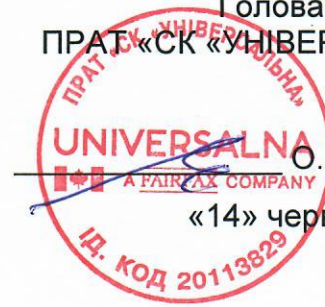


«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Голова Правління
ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»



О.В. Музичко

«14» червня 2024 р.

**Загальні умови страхового продукту
«СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ»
Редакція 01**

Київ 2024

ЗМІСТ

1.	ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ	5
2.	УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ	7
3.	ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ	12
4.	ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ	14
5.	ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	16
6.	ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	16
7.	ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	17
8.	ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	26
9.	ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	27
10.	ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	29
11.	ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	33
12.	КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	34

Загальні умови страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ» (далі – ЗУСП) – це внутрішній документ ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА», визначений відповідно до частини першої статті 89 Закону України «Про страхування» та «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування», затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182, що встановлює загальні правила (умови), порядок та особливості здійснення страхування за страховим продуктом.

Ці ЗУСП розроблені за такими ризиками в межах класів страхування:

- ризик в межах класу страхування «страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» класу страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (далі по тексті – клас 1 або нещасний випадок);

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

- ризик у межах класу страхування «страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон» класу страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (далі по тексті – клас 18.1 або медичні витрати);

- ризик у межах класу страхування «страхування витрат, інших, ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон» класу страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (далі по тексті – клас 18.2 або багаж).

Якщо договір страхування укладено за класом 1, то відповідно до цих ЗУСП Страховик зобов'язується за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування та/або законодавства в разі настання страхового випадку, включаючи смерть, встановлення інвалідності, втрату працездатності або отримання застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я, унаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).

Якщо договір страхування укладено за класом 13, то відповідно до цих ЗУСП Страховик зобов'язується за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату шляхом відшкодування шкоди, заподіяної особою, відповідальність якої застрахована, потерпілій третій особі та/або її майну внаслідок дій або бездіяльності особи, відповідальність якої застрахована, відповідно до умов, передбачених договором страхування, та/або законодавства.

Якщо договір страхування укладено за класом 18.1, то відповідно до цих ЗУСП Страховик зобов'язується за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особі, яка потрапила в скрутне становище під час здійснення нею подорожі (поїздки) на території України або за кордоном (страхувальнику та/або іншій особі, визначеній у договорі страхування), або шляхом оплати вартості таких витрат у зв'язку із захворюванням такої особи, розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), а саме: витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, включаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування;

Якщо договір страхування укладено за класом 18.2, то відповідно до цих ЗУСП Страховик зобов'язується за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особі, яка потрапила в скрутне становище під час здійснення нею подорожі (поїздки) на території України або за кордоном (страхувальнику та/або іншій особі, визначеній у договорі страхування), або шляхом оплати вартості таких витрат у зв'язку з дорожньо-транспортною пригодою, поломкою транспортного засобу або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи витрати на отримання допомоги (послуг) із транспортування, ремонту транспортного засобу, витрати, які понесені (можуть бути понесені) у зв'язку із затримкою авіарейсу, затримкою та/або втратою багажу, витрати на відновлення втрачених особистих

документів, витрати на судові чи позасудові врегулювання спору та/або отримання інших послуг (допомоги).

Ці ЗУСП визначають особливості укладання договорів с комплексного страхування подорожуючих за страховим продуктом «СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ» (далі – договір або договір страхування).

Страхування здійснюється в межах класів залежно від обраного пакету:

Пакет «МАНДРІВНИК», «VISIT», «Silver» та «TOURIST PLUS» - клас 1 та клас 18.1;

Пакет «TOURIST», «Gold» та «Gold Sport» - клас 1, клас 18.1 та клас 18.2;

Пакет «PREMIUM» та «PREMIUM POLAND» - клас 1, клас 13, клас 18.1 та клас 18.2.

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 цими ЗУСП.

Страховий продукт «СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ» є стандартним страховим продуктом із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. Аптека – фармацевтична установа, яка забезпечує застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої договором страхування.

1.2. Активний туризм - пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості та навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолерах, мотоциклах та квадроциклах, сплави на човнах або плотах по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до Активного туризму відносяться Спорт та екстрим – участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме: участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубординг, спелеотуризм, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах. До активного туризму також відносяться: акробатика (всі види), атлетика, віндсерфінг, воднолижний спорт, гирьовий спорт, лижне двоборство, плавання, пауерліфтинг, стрибки у воду, фігурне катання, армспорт, багатоборство (всі види), велоспорт (трек, шосе), водно-моторний спорт, гребля, спортивна гімнастика, картинг, кінний спорт, ковзанярський спорт, контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, козацький двобій, рукопашний двобій, традиційне карате, кікбоксинг, бокс, дзюдо, боротьба, самбо, сумо), подорожі (піші походи) з гірським ландшафтом, поло, регбі, санний спорт, спідвей, шот-трек, футбол (всі види), хокей з шайбою, автмотоспорт, вертолітний спорт, гірський велосипед, гірськолижний спорт, дельтапланерний спорт, літаковий спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, планерний спорт, піші походи (по спеціальних маршрутах), ралі, слалом (всі види), скелелазіння, спелеологія, стрибки на лижах з трампліна, фрістайл-акробатика, стрибки на батуті, рибальський спорт, стендова та кульова стрільба, біатлон, бодібілдинг, художня гімнастика, ігрові види спорту (баскетбол, бейсбол, водне поло, волейбол, гандбол, пейнтбол, хокей на траві, футбол, хокей з шайбою, легка атлетика, рок-н-рол акробатичний, сквош, спортивні танці, великий теніс (за виключенням дайвінгу та альпінізму, гірського туризму з висотою підйому понад 2000 метрів над рівнем моря);

1.3. Багаж – речі та інші матеріальні цінності, які є необхідними для особистого користування, комфорту чи для забезпечення зручностей під час подорожі, і які подорожуючий перевозить з собою, здає під відповідальність перевізника та/або для зберігання у відповідних закладах, або залишає у місцях проживання під час подорожі.

1.4. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства;

1.5. Виконання оплачуваної роботи - виконання Застрахованою особою будь якого виду оплачуваної роботи, крім службового відрядження. Під службовим відрядженням розуміється - участь в конференціях, нарадах, зустрічах, семінарах поза місцем постійної роботи;

1.6. Вимоги третіх осіб – претензії, позови, письмові вимоги тощо, пред'явлені Страхувальнику (Застрахованій особі) у відповідності до вимог чинного законодавства України;

1.7. Відновна вартість – вартість відтворення втраченого чи пошкодженого багажу в результаті настання страхового випадку до первісного стану з урахуванням зносу та ринкових цін на багаж;

1.8. Гостре захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю;

1.9. Застрахована особа - фізична особа, визначена страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування;

1.10. Загострення хронічного захворювання – це 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 (неповної, часткової ремісії), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає невідкладної медичної допомоги.

1.11. Звичайний (пасивний) туризм – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі, а саме : бадмінтон, більярдний спорт, боулінг, бридж спортивний, городковий спорт, крокет, дартс, стрільба з лука, теніс настільний, шахи, шашки, катання на роликівих ковзанах, керлінг, подорожі (піші походи) зі спокійним ландшафтом, їзда (катання) на велосипеді (окрім гірських) та гіробордах/гіроскутерах. Вищезазначений перелік видів спорту є вичерпним для визначення «Загальний (пасивний) туризм»;

1.12. Зміна ступеня страхового ризику – зміна будь-якої інформації про застраховану особу, що вказана у Договорі страхування, а саме: умов праці, зайняття спортом та/або екстремальними видами розваг, встановлення групи інвалідності тощо;

1.13. Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист. Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом медико-соціальної експертизи медико-соціальними експертними комісіями;

1.14. Каренція (період очікування) – період, що починається з дати початку дії Договору та триває певний проміжок часу. Страховик не здійснює страхову виплату по страхових випадках, що відбулись у цей період;

1.15. Ліміт відповідальності - межа відповідальності Страховика по одному страховому випадку, по окремому страховому ризику або в цілому за договором страхування;

1.16. Медичний заклад – заклад охорони здоров'я що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену договором страхування;

1.17. Навмисні дії – невідповідні, цілеспрямовані дії особи, здійснюючи які, вона усвідомлює характер своєї дії, передбачає їх наслідки та бажає або свідомо припускає настання наслідків у вигляді знищення, пошкодження або втрати багажу;

1.18. Невідкладна медична допомога, в межах цього Договору - є допомога, що необхідна у випадках, що загрожують життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагають надання їй медичної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи із закордонної подорожі. Невідкладна медична допомога надається до нормалізації стану Застрахованої особи, а саме до усунення гострого болю, загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи;

1.19. Непрацездатність - це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможлиблює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я. Зміст та вид Непрацездатності визначається законодавчо визначеними обставинами, які зумовлюють її настання;

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

До нещасних випадків за цим договором відноситься: травматичні пошкодження організму (травми, в тому числі від вогнепальної зброї), поранення, контузія, анафілактичний шок, випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідного тіла, утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, опіки, обмороження, перегрівання, переохолодження, укуси тварин, отруйних комах, змій тощо, випадкове отруєння газами, побутовими або промисловими хімічними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком інфекційних хвороб), такі захворювання, як сказ, правець, ботулізм, малярія, а також енцефаліт, що передається укусами кліщів;

1.21. Необережність - дії особи, здійснюючи які вона передбачає настання цілком ймовірних негативних наслідків, але легковажно розраховує на їх відвернення або не передбачає настання цих наслідків хоча повинна була і могла їх передбачити;

1.22. Подорож - пересування по будь-якій території, акваторії чи повітряному простору, що передбачені договором страхування, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни перебування;

1.23. Перевізник – особа, яка надає послуги з перевезення вантажу будь-яким видом транспорту;

1.24. Спеціалізована Служба Страховика (Асистуюча компанія) – юридична особа, що діє від імені та за дорученням ПРАТ «Страхова компанія «Універсальна» і координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають їй допомогу чи послуги, у разі настання страхового випадку.

