше трьох місяців після травми.....	15
	в) що призвело до втрати голосу, наявності трахеостоми протягом не менше шести місяців після травми.....	25
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
22.	Ушкодження серця, його оболонок і великих магістральних судин, що не призвело до серцево-судинної недостатності.....	25
23.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності:	
	а) 1 ступеня.....	20
	б) 2–3 ступеня.....	40
	Примітка: якщо в довідці лікувального закладу не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється відповідно до умов пункту 22.	
24.	Пошкодження великих периферичних судин, що не призвело до порушення кровообігу, на рівні:	
	а) плеча, стегна.....	10
	б) передпліччя, гомілки.....	5
25.	Ушкодження великих периферичних судин, що призвело до судинної недостатності, порушення кровообігу	20

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
<p>Примітки:</p> <p>1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів.</p> <p>До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, плечеголовні, підключичні, підпахвові, стегнові й підколінні вени.</p> <p>2. Порушення функції серцево-судинної системи слід підтвердити висновком спеціаліста.</p> <p>3. Страхова виплата за пунктами 23 і 25 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих пунктах ускладнення травми будуть встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченні трьох місяців після отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється відповідно до умов пунктів 22 і 24.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 10 % страхової суми.</p>		
ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ		
26.	<p>Втрата щелепи:</p> <p>а) втрата частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка), включаючи втрачені із цією частиною зуби.....</p> <p>б) втрата щелепи (разом із зубами).....</p> <p>Примітка: у тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними пунктами шляхом підсумовування.</p>	<p style="text-align: right;">40</p> <p style="text-align: right;">80</p>
27.	<p>Втрата язика:</p> <p>а) відсутність кінчика язика.....</p> <p>б) або відсутність до 1/3 частини язика.....</p> <p>в) або відсутність від 1/3 до 2/3 частини язика.....</p> <p>г) або відсутність від 2/3 частини язика до повної його відсутності</p>	<p style="text-align: right;">10</p> <p style="text-align: right;">15</p> <p style="text-align: right;">40</p> <p style="text-align: right;">80</p>
28.	<p>Ушкодження не уражених захворюваннями (пародонтозом, періодонтитом, карієсом тощо) зубів:</p> <p>а) перелом постійного зуба (коронки, шийки, кореня), вивих, переломовивих постійного зуба, включаючи супутній перелом альвеолярного відростка..... максимум при множинних.....</p> <p>б) втрата кожного постійного зуба, у тому числі, опорного для протезу, включаючи супутній перелом альвеолярного відростка (максимальний розмір страхової виплати при травмі одного зуба)..... максимум при множинній втраті.....</p> <p>Примітка: при втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата сплачується на загальних умовах.</p>	<p style="text-align: right;">2</p> <p style="text-align: right;">10</p> <p style="text-align: right;">3</p> <p style="text-align: right;">30</p>
29.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, що не призвело до порушення їх функцій	5
30.	<p>Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, що призвело до порушення їх функцій</p> <p>а) непрохідність стравоходу.....</p> <p>б) звуження стравоходу.....</p> <p>Примітка: відсоток страхової виплати за умовами пункту 30 визначається не раніше ніж через 6 місяців від дня травми. До закінчення цього періоду страхова виплата попередньо здійснюється за пунктом 29.</p>	<p style="text-align: right;">60</p> <p style="text-align: right;">40</p>
31.	<p>Ушкодження печінки внаслідок травми:</p> <p>а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання.....</p> <p>б) печінкова недостатність.....</p>	<p style="text-align: right;">5</p> <p style="text-align: right;">25</p>
32.	Пошкодження печінки, жовчного міхура, що потребувало:	

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура.....	15
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки.....	25
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура.....	35
33.	Пошкодження селезінки, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву селезінки, який не потребував оперативного втручання.....	5
	б) видалення селезінки.....	30
34.	Пошкодження шлунку, підшлункової залози, кишечника, що призвело до:	
	а) часткової резекції шлунку, кишечника, підшлункової залози.....	30
	б) видалення шлунку.....	50
	в) кишкового, кишково-півхового або свища підшлункової залози.....	40
	г) спайкової хвороби, з приводу якої проводилося оперативне втручання.....	25
	г) колостоми	50
	<p>Примітки:</p> <p>1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах в, г, г', страхова виплата проводиться по закінченні 6 місяців після травми.</p> <p>Зазначені ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, коли вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова сума виплачується за пунктом 29 і цей відсоток не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному підпункті, страхова сума виплачується одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних підпунктах, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	
СЕЧОСТАТОВА СИСТЕМА		
35.	Пошкодження нирки, що призвело до:	
	а) забиття нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребували оперативного втручання	10
	б) видалення частини нирки.....	30
	в) видалення нирки.....	60
36.	Пошкодження органів сечостатевої системи (нирки, сечоводу, сечового міхура, сечівника), що призвело до:	
	а) гострої ниркової недостатності.....	5
	б) синдрому тривалого роздавлювання (краш-синдром).....	25
	в) непрохідності сечоводу, сечівника, сечостатевих свищів	40
37.	Пошкодження статеві системи, що призвело до:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка.....	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, видалення єдиного яєчника, єдиної маткової труби, єдиного яєчка, видалення статевого члена або його частини.....	50
	в) втрати матки: – жінка у віці до 40 років..... – жінка у віці від 40 до 50 років..... – жінка у віці понад 50 років.....	50 30 15
38.	Ушкодження органів сечостатевої системи:	

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	а) (поранення, розрив, опік) сечівника та (або) сечового міхура, сечоводів; травматичне перекручення гідатіди яєчка, включаючи операцію з цього приводу.....	5
	б) згвалтування особи у віці: до 15 років..... з 15 до 18 років..... 18 років і більше.....	50 30 15
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
39.	Ушкодження (поранення, розрив ¹ , гематоми) м'яких тканин при безперервному лікуванні більше 5 днів: а) без накладення швів - за кожний день безперервного лікування протягом від 5 до 30 днів..... - при безперервному лікуванні протягом 30 днів і більше б) з накладенням швів - за кожний день безперервного лікування протягом від 5 до 30 днів..... - при безперервному лікуванні протягом 30 днів і більше.....	0,1 3 0,15 5
40.	Ушкодження м'яких тканин: а) ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, органів полової системи, кінцівок що викликало через шість місяців після травми (за висновком фахівця): - утворення рубців площею до 3 см ² (довжиною до 3 см)..... - утворення рубців площею більше 3 см ² (довжиною від 3 см і більше)..... б) ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин (крім ушкоджень вушних раковин, перерахованих у пункті 15), що викликало через шість місяців після травми (за висновком фахівця) різке порушення косметики (критерії при неможливості одержати висновок фахівця: - рубці площею більше 5 см ² (довжиною більше від 5 до 10 см), що різко відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, що піднімаються над її поверхнею та (або) що стягують м'які тканини) - рубці площею більше 10 см ² (довжиною більше 10 см), що різко відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, що піднімаються над її поверхнею та (або) що стягують м'які тканини)..... - рубці, що різко спотворюють природний вигляд – риси обличчя застрахованої особи..... Примітки: Страховик не несе відповідальності за Договором страхування і не проводить страхові виплати, якщо ушкодження м'яких тканин (утворення рубців) сталося внаслідок хірургічного втручання, медичних маніпуляцій, навмисного завдання собі тілесних ушкоджень (татування, видалення татувань, пірсинг, навмисне створення рубців або інше).	3 5 10 20 35
ОПОРНО-РУХОВИЙ АПАРАТ		
41.	Первинні розриви м'язів, сухожиль, менісків:	

¹ До поранень і розривів не відносяться поверхневі ушкодження шкіряних покривів (ушкодження зовнішніх шарів шкіри) – садна, подряпини тощо.

² Якщо зазначені ушкодження вперше отримані в період дії Договору страхування.