1.25. Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування та/або законодавства;

1.26. Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) - плата у грошовій формі за страхування, яку страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування;

1.27. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку;

1.28. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону;

1.29. Страховий акт – документ, визначеної Страховиком форми, який кваліфікує подію, як страховий випадок, та який містить інформацію про суму страхової виплати;

- 1.30. Страховий випадок** - подія, передбачена договором страхування або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства;
- 1.31. Страховий інтерес** - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі;
- 1.32. Страховий ризик** - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;
- 1.33. Страховий тариф** - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття;
- 1.34. Страховик** - ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «УНІВЕРСАЛЬНА»;
- 1.35. Страхувальник** - особа, яка уклала із Страховиком договір страхування;
- 1.36. Строк страхового покриття** - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору або законодавства;
- 1.37. Таємниця страхування** - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику (перестраховику) або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування (перестраховання) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги;
- 1.38. Тимчасова непрацездатність** - неспроможність особи за станом здоров'я виконувати трудові обов'язки протягом короткого проміжку часу, яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності;
- 1.39. Травматичне ушкодження** – це пошкодження тіла внаслідок впливу зовнішньої сили, що супроводжується порушенням цілісності та (або) функцій тканин та органів людського тіла і спричиняє найрізноманітніші відкриті та закриті ушкодження;
- 1.40. Третя особа** - заклади по наданню технічної, адміністративної та юридичної допомоги, які на підставі відповідних ліцензій через спеціалізовану службу Страховика надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) у разі настання страхового випадку.
- 1.41. Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування та/або законодавством;
- 1.42. Хронічне захворювання** – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3-х разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

- 2.1.** Страхове покриття включає перелік страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, страхових випадків, об'єкт страхування, строк дії договору, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії договору, та вказується за погодженням сторін в Договорі страхування.
- 2.2.** Предметом договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.
- 2.3. Об'єктом страхування є:**
- 2.3.1. життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи (якщо договір укладено за класом 1 та 18.1);
- 2.3.2. можливі збитки чи витрати, яких може зазнати страхувальник (інша особа, визначена договором страхування або на підставі законодавства України) у разі настання страхового випадку (якщо договір укладено за класом 18.2);
- 2.3.3. відповідальність Застрахованої особи за заподіяну шкоду особі або її майну (якщо договір укладено за класом 13).
- 2.3.4. На умовах страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ» застрахованими особами можуть бути особи віком до 80 років.
- 2.4. Страховими ризиками можуть бути:**
- 2.4.1. **Раптовий розлад здоров'я** Застрахованої особи під час подорожі з приводу гострого захворювання, ускладнення хронічного захворювання, настання нещасного випадку, що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагає надання їй медичної, медично-транспортної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи із закордонної подорожі або до

місця її постійного проживання (в залежності від обраного пакету), що підтверджується відповідною медичною документацією (якщо Договір страхування укладений за класом 18.1).

2.4.2. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи під час подорожі (якщо Договір страхування укладений за класом 1).

2.4.2.1. До нещасних випадків за цим Договором відноситься: травматичні пошкодження організму (травми, в тому числі від вогнепальної зброї), поранення, контузія, анафілактичний шок, випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідного тіла, утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, опіки, обмороження, перегрівання, переохолодження, укуси тварин, отруйних комах, змій тощо, випадкове отруєння газами, побутовими або промисловими хімічними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком інфекційних хвороб), такі захворювання, як сказ, правець, ботулізм, малярія, а також енцефаліт, що передається укусами кліщів.

2.4.3. Збитки Застрахованої особи, спричинені втратою, знищенням або пошкодженням багажу у разі буревію, непередбаченого раптового впливу води, включаючи наслідки випадання опадів, пожежі, удару блискавки, вибуху під час авіаційного польоту (подорожі) Застрахованої особи (якщо Договір страхування укладений за класом 18.2).

2.4.4. Настання цивільної відповідальності Застрахованої особи, визнаної нею добровільно, за попередньою письмовою згодою Страховика, чи встановленої рішенням суду, що набрало законної сили, за зобов'язаннями, що виникають при заподіянні шкоди третім особам в результаті ненавмисних та необережних дій Застрахованої особи під час подорожі (якщо Договір страхування укладений за класом 13).

2.5. Страховими випадками можуть бути:

2.5.1. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.1 ЗУСП:

2.5.1.1. Документально підтверджені медичні витрати, необхідність яких викликана дією страхових ризиків, на надані Застрахованій особі послуги:

2.5.1.1.1. **швидка медична допомога або перевезення транспортним засобом** до найближчого державного медичного закладу чи лікаря якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи (Пакет «МАНДРІВНИК» опція А та В);

2.5.1.1.2. **невідкладне амбулаторне лікування** в медичному закладі або у ліцензованого лікаря, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, оплату призначених медикаментів (Пакет «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»);

2.5.1.1.3. **невідкладна амбулаторна допомога, а саме:** необхідні консультації, діагностика, лікування, оплата призначених медикаментів у державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантом державного медичного закладу регіону настання випадку (Пакет «МАНДРІВНИК» опція А);

2.5.1.1.4. **невідкладне стаціонарне лікування** в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, невідкладні діагностичні, лабораторні, інструментальні дослідження, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палаті стандартного типу, палаті інтенсивної терапії, реанімаційній палаті, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі; при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну (Пакет «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»);

2.5.1.1.5. **невідкладна стаціонарна допомога** в державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантами державного медичного закладу, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі (Пакет «МАНДРІВНИК» опція А та В);

2.5.1.1.6. **екстрена стоматологічна допомога**, а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку (Пакет «МАНДРІВНИК» опція А, «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»);

2.5.1.1.7. **медична евакуація (транспортування)** Застрахованої особи до:

- найближчого медичного закладу або до лікаря, який може надати кваліфіковану медичну допомогу (при невідкладних станах);

- спеціалізованого медичного закладу (якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно);

- країни постійного проживання (за рішенням Страховика), у випадку якщо це є необхідним з медичних показань та підтверджено відповідним медичним висновком. Страховик не відшкодовує витрати на

продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи медичну евакуацію можуть здійснювати: авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом. Рішення щодо вибору транспортного засобу мають право приймати лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), враховуючи рекомендації лікуючих лікарів та обираючи варіант медичної евакуації з найменшою вартістю.

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Якщо лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик припиняє оплату послуг за амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи, наданих після її відмови (Пакет «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»);

2.5.1.1.8. екстрена медична евакуація - до найближчого медичного закладу чи лікаря, до спеціалізованого медичного закладу, до конкретної країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. Страховик не відшкодовує витрати за лікування Застрахованої особи після її повернення до країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні (Пакет «МАНДРІВНИК» опція А та В);

2.5.1.1.9. репатріації тіла до митного пункту України у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі в результаті дії страхових ризиків.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону та покрити залишок витрат на репатріацію у випадку вичерпання ліміту відповідальності Страховика (Пакет «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»);

2.5.1.1.10. репатріація тіла до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі. Для громадян України в покриття включено: вартість труни; доставка останків Застрахованої особи до місця постійного проживання. Для іноземних громадян - вартість труни, бальзамація, підготовка документів, оббивка гробу згідно міжнародних вимог транспортування, доставка останків Застрахованої особи до міжнародного аеропорту передбаченої країни поховання.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи. Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території організації репатріації (Пакет «МАНДРІВНИК» опція А та В);

2.5.1.1.11. проїзду супроводжуючої особи (медичного працівника), за наявності медичної довідки про необхідність супроводу (Пакет «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»);

2.5.1.1.12. поховання Застрахованої особи за кордоном або кремація тіла Застрахованої особи за кордоном. Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни (Пакет «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»);

2.5.1.1.13. компенсація вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, із Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок (Пакет «TOURIST PLUS»).

2.5.2. За страховим ризиком, що зазначений в п. **2.4.2 ЗУСП** (якщо Договір страхування укладений за класом 1):

2.5.2.1. травматичні ушкодження організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку незалежно від ступеню непрацездатності Застрахованої особи;

2.5.2.2. встановлення інвалідності Застрахованій особі (I, II або III групи) внаслідок нещасного випадку;

2.5.2.3. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

2.5.3. За страховим ризиком, що зазначений в п. **2.4.3 ЗУСП** (якщо Договір страхування укладений за класом 18.2):

2.5.3.1. збитки, що виникли внаслідок втрати, знищення або пошкодження багажу Застрахованої особи, який був переданий під відповідальність перевізника;

2.5.3.2. витрати на ремонт, експертизу, зберігання та пересилку знайдених речей, якщо це пов'язано з настанням страхового випадку.