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	а) – частковий розрив одного м'яза, одного сухожилля (за винятком ахіллова) – частковий розрив двох і більше м'язів, двох і більше сухожиль на одному рівні, (за винятком ахіллова)	4 7
	б) – повний розрив одного м'яза (за винятком того, що фіксує лопатку), одного сухожилля, частковий розрив ахіллова сухожилля, розрив одного меніска (без поєднання з розривом зв'язок) – повний розрив двох і більше м'язів (за винятком того, що фіксує лопатку), двох і більше сухожиль, розрив обох менісків (без поєднання з розривом зв'язок).....	6 10
	в) повний розрив ахіллового сухожилля, розрив м'яза (м'язів), що фіксує лопатку („криловидна лопатка“)	10
42.	Первинні розриви зв'язок (повні або часткові), гемартрози: а) міжфалангових, п'ястно-фалангових, плесне-фалангових й інших суглобів зап'ястя й стопи, гомілковостопного, плечового, ліктьового, променевоzap'ястного	5
	б) гемартроз одного суглоба (за відсутності конкретної вказівки на внутрішнє ушкодження) – гомілковостопного, колінного, стегнового, променевоzap'ястного, ліктьового, плечового, підтвердженими результатами його пункції	7
43.	Вивихи, за винятком повторних ¹ , у суглобах: а) окремих кісток черепа: первинний травматичний вивих нижньої щелепи	5
	б) хребта – первинні травматичні: вивих хребців, за винятком куприкових.....	10
	в) верхньої кінцівки – первинні травматичні: – вивих(-и) фаланги (фаланг) одного пальця в міжфаланговому та (або) п'ястнофаланговому суглобах – вивихи фаланг двох пальців на одній кінцівці в міжфалангових та (або) п'ястнофалангових суглобах ... – вивихи фаланг трьох і більше пальців на одному зап'ясті в міжфалангових та (або) п'ястнофалангових суглобах..... – вивих однієї п'ясткової кістки в п'ястно-zap'ястному суглобі або кістки зап'ястя..... – вивихи двох п'ясткових кісток у п'ястно-zap'ястних суглобах та (або) кісток зап'ястя – вивихи трьох-чотирьох п'ясткових кісток у п'ястно-zap'ястних суглобах та (або) кісток зап'ястя – вивихи всіх п'ясткових кісток та (або) п'яти й більше кісток одного зап'ястя..... – вивих кисті в променевоzap'ястном суглобі, перилунарний вивих кисті – вивих однієї з кісток передпліччя (ліктьової, променевої з розривом зчленування між ними)..... – вивих обох кісток передпліччя в ліктьовому суглобі ... – вивих плеча.....	4 5 6 5 6 7 15 10 5 10 7
	г) таза – розрив куприково-підвіддихового, лонного зчленування – розрив двох і більше зчленувань.....	15 20
	д) нижньої кінцівки – первинні травматичні:	

¹ Повторні підвивихи в одних і тих самих суглобах (однієї локалізації) не дають підстав для здійснення страхової виплати.

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	<ul style="list-style-type: none"> – вивих(-и) фаланги (фаланг) одного пальця в міжфаланговому або плеснефаланговому суглобі – вивихи фаланг двох пальців на одній кінцівці в міжфалангових або плеснефалангових суглобах..... вивихи фаланг трьох і більше пальців однієї кінцівці в міжфалангових плеснефалангових суглобах..... – вивих однієї плесневої кістки або кістки передплесна..... – вивихи двох плесневих кісток або кісток передплесна..... – вивихи трьох–чотирьох плесневих кісток або кісток передплесна..... – вивих у поперечному суглобі стопи (суглобі Шопара)..... – вивих у передплесно-плесневому суглобі стопи (суглобі Лісфранка)..... – підтаранний вивих стопи..... – вивих стопи в гомілковостопному суглобі..... – вивих гомілки в колінному суглобі (у сполученні з розривом всіх зв'язок)..... – вивих стегна в стегновому суглобі 	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">7</p> <p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">7</p> <p style="text-align: center;">20</p> <p style="text-align: center;">20</p>
44.	<p>Переломи (епіфізеолізи) кісток, відриви кісткових фрагментів:</p> <p>а) кістки черепа:</p> <ul style="list-style-type: none"> – відриви кісткових фрагментів, крайові переломи..... – носа перелом кісток (у тому числі з вивихом та (або) переломом хряща)..... – перелом передньої стінки чолової чи верхньощелепної порожнини, гратчастої кістки..... – черепа: – перелом склепіння – перелом кісток основи, – перелом кісток склепіння і основи..... - перелом щелепи (верхньої щелепи, вилиці або нижньої щелепи, вивих щелепи): а) перелом однієї кістки, вивих щелепи одноразово..... б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки..... в) якщо у зв'язку з травмою проводилося оперативне втручання одноразово додатково виплачується 	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">20</p> <p style="text-align: center;">25</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">5</p>
	<p>Примітки</p> <p>1. При вивихі нижньої щелепи страхова виплата здійснюється, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної в період страхування. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.</p> <p>2. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних умовах.</p> <p>3. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснюється страхової виплати.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводилося оперативне втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.</p>	
	<p>б) хребет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – шийних (С), грудних (D, Т), поперекових(L) тіл хребців переломи, включаючи суглобні відростки, дужки: – одного (максимум)..... 	<p style="text-align: center;">15</p>