2.5.4. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.4 ЗУСП (якщо Договір страхування укладений за класом 13):

2.5.4.1. ненавмисні та необережні дії Застрахованої особи, в т. ч. під час занять активним туризмом (у разі придбання опції «активний туризм») згідно з визначенням п.1.2 ЗУСП, що призвели до ушкодження здоров'я чи смерті третьої особи, або до пошкодження чи знищення її майна.

2.5.5. Застраховані Страхові ризики за договором страхування зазначаються у Договорі страхування.

2.6. Строк дії договору зазначається в договорі, але не може бути більше 1 (одного) року.

2.6.1. Договір набирає чинності з 00:00 годин дати початку дії договору, але не раніше сплати страхової премії / першої частини страхової премії (якщо договором встановлену сплату страхової премії частинами) в розмірі та у строк, зазначені в договорі страхування, на рахунок Страховика (якщо договором не передбачено інше).

2.6.2. При цьому договором страхування може бути встановлено додаткове обмеження щодо початку дії страхового захисту: з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді за кордон (для пакетів «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS») або з моменту перетину Застрахованою особою кордону України (для іноземних громадян)/ з моменту перетину місця постійного проживання-граничної межі населеного пункту Застрахованої особи (пакет «МАНДРІВНИК»). Проходження прикордонного контролю України Застрахованою особою має бути здійснене після сплати страхового платежу та в строк, зазначений в Договорі. Підтвердженням того, що Застрахована особа здійснила перетин кордону України, є відмітки на сторінках закордонного паспорту Застрахованої особи.

2.6.3. Якщо договором страхування не передбачено інше, у випадку несплати Страхувальником страхової премії (першої частини страхової премії, якщо в Договорі передбачено сплату страхової премії частинами) у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.

2.6.4. Дія Договору закінчується о 24 год. 00 хв. дати, зазначеної, як дата закінчення строку дії Договору відповідно до умов зазначених у Договорі страхування або в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону (залежно від того, яка з подій настала раніше) (для пакетів «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS»), або в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з України (для іноземних громадян) або в момент повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання (пакет «МАНДРІВНИК») залежно від того, яка з цих подій настане раніше.

2.6.5. Страховий захист за Договором діє протягом кількості застрахованих днів, зазначених у Договорі страхування.

2.6.6. Для пакету «МАНДРІВНИК» при здійсненні Застрахованою особою організованої подорожі автобусом або залізничним транспортом у складі туристичної групи, страховий захист починає діяти з моменту посадки Застрахованої особи в автобус/поїзд.

2.6.7. Якщо Договір передбачає багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах сумарної кількості днів перебування Застрахованої особи за кордоном протягом строку дії Договору (наприклад 365/30, де 365 – кількість днів дії договору, а 30 – кількість днів страхового захисту). При кожному виїзді за кордон кількість днів страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору. У випадку використання Застрахованою особою всіх днів перебування за кордоном, згідно умов Договору, Договір вважається таким, що закінчив свою дію у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі. При цьому договір припиняє свою дію в 24 год. 00 хв. на 90 день безперервного перебування Застрахованої особи за кордоном в межах строку дії Договору (якщо договором страхування не передбачено інше).

2.6.8. Договір на території України, країни постійного проживання, країни тимчасового проживання (безперервно 90 (дев'яносто) днів та більше (якщо договором страхування не передбачено інше), країни тимчасового прихистку або країни громадянської належності Застрахованої особи, не діє.

2.6.8.1. Підтвердженням тимчасового перебування за кордоном (понад 90 днів) є відмітками на сторінках закордонного паспорту Застрахованої особи, віза (в т.ч. її аналоги), будь-які інші документи, що надають особі статусу тимчасового прихистку, біженця або іншого статусу з правом перебування особи на території іншої держави понад 90 (дев'яносто) днів чи більше.

2.6.8.2. У випадку якщо Застрахована особа в період дії Договору страхування змінює свій статус туриста та отримує право на постійне або тимчасове проживання (безперервно 90 (дев'яносто) днів та більше, у т.ч. з визначеним терміном проживання/перебування за межами України), Договір страхування припиняє свою дію по відношенню до такої Застрахованої особи в день отримання Застрахованою

особою документів, що дають право на постійне або тимчасове (безперервно 90 (дев'яносто) днів та більше, (у т. ч., з визначеним терміном) проживання/перебування за межами України.

2.6.9. Якщо договором страхування не передбачено інше, Договір вважається таким, що не набув чинності по відношенню до Застрахованої особи, яка знаходилась за межами території України на дату укладення Договору.

2.7. Дія договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності договором.

2.8. Валюта договору – євро, долар або гривня, залежно від обраної валюти по певному ризику. Валюта зазначається в Договорі страхування.

2.9. Страхова сума встановлюється в договорі страхування за згодою сторін на одну застраховану особу.

2.9.1. Розмір страхової суми встановлюється в договорі страхування:

2.9.2. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.1 ЗУСП:

2.9.2.1. Від 1 000 до 100 000 грн. та 30 000 євро для пакету «МАНДРІВНИК»;

2.9.2.2. Від 30 000 до 60 000 євро/доларів для пакетів «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS».

2.9.3. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.2 ЗУСП:

2.9.3.1. Від 1 000 до 100 000 грн. та від 100 євро/доларів до 10 000 євро/доларів.

2.9.4. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.3 ЗУСП:

2.9.4.1. до 1 000 євро/доларів.

2.9.5. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.4 ЗУСП:

2.9.5.1. до 10 000 євро/доларів.

2.10. Франшиза: від 0 до 500 євро/доларів (розмір франшизи зазначається в Договорі страхування).

2.11. Територією дії договору може бути «Україна», «Європа+», «Єгипет, Туреччина» або «Весь світ».

2.11.1. Для пакету «Мандрівник» - **Україна**;

2.11.2. Для пакетів «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND» - **Європа+** (Абхазія, Австрія, Азербайджан, Албанія, Алжир, Ангола, Андорра, Афганістан, Бангладеш, Бахрейн, Бельгія, Бенін, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Ботсвана, Бруней, Буркіна-Фасо, Бурунді, Бутан, Ватикан, Великобританія, Вірменія, Габон, Гамбія, Гана, Гвінея, Гвінея-Бісау, Греція, Грузія, Данія, Джибуті, ДР Конго, Екваторіальна Гвінея, Еритрея, Естонія, Ефіопія, Єгипет, Ємен, Замбія, Зімбабве, Індонезія, Ірак, Іран, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Йорданія, Казахстан, Камбоджа, Камерун, Катар, Кенія, Киргизстан, Кіпр, Коморські острови, Конго, Косово, Кот-д'Івуар, Кувейт, Лаос, Латвія, Литва, Ліберія, Ліван, Лівія, Ліхтенштейн, Люксембург (державна), М'янма, Мадагаскар, Македонія, Малаві, Малайзія, Малі, Мальта, Марокко, Мозамбік, Молдова, Монако, Монголія, Намібія, Непал, Нігер, Нігерія, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, ОАЕ, Оман, Пакистан, Південна Корея, Північна Корея, Польща, Португалія, Республіка Конго, Руанда, Румунія, Сьєрра-Леоне, Сан-Маріно, Сан-Томе і Принсіпі, Саудівська Аравія, Свазіленд, Сенегал, Сербія, Сирія, Словаччина, Словенія, Судан, Східний Тимор, Таджикистан, Тайвань, Танзанія, Того, Туніс, Туреччина, Туркменістан, Уганда, Угорщина, Узбекистан, Фінляндія, Франція, Хорватія, Центральноафриканська Республіка, Чад, Чехія, Чорногорія, Швейцарія, Швеція).

2.11.3. Для пакету «TOURIST PLUS» - **Європа +** (Єгипет, Туреччина, Австрія, Албанія, Андорра, Бельгія, Болгарія, Боснія і Герцеговина, Ватикан, Велика Британія, Греція, Грузія, Данія, Естонія, Ісландія, Іспанія, Ірландія, Італія, Кіпр, Косово, Латвія, Литва, Ліхтенштейн, Люксембург, Мальта, Молдова, Монако, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Північна Македонія, Польща, Португалія, Румунія, Сан-Маріно, Сербія, Словаччина, Словенія, Угорщина, Фінляндія, Франція, Хорватія, Чехія, Чорногорія, Швейцарія, Швеція) та **Єгипет, Туреччина**.

2.11.4. Для пакетів «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND» - **Весь світ** (всі країни світу, в тому числі країни, що зазначені в «Європа+»).

2.12. **В будь-якому разі не є страховим випадком події, що настали на території:**

2.12.1. Україна, за виключенням для пакету «МАНДРІВНИК»;

2.12.2. воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, територій щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону, території Російської Федерації, Республіки Білорусь;

2.12.3. тимчасово окупованих територій України, що визначені нормативно-правовими актами України, в тому числі у розумінні закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України», а також на територій, на яких ведуться (велися) бойові дії (в межах тривалості бойових дій) або тимчасово окупованих Російською Федерацією, відповідно до постанови Кабінету міністрів України від 06.12.2022 №1364, Наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22.12.2022 №309; територій, в межах яких на момент настання події, що має ознаки страхового випадку, знаходяться населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження або розташовані на лінії зіткнення,

відповідно до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 07.11.2014 № 1085 з усіма змінами та доповненнями; територій, що відповідно до законодавства України перебувають в окупації, тимчасовій окупації, оточенні, блокуванні, є територіями проведення бойових, воєнних дій, воєнних конфліктів.

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

3.1. Страхувальник має право:

- 3.1.1. Визначити особу (вигодонабувача), яка відповідно до договору страхування або законодавства має право на страхову виплату;
- 3.1.2. До настання страхового випадку змінити вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування;
- 3.1.3. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку передбаченому цим Договором;
- 3.1.4. Оскаржити у судовому порядку відмову Страховика у здійсненні страхової виплати ;
- 3.1.5. Звертатися до Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;
- 3.1.6. Ініціювати внесення змін до договору;
- 3.1.6.1. Якщо договір страхування укладений шляхом приєднання, то ініціювати внесення змін до умов договору, що викладені в індивідуальній частині цього договору;
- 3.1.7. Відмовитися від договору страхування;
- 3.1.8. Ініціювати дострокове припинення дії договору у порядку, визначеному договором страхування;
- 3.1.9. За письмовою заявою отримати дублікат договору;
- 3.1.10. До настання страхового випадку змінити застраховану особу за згодою Страховика шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування (заміна застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та Страховика). Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) права страхувальника.
- 3.1.11. Договором страхування або законом можуть бути передбачені також інші права страхувальника.

3.2. Страховик має право:

- 3.2.1. Ініціювати внесення змін до договору;
- 3.2.1.1. Якщо договір страхування укладений шляхом приєднання, то Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни в публічну частину договору (з урахуванням обмежень, визначених законодавством) шляхом викладення нової редакції Оферти на вебсайті Страховика www.universalna.com. Викладення нової редакції Оферти на вебсайті Страховика вважається належним повідомленням Страхувальника про внесення змін в Оферту. Якщо Страхувальник не згоден із змінами умов договору, він має право достроково припинити його дію, повідомивши про це Страховика протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати публікації таких змін. В такому випадку Страховик повертає Страхувальнику невикористану частину страхової премії, розраховану згідно з п. 4.5. ЗУСП. Якщо від Страхувальника протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати викладення нової редакції Оферти не надійшло повідомлення про дострокове припинення дії договору страхування, Страхувальник вважається таким, що повністю прийняв Оферту, викладену в новій редакції. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність/відсутність змін умов Договору на офіційному вебсайті Страховика в мережі Інтернет;
- 3.2.2. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору;
- 3.2.3. При наявності причини для сумнівів щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати відкласти строк прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до отримання підтвердження або спростування цих причин, але в будь-якому випадку не більше ніж на 45 (сорок п'яти) робочих днів;
- 3.2.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами договору;
- 3.2.5. Подавати запити в компетентні органи, за місцем роботи застрахованої та до медичних закладів особи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;
- 3.2.6. У разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події;
- 3.2.7. Здійснювати фотозйомку, аудіо та відеозапис подій та розмов, пов'язаних з виконанням Сторонами умов цього Договору;
- 3.2.8. Не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи;
- 3.2.9. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах або перед заявниками претензій;
- 3.2.10. Протягом встановленого згідно з чинним законодавством України строку позовної давності вимагати повернення страхової виплати, якщо на це будуть підстави, передбачені чинним законодавством України чи Договором страхування;

- 3.2.11. Достроково припинити дію договору;
- 3.2.12. Договором страхування та/або законом можуть бути передбачені також інші права Страховика.
- 3.3. Страхувальник зобов'язаний:**
- 3.3.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;
- 3.3.2. При укладенні Договору та протягом строку дії договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;
- 3.3.3. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування та виконувати вказівки Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) щодо порядку отримання медичних чи інших послуг;
- 3.3.4. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 3.3.5. Повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно застрахованої особи та/або вигодонабувача (в разі визначення такої особи у договорі страхування);
- 3.3.6. При укладенні договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування;
- 3.3.7. Надати Страховику всі необхідні документи та інформацію щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати (страхового відшкодування);
- 3.3.8. На вимогу Страховика доводити факт настання страхового випадку, неможливість встановлення зв'язку з Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), обґрунтовувати необхідність або розмір здійснених витрат;
- 3.3.9. Передати Страховику в межах фактичних затрат право вимоги на відшкодування збитків, яке має Страхувальник до особи, відповідальної за заподіяний збиток;
- 3.3.10. Погодитись на переведення в лікувальний заклад країни постійного проживання для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначить, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій, чи в супроводі іншої особи, повернутися в країну/місце постійного проживання;
- 3.3.11. Погодитись на проведення додаткового обстеження або експертизи, призначеної Страховиком з метою підтвердження факту та обставин настання страхового випадку та підтвердження розміру витрат;
- 3.3.12. Ознайомити застраховану особу з умовами договору та ЗУСП;
- 3.3.13. На виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму» надати Страховику інформацію і документи для здійснення ідентифікації та верифікації страхувальника/застрахованої особи;
- 3.3.14. В будь-який спосіб повідомити застраховану(их) особу(осіб) про укладений на її (їх) 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. За наявності заперечень застрахованої особи щодо укладання договору страхування на її користь:**
- 3.3.14.1. Застрахована особа зобов'язана повідомити про це страхувальника;
- 3.3.14.2. Страхувальник зобов'язаний ініціювати припинення дії договору щодо цієї застрахованої особи.
- 3.3.15. У разі виникнення будь-яких змін в інформації про страхувальника / застраховану особу, яка була надана Страховику при укладенні договору, протягом двох робочих днів письмово повідомити Страховика про такі зміни.
- 3.3.16. Договором страхування або законом можуть бути передбачені також інші обов'язки страхувальника.
- 3.4. Страховик зобов'язаний:**
- 3.4.1. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;
- 3.4.2. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»;
- 3.4.3. Ознайомити страхувальника та застраховану особу з умовами договору та ЗУСП;
- 3.4.4. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 3.4.5. Не розголошувати відомостей про страхувальника (застраховану особу) та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;
- 3.4.6. Договором страхування або законом можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 3.5. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язаний:**
- 3.5.1. повідомити Спеціалізовану Службу Страховика (Страховика) про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені Договором страхування;
- 3.5.2. звернутися за наданням медичної допомоги в медичний заклад рекомендований

Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком) за виключенням невідкладних станів що загрожують життю та здоров'ю Застрахованої особи;

3.5.3. проходити лікування, у відповідності до призначень лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

3.5.4. турбуватись про зберігання страхових документів і не передавати їх іншим особам для отримання останніми медичних послуг;

3.5.5. достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

3.5.6. повернути Страховику суму страхової виплати у випадку виявлення обставин, що позбавляють Застраховану особу (Медичний заклад/Спеціалізовану службу Страховика) права на його отримання, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня виявлення таких обставин;

3.5.7. при настанні страхового випадку діяти в порядку, визначеному даним Договором;

3.5.8. Договором страхування або законом можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи (її законного представника).

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

3.6.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому в Договорі; у випадку, якщо Застрахована особа є повнолітньою, дієздатною, та самостійно звернулася до Страховика із заявою про здійснення страхової виплати. У випадку здійснення страхової виплати Застрахованій особі, виплата Страхувальнику за тим самим випадком не здійснюється;

3.6.2. повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

3.6.3. У випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник (Застрахована особа) повинен обґрунтувати це у письмовій формі, на вимогу Страховика.

3.6.4. Договором страхування або законом можуть бути передбачені також інші права Застрахованої особи (її законного представника).

3.7. За невиконання або неналежне виконання прийнятих на себе зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

3.8. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що передбачені чинним законодавством України та /або прямо слідують з умов Договору страхування.

3.9. Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору:

3.9.1. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених договором страхування, сторони договору несуть відповідальність у порядку, встановленому чинними законодавством України;

3.9.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати відповідно до умов договору страхування шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі **0,05%** страхової виплати, але не більше 10 % від розміру страхової виплати.

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

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

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

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

4.1. Всі зміни та доповнення до Договору страхування вносяться за згодою Сторін та оформлюються у письмовій формі у вигляді додаткового договору, який є невід'ємною частиною Договору страхування.

4.1.1. Сторони домовились, що додаткові договори можуть укладатись Сторонами як у формі електронних документів, так і паперових і, відповідно, підписуються залежно від способу їх укладення та з урахуванням вимог чинного законодавства.

4.1.2. Якщо договір страхування укладений шляхом приєднання, то:

4.1.2.1. Зміни та доповнення в його індивідуальну частину вносяться за згодою сторін шляхом укладання додаткового договору до договору страхування, що є його невід'ємною частиною;

4.1.2.2. Зміни та доповнення в його публічну частину вносяться Страховиком згідно з п. 3.2.1.1 цих ЗУСП;

4.2. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

4.2.1. Закінчення строку дії договору страхування;

4.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;

4.2.3. Несплати страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами договору;

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

4.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.2.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

4.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

4.3. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами такого договору. Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду страхувальник, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого договору та законодавством України.

4.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше, як за 5 (п'ять) календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.5. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що стались протягом строку дії договору страхування.

4.5.1. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

4.6.1. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

4.7. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов договору страхування - **90%** страхового тарифу.

4.7.1. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного договору страхування, визначається при укладенні такого договору страхування за згодою страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається у такому договорі страхування.

4.8. Сплачена страхова премія (її частина) або частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, у разі дострокового припинення дії договору страхування, підлягає поверненню застрахованій особі, що її сплатила, якщо згідно з умовами договору страхування на застраховану особу покладено обов'язок зі сплати страхової премії (її частини) і така особа сплатила страхову премію (її частину).