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	<ul style="list-style-type: none"> – двох–трьох (максимум)..... – чотирьох–шести (максимум)..... – семи й більше (максимум)..... – зуба II шийного хребця перелом..... – поперечних, остистих відростків хребців переломи: – одного–двох поперечних, одного остистого..... – трьох–чотирьох поперечних, двох–трьох остистих... – п'яти й більше поперечних, чотирьох і більше остистих..... – крижових, куприкових тіл хребців переломи (максимум)..... 	<ul style="list-style-type: none"> 25 40 50 15 5 7 10 15
	в) грудна клітина: <ul style="list-style-type: none"> – відриви кісткових фрагментів, крайові переломи перелом ребер: – одного (максимум)..... – двох–трьох (максимум)..... – чотирьох–шести (максимум)..... – семи–дев'яти (максимум)..... – десяти й більше (максимум)..... – грудини та (або) її складових 	<ul style="list-style-type: none"> 4 5 7 10 15 20 6
	г) лопатка, ключиця: <ul style="list-style-type: none"> – відриви кісткових фрагментів, крайові переломи, перелом (переломи): – лопатки та (або) її складових..... – ключиці 	<ul style="list-style-type: none"> 4 6 6
	г) верхня кінцівка: <ul style="list-style-type: none"> – відриви кісткових фрагментів, крайові переломи, пальця або пальців кисті (максимум): – фаланги одного пальця..... – фаланг (двох або трьох) одного пальця..... – фаланг двох пальців кисті..... – фаланг трьох пальців..... 	<ul style="list-style-type: none"> 4 5 6 7 10
	<ul style="list-style-type: none"> – фаланг чотирьох–п'яти пальців..... п'ясткової кістки або костей (максимум)- однієї..... – двох..... – трьох..... – чотирьох–п'яти..... – зап'ястя кістки або костей – багатокутної, трапецивидної, головчатої, крючковидної, тригранної, горохоподібної (максимум)- однієї..... – двох..... – трьох..... – чотирьох і більше..... – зап'ястя лад'євидної кістки (максимум)..... – зап'ястя напівмісячної кістки (максимум)..... – зап'ястя напівмісячної й лад'євидної кістки..... променевої кістки діафіза, шейки, голівки (максимум)..... – «у типовому місці», дистального метафіза (епіметафіза, епіфіза), шиловидного відростка..... – ліктьової кістки (максимум)..... – ліктьового відростка..... – вінцевого відростка..... 	<ul style="list-style-type: none"> 12 5 7 10 15 15 5 7 10 15 7 6 10 6 5 6 6 5

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	<ul style="list-style-type: none"> – шиловидного відростка, дистального метафіза (епіметафіза, епіфіза)..... – променевої й ліктьової кісток діафіза (максимум)..... – променевої й ліктьової кісток шиловидних відростків – променевої кістки «у типовому місці» і шиловидного відростка ліктьовий..... – плеча – плечової кістки діафіза (максимум)..... – епікондила (надмищелка)..... – епікондилів (надмищелків)..... – кондила (мищелка) (одного), включаючи блок або головчате піднесення..... – кондилів (мищелків), включаючи блок і головчатое піднесення, міжкондилевий (V- або T-подібний), епікондиловий (надмищелковий), черезепікондиловий (черезмищелковий) – горбка («бугра») ізольований..... – голівки, шийки, у тому числі з відривом великого горбка 	<p>5</p> <p>12</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>15</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>15</p> <p>5</p> <p>15</p>
	<p>д) кістки таза:</p> <p>відриви кісткових фрагментів, крайові переломи (у тому числі краю вертлужної западини, відрив передневерхней, переднижней ості крила подвздошної кістки),</p>	<p>4</p>
	<p>перелом (переломи):</p> <ul style="list-style-type: none"> – підвіддихової кістки (максимум)..... – лонної кістки (максимум)..... – сідничної кістки (максимум)..... 	<p>7</p> <p>7</p> <p>7</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – двох кісток з однієї сторони (максимум)..... – трьох кісток, вертлужної западини з однієї сторони (максимум)..... – трьох кісток, вертлужної западини з однієї сторони із центральним або периферичним вивихом стегна 	<p>15</p> <p>20</p> <p>25</p>
	<p>е) нижня кінцівка:</p> <ul style="list-style-type: none"> – відриви кісткових фрагментів, крайові переломи (за винятком переломів краю великогомілкової кістки) перелом (переломи): пальця або пальців стопи (максимум): – фаланги одного пальця (максимум)..... – двох–трьох фаланг одного пальця стопи (максимум)... – однієї–трьох фаланг двох–трьох пальців стопи (максимум)..... – однієї–трьох фаланг чотирьох–п'яти пальців стопи (максимум)..... плесневої, передплесневої (лад'єподібної, кубоподібної, клиноподібної) кістки або кісток (максимум): – однієї..... – двох..... – трьох..... – чотирьох і більше..... п'яткової кістки (максимум)..... – п'яткового бугра..... – відростка, відростків..... таранної кістки (максимум)..... – відростка (відростків) таранної кістки (без перелому її тіла) великогомілкової кістки (максимум), включаючи надколючкової, підблокової..... 	<p>4</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>15</p> <p>7</p> <p>5</p> <p>7</p> <p>4</p> <p>12</p>