4.9. Частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, при достроковому припиненні дії договору страхування у разі ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи-підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування», підлягає поверненню особі, визначеній на підставі законодавства.

4.10. При достроковому припиненні дії договору страхування в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

4.11. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком у строки, визначені договором страхування. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не

пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії договору страхування, у разі відсутності встановленого у договорі страхування строку для такого повернення, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування».

4.12. При достроковому припиненні дії договору страхування, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

4.13. Примірник договору страхування, що належить страхувальнику, у разі дострокового припинення дії договору страхування, залишається у страхувальника.

4.14. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

4.15. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

4.16. Відповідно до Закону України «Про страхування» договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:

4.16.1. Його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;

4.16.2. Відсутній об'єкт страхування;

4.16.3. Страховиком доведено, що договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

4.16.4. У страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес.

4.17. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

5.1.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

5.1.2. Випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.

5.2. Про намір відмовитися від договору страхування страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

5.3. Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

5.4. Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів, якщо інший строк не обумовлений договором страхування.

5.5. У разі відмови страхувальником від договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

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

6.1. У разі настання події, що може призвести до страхового випадку (у разі дії страхового ризику), Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси) до отримання медичної чи будь-якої іншої допомоги, передбаченої пакетами страхування зобов'язаний (на) повідомити Спеціалізовану Службу Страховика/Страховика в порядку визначеному Договором страхування та виконувати всі рекомендації щодо отримання і/або оплати медичної, медично-транспортної та/або будь-якої іншої допомоги. У разі отримання невідкладної медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи або якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин, необхідно повідомити Страховика або Спеціалізовану Службу Страховика/Страховика як тільки це стане можливо, але не пізніше 48 годин з дати настання страхового випадку.

6.2. До об'єктивних причин у цьому випадку належать:

6.2.1. документально підтверджена відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника (Застрахованої особи);

6.2.2. непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

6.3. При зверненні до Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) необхідно повідомити наступну інформацію:

6.3.1. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

6.3.2. місцезнаходження Застрахованої особи і номер контактного телефону;

6.3.3. серію та номер Договору;

6.3.4. детальний опис випадку і характер необхідної допомоги;

6.3.5. строк дії Договору.

6.4. Застрахована особа повинна чітко та в повному обсязі виконувати вказівки Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика).

6.5. Для пакетів «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS» у разі самостійного звернення Застрахованої особи до медичного закладу/готельного лікаря та/або повідомлення Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) лікарем медичного закладу/готельним лікарем, Страховик гарантує (відшкодовує) письмово обґрунтовані та підтверджені відповідними документами медичні витрати чи додаткові послуги що не перевищують **для пакетів «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «TOURIST PLUS»** - 30,00 євро/доларів, **для пакету «PREMIUM», «PREMIUM POLAND»** - 60,00 євро/доларів або скеровує застраховану особу до іншого лікаря (медичного закладу);

6.6. Витрати, що перевищують зазначений ліміт у п.6.5 ЗУСП, Страховик має право не відшкодовувати, якщо з ним або Спеціалізованою Службою Страховика не було попередньо письмово погоджено здійснення таких витрат.

6.7. Страхувальник /Застрахована особа зобов'язаний здійснити заходи по отриманню підтверджуючих та інших документів від зазначених установ (медичних закладів, готелів та ін.);

6.8. У випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник (Застрахована особа) повинен обґрунтувати це у письмовій формі, на вимогу Страховика.

6.9. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана подати Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення подорожі або лікування всі необхідні документи для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, якщо інше не передбачено договором страхування.

6.10. У разі смерті Застрахованої особи потенційний Спадкоємець подає до Страховика письмове повідомлення про настання випадку та документи, необхідні для прийняття рішення по справі, не пізніше 3-х (трьох) місяців з дати смерті Застрахованої особи. При цьому, заяву про страхову виплату та нотаріально завірене свідоцтво про право на спадщину Спадкоємець подає до Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання свідоцтва про право на спадщину, якщо інше не передбачено договором страхування.

6.11. У разі настання страхового випадку за страховим ризиком, що зазначений в **п.2.4.3 ЗУСП**, Застрахована особа додатково зобов'язана:

6.11.1. протягом 24 годин з моменту виявлення факту втрати, повного або часткового пошкодження багажу повідомити посадових осіб перевізника;

6.11.2. здійснити заходи щодо отримання підтверджуючих та інших документів від зазначених установ;

6.11.3. повідомити Спеціалізовану Службу Страховика (Страховика) за номерами, зазначеними в Договорі страхування протягом 48 годин з моменту виявлення факту втрати, повного або часткового пошкодження багажу та діяти згідно вказівками, якщо такі були надані;

6.11.4. здійснити всі можливі заходи щодо зменшення шкоди.

6.12. У разі пред'явлення претензії чи позову про відшкодування збитків за страховим ризиком, що зазначений в **п. 2.4.4 ЗУСП**, Застрахована особа додатково зобов'язана:

6.12.1. вжити всіх можливих заходів для зменшення збитків;

6.12.2. негайно, але не пізніше 48 годин з дати настання страхового випадку повідомити про такий факт Страховика за телефоном: **0 800 500 381**, та керуватись наданими з його боку інструкціями;

6.12.3. надати протягом 15 (п'ятнадцяти) днів після закінчення подорожі документи, зазначені в Розділі 7 ЗУСП, що підтверджують факт, обставини, причини виникнення страхового випадку та розмір збитку;

6.12.4. без згоди Страховика не оформляти будь-яких заяв, не підписувати документи, які підтверджують вину Страхувальника та розмір заподіяних збитків, та не здійснювати жодних виплат третім особам.

6.12.5. При врегулюванні претензій в судовому порядку - у разі набуття судовим рішенням законної сили, Страхувальник зобов'язаний: негайно, але в будь-якому випадку не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня, коли йому стало відомо про таке рішення (судовий процес), письмово повідомити Страховика; надати копію рішення суду та всю інформацію стосовно страхового випадку в письмовому вигляді.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Для отримання страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа), його представник, Вигодонабувач зобов'язані надати наступні документи (перелік документів не є вичерпним, визначається індивідуально в кожному випадку, Страховик має право запитувати у Страхувальника та /або Застрахованих осіб інші документи):

7.1.1. оригінал або копію Договору страхування;

7.1.2. копію національного паспорта Застрахованої особи (копія 1-ої, 2-ої, 11-ої сторінок), ID картки;

7.1.3. копію свідоцтва про народження для дитини (при подачі документів за неповнолітніх дітей)

7.1.4. копію закордонного паспорта (копія 1-ї сторінки, сторінок з відмітками про перетин кордону

країни перебування або інший аналогічний документ Застрахованої особи, копію візи, документів, що надають особі статусу тимчасового прихистку, біженця або іншого статусу з правом постійного чи тимчасового перебування особи на території іншої держави понад 90 (дев'яносто) днів чи більше (якщо є), крім для пакету «МАНДРІВНИК»;

7.1.5. копію довідки про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера;

7.1.6. заяву про страхову виплату, її (його) одержувача із зазначенням способу отримання суми страхової виплати, поштової адреси та банківських реквізитів, що подається протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення подорожі або лікування; В заяві на здійснення виплати за страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.3 ЗУСП додатково повинні бути вказані характер та обставини страхового випадку, організація, що формувала туристичну групу (у разі подорожі, яка організована туристичною фірмою), дата виїзду у подорож, інша інформація, яка має істотне значення для визначення характеру, обставин страхового випадку та суми заподіяного збитку;

7.1.7. для пакету «МАНДРІВНИК» додатково проїзні документи (за вимогою Страховика), якщо Застрахована особа користувалась громадським транспортом.

7.2. Підтвердженням страхового випадку за страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.4 ЗУСП є заявлена у письмовій формі претензія, яка була визнана Страхувальником за попередньою письмовою згодою із Страховиком у зв'язку з її обґрунтованістю, законністю та відсутністю будь-яких підстав для заперечень щодо такої претензії, або рішення суду за позовом, заявленим у відповідності до норм чинного законодавства, яке набрало законної сили і передбачає обов'язок Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодувати шкоду, заподіяну третім особам.

7.2.1. Відшкодуванню Страховиком підлягають прямі збитки, заподіяні третій особі під час подорожі Страхувальника, якщо має місце причинно-наслідковий зв'язок між діями Страхувальника і заподіяною шкодою.

7.2.2. Страховик відшкодовує тільки ті збитки, які мали місце у період дії та в місці дії Договору.

7.2.3. Вимоги третіх осіб до Страхувальника про відшкодування збитку повинні бути заявлені в порядку і строки, передбачені чинним законодавством. Вимоги третіх осіб про відшкодування збитку вважаються заявленими з моменту отримання Страхувальником письмового документального підтвердження їх пред'явлення.