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	– внутрішньої колодки.....	5
	– краю (країв).....	5
	– блока.....	6
	– обох блоків, дистального метафіза (епіметафіза)	10
	Міжблокового піднесення.....	7
	Малогомілкової кістки – голівки, шийки, діафіза, зовнішньої колодки (максимум).	5
	великогомілкової і малогомілкової кісток (максимум)....	17
	великогомілкової кістки внутрішньої щиколотки, малогомілкової кістки, у тому числі зовнішньої щиколотки й великогомілкової кістки краю або країв («трищиколотковий»), дистального метафіза великогомілкової кістки й зовнішньої щиколотки	15
	– великогомілкової кістки внутрішньої щиколотки й малогомілкової кістки, у тому числі зовнішньої щиколотки («двощиколотковий»).....	10
	– великогомілкової кістки краю (країв) і малогомілкової кістки, у тому числі зовнішньої щиколотки.....	10
	– великоберцової кістки внутрішньої щиколотки й великогомілкової кістки краю (країв).....	10
	надколінка (максимум).....	8
	стегна – голівки, шийки, черезвертельний, міжвертельний, підвертельний, діафіза, епікондилловий (надмищелковий) (максимум).....	20
	– епікондила(-ів) (надмищелка(-ів)).....	6
	– вертіла(-ів).....	8
	– кондила (мищелка).....	12
	– обох кондилів (мищелків) (V- або T-подібний).....	20
	є) епіфізеолізи: – розмір страхової виплати визначається шляхом множення розміру, передбаченого для випадку перелому відповідної локалізації, на поправочний коефіцієнт 0,8.	
45.	Травматична ампутація або ушкодження верхньої кінцівки, що призвело до ампутації (включаючи формування кукси) ² :	
	а) до рівня променезап'ястного суглоба, зап'ястя, п'ясткових костей, основних фаланг пальців кисті.....	65
	б) до рівня плеча, ліктьового суглоба, передпліччя.....	75
	в) до рівня лопатки, ключиці.....	80
	г) єдиної кінцівки на кожному з рівнів, перерахованих вище в цьому пункті.....	100
	г) на рівні нігтьової фаланги, міжфалангового суглоба першого (великого) пальця кисті (втрату фаланги)	15
	д) на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба першого (великого) пальця кисті (втрату пальця).....	20
	е) першого (великого) пальця кисті з п'ястковою кісткою або її частиною.....	25
	є) пальця кисті, крім першого (великого), на рівні нігтьової фаланги, дистального міжфалангового суглоба (втрату нігтьової фаланги).....	7

² Максимальний (граничний) розмір страхової виплати при множинних і важких ушкодженнях кінцівки у результаті однієї травми до певного рівня, що не спричинили ампутацію.

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	ж) пальця кисті, крім першого (великого), на рівні середньої фаланги, проксимального межфалангового суглоба (втрату двох фаланг).....	12
	з) пальця кисті, крім першого (великого), на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрату пальця).....	15
	и) пальця кисті, крім першого (великого), з п'ястковою кісткою або її частиною.....	20
46.	Травматична ампутація або ушкодження нижньої кінцівки, що призвело до ампутації (включаючи формування кукси) ¹ :	
	а) до рівня гомілковостопного суглоба, таранних, п'ясткової кісток.....	60
	б) до рівня колінного суглоба й гомілки.....	70
	в) до рівня тазостегнового суглоба й стегна.....	80
	г) єдиної кінцівки на кожному з рівнів, перерахованих вище у цьому розділі.....	100
	г) на рівні кісток передплесна, плесневих кісток, суглобів Шопара, Лісфранка.....	50
	д) на рівні плеснефалангових суглобів, відсутність всіх пальців стопи.....	40
	е) першого (великого) пальця стопи на рівні нігтьової фаланги, міжфалангового суглоба (втрату нігтьової фаланги, її частини).....	7
	є) першого (великого) пальця стопи на рівні основної фаланги, плеснефалангового суглоба (втрату пальця).....	12
	ж) пальця стопи, крім першого (великого), на рівні нігтьової й середньої фаланг, дистального й проксимального міжфалангових суглобів (втрату однієї, двох фаланг)	5
	з) пальця стопи, крім першого (великого), на рівні основної фаланги, плеснефалангового суглоба (втрату пальця).....	7
	и) пальця стопи із плесневої кісткою або її частиною – додатково.....	3
47.	Шок (травматичний, геморагічний), що настав внаслідок нещасного випадку.....	15
48.	Обмороження	
	а) загальне охолодження організму (шок): - на повітрі..... - на воді.....	5 10
	б) обмороження:	
	– 1 ступеня.....	5
	– 2 ступеня.....	10
	– 3 ступеня.....	15
	– 4 ступеня.....	20
	в) ускладнення при 3, 4 ступенях обмороження: місцевого характеру: – раньова інфекція (анаеробна, гнилиста, гнійна)..... – ішемія кінцівки (нейрооваскуліт, змінення дотичної чутливості)..... загального характеру: – запалення легенів..... – сепсис..... – емболія..... – гострий міоглобурійний нефроз.....	15 20 10 20 10 10
	г) відторгнення органу (ніс, вушні раковини, статевий член): часткове:	