7.3. Додатковий перелік документів за страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.1 ЗУСП:

7.3.1. оригінали рахунків на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі, оригінали платіжних документів (квитанції, чеки тощо) про їх оплату;

7.3.2. оригінал медичного рапорту (звіту) на фірмовому бланку з оригінальною печаткою медичного закладу або лікаря, які за кордоном надавали допомогу Застрахованій особі, із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру і дати Акцепту, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), діагнозу, переліку та вартості наданих медичних послуг; медичні висновки лікарів-спеціалістів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень; медичний рапорт (звіт) або довідка лікаря повинні бути засвідчені підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

7.3.3. оригінали рецептів на призначені лікарські засоби та засоби медичного призначення, в яких зазначено назву, кількість лікувального засобу і/або засобу медичного призначення, дата виписки рецепту, прізвище Застрахованої особи, печатка, прізвище та ініціали лікаря, який виписав рецепт;

7.3.4. для пакету «МАНДРІВНИК»:

7.3.4.1. медичний висновок лікаря медичного закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу, із зазначенням прізвища та ім'я Застрахованої особи, діагнозу;

7.3.4.2. рахунок медичного закладу;

7.3.4.3. квитанції, що підтверджує факт оплати рахунку;

7.3.4.4. рецепти на придбання ліків;

7.3.4.5. чеки на придбання виписаних лікарем ліків, фіскальні та товарні чеки.

7.4. Додатковий перелік документів за страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.2 ЗУСП:

7.4.1. офіційний протокол (оригінал або належним чином завірена копія) про факт настання нещасного випадку з інформацією про посадових осіб, які засвідчили факт настання нещасного випадку, і їх адреси та телефони, з детальним описом обставин нещасного випадку, стану Застрахованої особи щодо її алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння; довідку з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією про вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

7.4.2. у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ медичного закладу і/або судової- медичної експертизи, який підтверджує, що смерть Застрахованої особи сталася внаслідок нещасного випадку; документ, що підтверджує право на спадщину спадкоємця Застрахованої особи, якщо він є одержувачем суми страхової виплати (свідоцтво про право на спадщину), копію паспорта та ідентифікаційного номера

спадкоємців;

7.4.3. при встановленні інвалідності Застрахованій особі внаслідок нещасного випадку – довідка медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) (оригінал або копію, завірену печаткою МСЕК) про встановлення групи інвалідності; оригінали або завірені печаткою лікувальної установи копії медичної картки амбулаторного хворого і/або виписки з історії хвороби Застрахованої особи, що містять діагноз, відомості про лікувальний процес, прізвище, ініціали, печатку лікаря, який підготував виписку.

7.4.4. для пакету «МАНДРІВНИК»:

7.4.4.1. офіційний протокол (оригінал або належним чином завірена копія) про факт настання нещасного випадку з інформацією про посадових осіб, які засвідчили факт настання нещасного випадку, і їх адреси та телефони, з детальним описом обставин нещасного випадку, стану Застрахованої особи щодо її алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння; довідку з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією про вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;

7.4.4.2. довідка медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення групи інвалідності для застрахованих старше 18 років та рішення ЛКК для Застрахованих осіб до 18 років – протягом 10 робочих днів з дня отримання рішення МСЕК або ЛКК;

7.4.4.3. документи компетентних органів, що підтверджують факт настання, причини та наслідки страхового випадку (Н-Н, Н-1, інші);

7.4.4.4. виписку з історії хвороби або медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого.

7.5. Додатковий перелік документів за страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.3 ЗУСП:

7.5.1. переліку предметів багажу, які знищено або частково пошкоджено, із зазначенням їх вартості;

7.5.2. закордонного паспорта (чи дитячого проїзного документа) з відмітками прикордонного контролю про перетин Державного кордону України;

7.5.3. проїзний квиток, на підставі якого Застрахована особа перебувала у транспортному засобі;

7.5.4. багажної квитанції (талона), яка підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника та вагу багажу на момент подорожі. У випадку відсутності в багажній квитанції відомостей щодо багажу, Страхувальником має бути надано довідку авіакомпанії щодо ваги багажу на дату здійснення подорожі;

7.5.5. копії заяви перевізнику про втрату, повне або часткове пошкодження багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви;

7.5.6. документа, який підтверджує втрату, повне або часткове пошкодження багажу (Акт про пошкодження при перевезенні), складений відповідальною особою перевізника;

7.5.7. копії рішення перевізника про визнання багажу остаточно втраченим (у разі втрати багажу) після проведення процедури пошуку, затвердженої перевізником;

7.5.8. копії рішення претензійної комісії перевізника про відмову у виплаті компенсації при втраті, повному знищенні або частковому пошкодженні багажу.

7.6. Додатковий перелік документів за страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.4 ЗУСП:

7.6.1. вимоги третіх осіб, які пов'язані зі страховим випадком, та копії всіх документів, що до них додаються;

7.6.2. у випадку досудового врегулювання претензії або позову – документи компетентних органів/установ, що засвідчують факт, причини і обставини настання страхового випадку а також: у зв'язку з ушкодженням здоров'я третьої особи документи, що підтверджують витрати, пов'язані з лікуванням третьої особи, або у випадку смерті - ритуальні витрати; довідки, рахунки та інші документи, що підтверджують здійснені Страхувальником витрати, пов'язані зі страховим випадком і узгоджені зі Страховиком;

7.6.3. у випадку врегулювання претензії в судовому порядку - судові рішення, яке набуло законної сили, і яким визнано цивільну відповідальність Страхувальника (Застрахованої особи) за шкоду, заподіяну третій особі, та визначено розмір збитку, що підлягає стягненню з Страхувальника (Застрахованої особи) на користь третьої особи;

7.6.4. документи, що посвідчують особу, яка зазнала збитків (або особи, що понесла витрати на поховання у випадку смерті такої особи) (копію паспорта – всі сторінки, які містять інформацію), довідку про присвоєння ідентифікаційного номера.

7.7. У разі потреби Страховик може вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, яка представляє Застраховану особу, спадкоємців Застрахованої особи інші документи про обставини та причини страхового випадку і розмір збитків, а також самостійно робити запити щодо отримання документів.

7.8. Всі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі.

7.9. Усі документи надаються Страховику українською, англійською, польською або російською мовами. Якщо документи складені іншими мовами - Застрахована особа має надати офіційний переклад цих документів українською мовою.

7.10. Усі документи, що надаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон організації, що видала документ.

7.11. Усі документи надаються Страховику у формі оригінального або нотаріально засвідченого примірника, або простої копії за умови надання можливості звірки цієї копії з оригінальним примірником документа. Якщо зазначені документи надані Страховику не в повному обсязі, не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страховий акт не складається до ліквідації цих недоліків.

7.12. Документи надаються офіційному представникові Страховика або безпосередньо Страховику за адресою, вказаною в Договорі страхування.

7.13. При настанні страхового випадку за страховим ризиком, що зазначений в п. **2.4.1 ЗУСП**, ліміт відповідальності Страховика за одним страховим випадком становить:

7.13.1. для пакету «VISIT» - 25% від страхової суми за одним страховим випадком;

7.13.2. для пакетів «МАНДРІВНИК», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND», «TOURIST PLUS» - в межах страхової суми за одним страховим випадком, але не більше зазначених лімітів у п. 7.14 ЗУСП.

7.14. При настанні страхового випадку за страховим ризиком, що зазначений в п. **2.4.1 ЗУСП**, Страховик організовує послуги в наступних лімітах:

7.14.1. Для пакету «МАНДРІВНИК»:

7.14.1.1. Виплата здійснюється Застрахованій особі (Страхувальнику) чи іншому компетентному органу, що самостійно оплатив надані послуги. Страхова виплата Застрахованій особі (Страхувальнику) здійснюється в національній валюті України.

7.14.1.2. Страховик гарантує здійснення страхової виплати тільки в межах страхової суми. Якщо загальна сума виплат по наданих рахунках перевищує зазначену в Договорі страхування страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а в разі смерті Застрахованої особи - витрати на перевезення тіла або витрати на поховання.

7.14.1.3. Опція А «Медична допомога»:

7.14.1.3.1. швидка медична допомога або перевезення транспортним засобом до найближчого державного медичного закладу чи лікаря якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи – в межах страхової суми;

7.14.1.3.2. невідкладна амбулаторна допомога, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, оплата призначених медикаментів у державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантом державного медичного закладу регіону настання випадку. Ліміт на невідкладну амбулаторну медичну допомогу не може перевищувати 500 грн;

7.14.1.3.3. невідкладна стаціонарна допомога в державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантами державного медичного закладу, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. Ліміт на невідкладну стаціонарну медичну допомогу не може перевищувати 20 000 грн.;

7.14.1.3.4. екстрена стоматологічна допомога на суму не більше 500 грн., а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку;

7.14.1.3.5. екстрена медична евакуація - до найближчого медичного закладу чи лікаря, до спеціалізованого медичного закладу, до конкретної країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. Ліміт відповідальності Страховика на екстрену медичну евакуацію складає 30% від страхової суми, але у будь-якому випадку не більше 6000 грн.

Страховик не відшкодовує витрати за лікування Застрахованої особи після її повернення до країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні.

7.14.1.3.6. репатріація тіла до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі. Ліміт відповідальності Страховика на репатріацію тіла складає 30% від страхової суми, але у будь-якому випадку не більше 6000 грн. Для громадян України в покриття включено: вартість труни; доставка останків Застрахованої особи до місця постійного проживання. Для іноземних громадян - вартість труни, бальзамація, підготовка документів, оббивка гробу згідно міжнародних вимог транспортування, доставка останків Застрахованої особи до міжнародного аеропорту передбаченої

країни поховання.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи.

Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території організації репатріації.