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	– вушної раковини..... – від 1/3 до 2/3 носа..... – статевого члена..... повне: – вуха..... – носа..... – статевого члена.....	15 30 30 30 40 50
49.	Опіки: а) ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею до 12 % поверхні тіла або глибокі (3-Б, 4 ступеня) площею до 6 % поверхні тіла..... б) ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, в тому числі глибокі (3-Б, 4 ступеня) від 6 % до 10 % поверхні тіла..... в) ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, в тому числі глибокі (3-Б, 4 ступеня) від 11 % до 40 % поверхні тіла..... г) ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею від 60 % поверхні тіла та більше, в тому числі глибокі (3-Б, 4 ступеня) від 41 % поверхні тіла та більше..... г) опікова хвороба.....	5 10 25 45 5
50.	Вогнепальні поранення а) дотичні..... б) сліпі..... в) наскрізні..... г) скальповані голови.....	5 10 10 15
51.	Випадкові гострі отруєння (неінфекційні), асфіксія, кліщовий або енцефаліт, енцефаломієліт), ураження електричним струмом (атмосферною електрикою), укуси змій, ядовитих комах, стовбняк – за відсутності відомостей про ураження конкретних органів тіла при настанні зазначених подій у разі стаціонарного лікування протягом:	
	а) 6-10 днів..... б) 11- 20 днів..... в) 21 – 30 днів..... г) понад 30 днів.....	5 10 15 20
52.	Оперативне лікування (додатково до пунктів, що враховують факт ушкодження), одноразово, з приводу однієї травми однієї локалізації (її ускладнень): а) – на одному–двох пальцях кисті або стопи з приводу ушкодження сухожиль, зв'язок, капсулів суглобів, фаланг, пальцевих нервів..... – на трьох і більше пальцях кисті або стопи з приводу ушкодження сухожиль, зв'язок і капсули суглобів, фаланг, пальцевих нервів..... б) в області щелепи, ключиці, акроміально-ключичного зчленування, променевоzap'ястного суглоба, кисті, стопи з приводу ушкодження: – одного–двох анатомічних утворень – сухожилля, нерва, зв'язки, м'яза, капсули суглоба, або однієї кістки, одного зчленування..... – трьох і більше анатомічних утворень та (або) двох і більше кісток, зчленувань, ендопротезування..... в) в області обличчя (включаючи пластичні операції на м'яких тканинах – шкірі, пов'язані з косметичними порушеннями), операції на кістках кістяка обличчя (за винятком щелепних, згідно з підпунктом б), в області лопатки,	5 7 5 8

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	<p>плечового суглоба, плеча, ліктьового суглоба, передпліччя, стегна, колінного суглоба, гомілки, гомілковостопного суглоба, грудної клітини з приводу ушкодження:</p> <p>– пластичні операції на м'яких тканинах у зв'язку з наслідками ушкоджень.....</p> <p>– одного–двох анатомічних утворень – сухожилля, нерву, зв'язки, м'яза, капсули суглоба, або однієї кістки, одного зчленування, пластична операція з приводу ушкодження особи, операція на кісках обличчя.....</p> <p>– трьох і більше анатомічних утворень та (або) двох і більше кісток, зчленувань, ендопротезування.....</p>	<p>5</p> <p>7</p> <p>10</p>
	<p>г) в області склепіння черепа, основи черепа, головного мозку (його оболонки), таза, тазостегнового суглоба, хребта, спинного мозку (його оболонки) з приводу ушкодження:</p> <p>– одного-двох анатомічних утворень – оболонки мозку, речовини мозку, нерву, сухожилля, зв'язки, м'яза, капсули суглоба, або кісток склепіння черепа, кісток основи черепа, однієї з інших кісток, зчленувань.....</p>	<p>10</p>
	<p>г) – трьох і більше анатомічних утворень та (або) кісток склепіння й основи черепа, двох і більше інших кісток, розрив зчленувань, ендопротезування.....</p>	<p>15</p>
	<p>д) оперативне видалення гематоми (гематом), що не розсмокталася, видалення сторонніх предметів (за винятком сторонніх предметів порожнини черепа, ока, грудної й черевної порожнини) після закінчення 10 днів після травми в умовах стаціонару, операція взяття кісткового трансплантата (декількох трансплантатів) з однієї кістки поза областю ушкодження, операція з приводу м'язової грижі.....</p>	<p>5</p>
	<p>е) операція з метою відновлення судинного русла, у зв'язку з ушкодженням великих судин або серця</p>	<p>10</p>
	<p>є) операція (операції) взяття шкіряного трансплантата або трансплантатів, артроскопічні операції, резекція носової перегородки у зв'язку з переломом кісток, хряща носа.....</p>	<p>3</p>
	<p>ж) розкриття гематоми (гематом), розкриття, пов'язаного з травмою нагноєння (абсцесів, флегмон), видалення відшарованої гематомою або скупченням гною нігтьової пластинки, черезшкірна (закрита) фіксація відломків або кісток, що складають один суглоб, спицями</p>	<p>1</p>
53.	<p>Комплекс ушкоджень, отриманих у результаті однієї події, що не включає в себе ушкодження, передбачені у пунктах 1–51, якщо ці ушкодження (що входять до комплексу) вимагали безперервного лікування загальною тривалістю не менше 15 днів, розмір виплати не залежить від кількості ушкоджень, отриманих одночасно (при оперативному лікуванні додатково виплачується страхова виплата, якщо вона передбачена у пункті 52):</p>	
	<p>а) за кожний день безперервного лікування протягом від 15 до 30 днів.....</p>	<p>0,1</p>
	<p>б) при безперервному лікуванні протягом 30 днів і більше.....</p>	<p>3</p>
	<p>Примітки:</p> <p>1. При кожному повторному в період дії Договору страхування випадку, передбаченому у пункті 53, розмір щоденної (0,1 %) і максимальної (3 %) страхової виплати відповідно до умов пункту, передбаченої підпунктами а) і б), знижується удвічі.</p> <p>2. Пункт 53 не застосовується, якщо:</p> <p>а) строк безперервного лікування ушкоджень, зазначених у пункті 53, становить менше 15 днів;</p>	

№	Визначення розладу здоров'я Застрахованої особи	Розмір страхових виплат (% від страхової суми)
	б) строк безперервного лікування відповідно до наданих документів не може бути встановлений; в) при ушкодженнях, зазначених у пункті 53, якщо їхнє лікування збіглося у часі з лікуванням з приводу інших ушкоджень (у тому числі передбачених іншими пунктами цієї Таблиці).	

Уточнення до Таблиці страхових виплат при настанні страхових випадків

1. Розрахунок розміру страхової виплати здійснюється із застосуванням Таблиці страхових виплат при настанні страхових випадків (далі – Таблиця) за умови, що це передбачено Договором страхування. Для ухвалення рішення Застрахована особа (Страховальник, Вигодонабувач) надають Страховикові медичні й інші, зазначені в Договорі страхування, документи.

У медичних документах повинні містити: дату й обставини заявленого випадку (травми тощо), повний діагноз, час початку й закінчення лікування, результати діагностичних досліджень (рентгенографії, КТ, МРТ, аналізів тощо) і назви лікувальних заходів. Діагноз того або іншого ушкодження, встановлений Застрахованій особі, вважається достовірним у тому випадку, якщо він встановлений медичним працівником, який має на це право, на підставі характерних для такого ушкодження й об'єктивних симптомів.

2. Відомості з Таблиці не застосовуються й виплата відповідно до неї не здійснюється в тих випадках, коли факт одержання того або іншого ушкодження в період дії Договору страхування встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг Застрахованої особи, навіть якщо подібні повідомлення й скарги зафіксовані письмово, у тому числі у медичних документах.

Відомості з Таблиці не застосовуються й виплата відповідно до неї не здійснюється через ушкодження, одержання яких Застрахованою особою не може бути ідентифіковане за місцем і часом за допомогою інформації, зазначеної в медичних документах, зокрема мікротравми, хронічна травматизація, потертості, оmozоліlostі тощо.

Страхові виплати при ушкодженнях хребта, спинного мозку і його корінців, що сталися без зовнішнього впливу – травми, зокрема що сталися внаслідок піднімання важких предметів, не передбачені до виплати Таблицею.