7.14.1.4. Опція В «Невідкладна допомога»:

7.14.1.4.1. швидка медична допомога або перевезення транспортним засобом до найближчого державного медичного закладу чи лікаря якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи – в межах страхової суми;

7.14.1.4.2. невідкладна стаціонарна допомога в державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантом державного медичного закладу, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі – в межах страхової суми;

7.14.2. екстрена медична евакуація - до найближчого медичного закладу чи лікаря, до спеціалізованого медичного закладу, до конкретної країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. Ліміт відповідальності Страховика на екстрену медичну евакуацію складає 30% від страхової суми.

Страховик не відшкодовує витрати за лікування Застрахованої особи після її повернення до країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні.

7.14.3. репатріація тіла до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі. Ліміт відповідальності Страховика на репатріацію тіла складає 30% від страхової суми.

Для громадян України в покриття включено: вартість труни; доставка останків Застрахованої особи до місця постійного проживання. Для іноземних громадян - вартість труни, бальзамація, підготовка документів, оббивка гробузгідно міжнародних вимог транспортування, доставка останків Застрахованої особи до міжнародного аеропорту передбаченої країни поховання.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території організації репатріації.

7.14.4. **Для пакету «VISIT»:**

7.14.4.1. **невідкладне стаціонарне лікування** в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, невідкладні діагностичні, лабораторні, інструментальні дослідження, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палаті стандартного типу, палаті інтенсивної терапії, реанімаційній палаті, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі; при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну - в межах 20% ліміту, зазначеного в п.7.13.1 ЗУСП;

7.14.4.2. **медична евакуація (транспортування)** Застрахованої особи до:

- найближчого медичного закладу або до лікаря, який може надати кваліфіковану медичну допомогу(при невідкладних станах);

- спеціалізованого медичного закладу(якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно);

- країни постійного проживання (за рішенням Страховика), у випадку якщо це є необхідним з медичних показань та підтверджено відповідним медичним висновком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи медичну евакуацію можуть здійснювати: авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом. Рішення щодо вибору транспортного засобу мають право приймати лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), враховуючи рекомендації лікуючих лікарів та обираючи варіант медичної евакуації з найменшою вартістю.

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Якщо лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик припиняє оплату послуг за амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи, наданих після її відмови - в межах 80% ліміту, зазначеного в п. 7.13.1. ЗУСП;

7.14.4.3. **репатріації тіла до митного пункту України** у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі в результаті дії страхових ризиків.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону та покрити залишок витрат на репатріацію у випадку вичерпання ліміту відповідальності Страховика - в межах 80% ліміту, зазначеного в п. 7.13.1. ЗУСП;

7.14.4.4. **поховання Застрахованої особи** за кордоном або кремація тіла Застрахованої особи за кордоном – в межах ліміт 500 євро/доларів, в залежності від валюти договору. Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни.

7.14.5. **Для пакету «Silver», «Gold», «Gold Sport» та «TOURIST»:**

7.14.5.1. **невідкладне амбулаторне лікування** в медичному закладі або у ліцензованого лікаря, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, оплату призначених медикаментів – в межах страхової суми;

7.14.5.2. **невідкладне стаціонарне лікування** в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, невідкладні діагностичні, лабораторні, інструментальні дослідження, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палаті стандартного типу, палаті інтенсивної терапії, реанімаційній палаті, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі; при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну – в межах страхової суми;

7.14.5.3. **екстрена стоматологічна допомога**, а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку - в межах ліміт 50 євро/доларів, в залежності від валюти договору.

7.14.5.4. **медична евакуація (транспортування)** Застрахованої особи, в межах ліміт 4 000 євро/доларів, в залежності від валюти договору, до:

- найближчого медичного закладу або до лікаря, який може надати кваліфіковану медичну допомогу(при невідкладних станах);

- спеціалізованого медичного закладу(якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно);

- країни постійного проживання (за рішенням Страховика), у випадку якщо це є необхідним з медичних показань та підтверджено відповідним медичним висновком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи медичну евакуацію можуть здійснювати: авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом. Рішення щодо вибору транспортного засобу мають право приймати лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), враховуючи рекомендації лікуючих лікарів та обираючи варіант медичної евакуації з найменшою вартістю.

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Якщо лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик припиняє оплату послуг за амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи, наданих після її відмови;

7.14.5.5. **репатріації тіла до митного пункту України** у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі в результаті дії страхових ризиків, в межах ліміт 4 000 євро/доларів, в залежності від валюти договору.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону та покрити залишок витрат на репатріацію у випадку вичерпання ліміту відповідальності Страховика.

7.14.5.6. **проїзду супроводжуючої особи (медичного працівника)**, за наявності медичної довідки про необхідність супроводу - в межах ліміту на медичну евакуацію (п.7.14.5.4. ЗУСП);

7.14.5.7. **поховання Застрахованої особи** за кордоном або кремація тіла Застрахованої особи за кордоном - в межах ліміт 500 євро/доларів, в залежності від валюти договору.

Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни.

7.14.6. Для пакету «PREMIUM» та «PREMIUM POLAND»:

7.14.6.1. **невідкладне амбулаторне лікування** в медичному закладі або у ліцензованого лікаря, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, оплату призначених медикаментів – в межах страхової суми;

7.14.6.2. **невідкладне стаціонарне лікування** в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, невідкладні діагностичні, лабораторні, інструментальні дослідження, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палаті стандартного типу, палаті інтенсивної терапії, реанімаційній палаті, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі; при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну – в межах страхової суми;

7.14.6.3. **екстрена стоматологічна допомога**, а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку - в межах ліміт 200 євро/доларів, в залежності від валюти договору.

7.14.6.4. **медична евакуація (транспортування)** Застрахованої особи, в межах страхової суми, до:

- найближчого медичного закладу або до лікаря, який може надати кваліфіковану медичну допомогу(при невідкладних станах);

- спеціалізованого медичного закладу(якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно);

- країни постійного проживання (за рішенням Страховика), у випадку якщо це є необхідним з медичних показань та підтверджено відповідним медичним висновком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи медичну евакуацію можуть здійснювати: авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом. Рішення щодо вибору транспортного засобу мають право приймати лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), враховуючи рекомендації лікуючих лікарів та обираючи варіант медичної евакуації з найменшою вартістю.

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Якщо лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик припиняє оплату послуг за амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи, наданих після її відмови;

7.14.6.5. **репатріації тіла до митного пункту України** у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі в результаті дії страхових ризиків - в межах страхової суми.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону та покрити залишок витрат на репатріацію у випадку вичерпання ліміту відповідальності Страховика.

7.14.6.6. **проїзду супроводжуючої особи (медичного працівника)**, за наявності медичної довідки про необхідність супроводу - в межах ліміту на медичну евакуацію (п.7.14.6.4. ЗУСП);

7.14.6.7. **поховання Застрахованої особи** за кордоном або кремація тіла Застрахованої особи за кордоном - в межах ліміт 3 000 євро/доларів, в залежності від валюти договору.

Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни.

7.14.7. Для пакету «TOURIST PLUS»:

7.14.7.1. **невідкладне амбулаторне лікування** в медичному закладі або у ліцензованого лікаря, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, оплату призначених медикаментів – в межах страхової суми;

7.14.7.2. **невідкладне стаціонарне лікування** в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, невідкладні діагностичні, лабораторні, інструментальні дослідження, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палаті стандартного типу, палаті інтенсивної терапії, реанімаційній палаті, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі; при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну – в межах страхової суми;

7.14.7.3. **екстрена стоматологічна допомога**, а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба

та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку - в межах ліміт 300 євро/доларів, в залежності від валюти договору.

7.14.7.4. медична евакуація (транспортування) Застрахованої особи, в межах страхової суми, до: - найближчого медичного закладу або до лікаря, який може надати кваліфіковану медичну допомогу(при невідкладних станах);

- спеціалізованого медичного закладу(якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє пересуватися самостійно);

- країни постійного проживання (за рішенням Страховика), у випадку якщо це є необхідним з медичних показань та підтверджено відповідним медичним висновком. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи медичну евакуацію можуть здійснювати: авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом. Рішення щодо вибору транспортного засобу мають право приймати лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), враховуючи рекомендації лікуючих лікарів та обираючи варіант медичної евакуації з найменшою вартістю.

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Якщо лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик припиняє оплату послуг за амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи, наданих після її відмови;

7.14.7.5. репатріації тіла до митного пункту України у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі в результаті дії страхових ризиків - в межах страхової суми.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону та покрити залишок витрат на репатріацію у випадку вичерпання ліміту відповідальності Страховика.

7.14.7.6. проїзду супроводжуючої особи (медичного працівника), за наявності медичної довідки про необхідність супроводу - в межах ліміту на медичну евакуацію (п.7.14.7.4. ЗУСП);

7.14.7.7. поховання Застрахованої особи за кордоном або кремація тіла Застрахованої особи за кордоном. При цьому відшкодовуються витрати на суму не більше 10% від Страхової суми за Договором на Застраховану особу. Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни;

Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни.

7.14.7.8. компенсація вартості послуг телефонного зв'язку Застрахованої особи або особи, що представляє її інтереси, із Страховиком з приводу повідомлення про страховий випадок. Максимальна сума відшкодування – 100 євро/доларів в залежності від валюти страхової суми по Договору.

7.14.8. У випадку, якщо Застрахована особа користувалася послугами, організованими Спеціалізованою Службою Страховика, розрахунки за надані послуги здійснюються без участі Застрахованої особи.