3. При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) застосування відповідних пунктів Таблиці здійснюється за умови наявності рентгенологічного підтвердження таких ушкоджень.

Страхова виплата у зв'язку з вивихом кістки, вправленим медичним працівником без попередньої рентгенографії, може бути зроблена тільки у виняткових випадках – за наявності медичного документа, що підтверджує це, вказує на причини, через які не могло бути зроблене рентгенівське обстеження, і містить опис об'єктивних симптомів, характерних для конкретного виду вивиху, й методики, що застосовувалася при його вправлянні.

Повторні переломи (рефрактури) однієї й тієї ж кістки, що є наслідком травми, отриманої в період дії договору страхування, дають підставу для здійснення страхової виплати тільки в тому разі, якщо відповідно до представлених рентгенограм буде встановлене зрощення відломків кістки по закінченні лікування попередньої травми та наявність нової лінії (ліній) перелому кістки на рентгенограмах, зроблених після повторної травми. При цьому, зсув відломків кістки після повторної травми лінією (лініями) раніше отриманого перелому, у тому числі разом з ушкодженими або неушкодженими конструкціями, що застосовувалися для остеосинтезу, свідчить про незрощення відломків після первинного перелому й не дає підстав для здійснення страхової виплати у зв'язку з повторним переломом, оскільки він стався до настання заявленого випадку.

4. Якщо отримані в результаті одного випадку ушкодження різного характеру й локалізації передбачені у різних пунктах Таблиці, розмір страхової виплати визначається підсумовуванням розмірів, зазначених у відповідних пунктах.

У той же час розмір страхової виплати у зв'язку з ушкодженням одного характеру й однієї локалізації, що передбачені різними (як правило, суміжними) пунктами Таблиці, визначається згідно з одним з таких пунктів.

Якщо ушкодження одних тканин, одного органу, одного анатомічного утворення (кістки, сухожилля, нерву тощо), одного відділу або сегмента опорно-рухового апарату, отримане Застрахованою особою в результаті настання одного випадку, зазначене в різних підпунктах одного і того ж пункту, розмір страхової виплати визначається тільки відповідно до одного підпункту, що передбачає виплату в найбільшому розмірі.

5. При визначенні розміру страхової виплати з урахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідним пунктом цієї Таблиці, ураховується тільки призначене медичним працівником, який має на це право, лікування, що відповідає, за даними медичної науки характерові ушкодження, отриманого Застрахованою особою, з періодичним (не рідше одного разу на 10 днів) контролем його ефективності (на прийомі у медичного працівника або при відвідуванні Застрахованої особи останнім). Тільки в окремих випадках з урахуванням особливостей ушкодження, проведеного лікування, місцезнаходження Застрахованої особи безперервним може бути визнане лікування з контрольними оглядами через проміжок часу, що перевищує 10 днів.

Періодичні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання розвитку захворювань (наприклад, сказу), не є лікуванням травм. Тому час їхнього проведення при визначенні строку безперервного лікування не враховується.

7. Видалення, резекція, ампутація під час операції з приводу травми болісно зміненого, імплантованого або протезованого до травми органу до страхових випадків не відноситься. Страхова виплата при цих умовах може бути здійснена тільки за факт проведеного оперативного втручання, якщо воно передбачене у Таблиці.

8. Якщо після здійсненої страхової виплати буде надана нова заява й медичні документи, що дають підставу для здійснення страхової виплати у зв'язку з тим же ушкодженням у більшому розмірі, розмір додаткової виплати визначається з урахуванням суми страхової виплати, визначеної (виплаченої) раніше.

Передбачені окремими пунктами цієї Таблиці відкладені страхові виплати, пов'язані з тим, що після закінчення зазначеного у Таблиці часу у Застрахованої особи проявляються певні наслідки ушкодження, здійснюються в тому випадку, якщо час, зазначений у конкретному пункті, минає в період, на який відповідно до умов Договору страхування поширюється відповідальність Страховика.

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

9. Травми, які ускладнюються розвиненими до укладення Договору страхування захворюваннями: цукровим діабетом та (або) облітеруючим ендартеріїтом, облітеруючим атеросклерозом, трофічними порушеннями іншого походження, дають підставу для здійснення виплати 50 % від розміру страхової виплати, передбаченої Таблицею. Це положення не застосовується у випадках, коли зазначені захворювання лише є супутніми, тобто не впливають на тривалість, протікання процесу відновлення й характер наслідків травми.

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

10. Перелік ушкоджень і їх наслідків, передбачений у Таблиці, розширеному тлумаченню не підлягає.