7.14.9. За умовами даного Договору Страховик відшкодовує виключно витрати на лікування Застрахованої особи, що мали місце протягом строку дії даного Договору. Будь які, збитки, витрати, що виникли після закінчення строку дії даного Договору, не залежно від того, триває лікування Застрахованої особи, чи ні, Страховиком не відшкодовуються, за винятком страхових випадків, які потребують стаціонарного лікування, що розпочато в період дії Договору. В такому випадку Страховик відшкодовує витрати, які виникають як в період дії, так і після закінчення строку дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, але не більше ніж 7 (семи) календарних днів після закінчення строку дії Договору.

7.15. При настанні страхового випадку за страховим ризиком, що зазначений в п. **2.4.2 ЗУСП**, Страховик здійснює страхову виплату:

7.15.1. У випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - Вигодонабувачу або спадкоємцю у розмірі 100% від страхової суми, зазначеної в Договорі страхування.

7.15.2. У випадку встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок нещасного випадку - Застрахованій особі у наступних розмірах:

- при встановленні I групи інвалідності – 100% від страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;

- при встановленні II групи інвалідності – 80% від страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;

- при встановленні III групи інвалідності – 60% від страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;

7.15.3. У випадку травматичних ушкоджень організму Застрахованої особи, внаслідок нещасного випадку, незалежно від ступеню її непрацездатності, - Застрахованій особі одноразово відповідно до Таблиці страхових виплат, що є Додатком №1 (надалі—«Таблиця страхових виплат»).

7.16. При настанні страхового випадку за страховим ризиком, що зазначений в п. **2.4.3 ЗУСП**, Страховик здійснює страхову виплату:

7.16.1. При втраті багажу ліміт відповідальності Страховика встановлюється у сумі **для пакету «TOURIST», «Gold», «Gold Sport»** - 10 євро/доларів за один кілограм багажу, **для пакету «PREMIUM», «PREMIUM POLAND»** - 30 євро/доларів за один кілограм багажу, але не більше ніж за 20 кілограмів. Сума збитку при пошкодженні визначається виходячи з дійсної вартості предмета багажу, але не перевищує суми, еквівалентної **для пакету «TOURIST», «Gold», «Gold Sport»** - 200 євро/доларів, **для пакету «PREMIUM» «PREMIUM POLAND»** - 600 євро/доларів, в національній валюті України по курсу НБУ на дату настання страхового випадку.

7.16.2. Якщо пошкоджений предмет можна відремонтувати з можливістю подальшого використання за призначенням, то розміром шкоди вважається вартість ремонту. Якщо вартість ремонту перевищує вартість самого предмета та визначеного в п. 7.16.2. ЗУСП ліміту виплат по окремому предмету багажу, то страхова виплата здійснюється в межах вартості такого предмета та встановленого ліміту.

7.16.3. Якщо викрадена річ була повернена Застрахованій особі, то вона повинна повернути Страховику отриману страхову виплату з врахуванням пов'язаних зі страховим випадком витрат на ремонт (за необхідності) поверненої речі. страхова виплата має бути повернена Застрахованою особою не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після повернення їй викраденої речі.

7.16.4. Якщо за втрачений або пошкоджений багаж чи його частину Застрахованою особою було одержане відшкодування від третіх осіб, Страховик сплачує різницю між сумою, яка підлягає відшкодуванню за даним Договором, та сумою, отриманою від третіх осіб.

7.16.5. При втраті окремих предметів, що входять до складу комплекту, набору тощо, сума збитку визначається як різниця між дійсною вартістю даного комплекту, набору тощо та вартістю предметів, що збереглися.

7.17. При настанні страхового випадку за страховим ризиком, що зазначений в п.**2.4.4 ЗУСП**, Страховик здійснює страхову виплату:

7.17.1. страхова сума (ліміт відповідальності) вказується у Договорі страхування.

7.17.2. Субліміт відповідальності Страховика за збитки, заподіяні майну третіх осіб, становить 30% від страхової суми (ліміту виплат Страховика), зазначеної у Договорі страхування.

7.17.3. Субліміт відповідальності за пошкодження спортивного інвентаря становить еквівалент 500,00 євро/доларів.

7.17.4. Субліміт відповідальності Страховика за збитки, заподіяні життю та здоров'ю третіх осіб, становить 70% від страхової суми (ліміту виплат Страховика), зазначеної у Договорі страхування.

7.17.5. Розмір збитків, заподіяних третій особі, визначається:

7.17.5.1. при судовому врегулюванні вимог розмір страхового відшкодування визначається на підставі судового рішення, яке набуло законної сили, і яким визнано цивільну відповідальність Страхувальника за шкоду, заподіяну третій особі, та визначено розмір збитку, що підлягає стягненню з Страхувальника на користь третьої особи, але не більше страхової суми, визначеної цим Договором.

7.17.5.2. при врегулюванні претензій в досудовому порядку:

7.17.5.2.1. розмір шкоди, заподіяної майну третіх осіб визначається Страховиком на основі документів, що підтверджують розмір збитку, в межах субліміту виплат, встановленого в п. 7.17.2. ЗУСП:

- при повному знищенні майна – у розмірі дійсної вартості знищеного майна на момент настання страхового випадку;

- при пошкодженні майна - у розмірі витрат, необхідних для його відновлення до того стану, у якому воно знаходилося до моменту настання страхового випадку з урахуванням зносу.

7.17.5.2.2. у разі заподіяння шкоди, життю та/або здоров'ю третьої особи Страховик відшкодовує шкоду, пов'язану:

- з відновленням здоров'я третьої особи (лікуванням). При цьому відшкодовуються обґрунтовані витрати, які пов'язані з доставкою, розміщенням, утриманням, діагностикою, лікуванням та придбанням ліків третьою особою. Зазначені витрати мають бути підтверджені документально, в іншому випадку вони відшкодуванню не підлягають.

- зі смертю третьої особи. У випадку смерті третьої особи страхове відшкодування виплачується в розмірі суми витрат на поховання. До витрат на поховання входять всі витрати на ритуальні послуги (послуги пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання), що мали місце до поховання тіла в землю. Витрати на поховання мають бути обґрунтовані та відшкодовані при наданні Страховику свідоцтва про смерть та документів, які підтверджують такі витрати.

Не відшкодовуються витрати на спорудження надмогильних споруд, склепів, тощо.

Право на отримання страхового відшкодування мають особи, які взяли на себе витрати з поховання.

- 7.17.5.3. Страховик виплачує страхове відшкодування потерпілій третій особі або у випадку її смерті - особам, які взяли на себе витрати з поховання.
- 7.17.5.4. У випадку самотійної компенсації Страхувальником шкоди, заподіяної третій особі, за письмовою згодою Страховика, виплата страхового відшкодування здійснюється Страхувальнику після надання усіх необхідних документів, що підтверджують таку виплату.
- 7.17.5.5. При заподіянні збитків одночасно кільком третім особам Страховик виплачує страхове відшкодування в межах страхової суми.
- 7.17.5.6. Якщо при одночасному відшкодуванні шкоди за вимогою кількох третіх осіб обсяг заподіяної шкоди перевищує страхову суму, страхове відшкодування виплачується пропорційно розміру заподіяної шкоди в межах страхової суми.
- 7.17.5.7. Страховик в першу чергу відшкодовує шкоду, заподіяну життю та здоров'ю третіх осіб.
- 7.18.** Страховик приймає рішення про страхову/ відмову у страховій виплаті/ відстрочку рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами Договору страхування, та, у разі прийняття рішення про виплату, складає страховий акт.
- 7.19.** Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту). Для пакету «МАНДРІВНИК» - виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня підписання страхового акту.
- 7.20.** За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.
- 7.21.** Про відмову у здійсненні страхової виплати/прийняття рішення про відстрочку виплати або про відмову у страховій виплаті Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) протягом 5 (п'яти) робочих днів, з дня прийняття відповідного рішення, з викладенням мотивації прийнятого рішення про відстрочку або обґрунтуванням причин відмови.
- 7.22.** Страхова виплата здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні) по курсу НБУ на дату настання страхового випадку. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Факт здійснення Страховиком страхової виплати підтверджується дорученням відповідним платіжним документом.
- 7.23.** Сума страхової виплати за кожним ризиком страхування в межах класу страхування не може перевищувати страхової суми, зазначеної у Договорі страхування для цього ризику в межах класу страхування, та лімітів відповідальності, зазначених у цьому ЗУСП.
- 7.24.** Страхова сума, встановлена на ризик страхування в межах класу страхування, зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати за цим ризиком в межах класу страхування.
- 7.25.** Страховик не відшкодовує франшизу, зазначену в Договорі страхування.
- 7.26.** Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу, медичним та ін. установам відповідно до умов Договору.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

- 8.1.** У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний повідомити страхувальника (іншу особу, яка відповідно до договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови у письмовій формі у строки, передбачені **п. 7.21. ЗУСП.**
- 8.2.** Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:
- 8.2.1. Навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;
- 8.2.2. Вчинення страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 8.2.3. Подання страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 8.2.4. Несвоєчасне повідомлення страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 8.2.5. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування;
- 8.2.6. Невиконання страхувальником (застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;

- 8.2.7. Невиконання або порушення вказівок Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика);
- 8.2.8. Відмова Страхувальника від обстеження або експертизи, призначеної Страховиком з метою підтвердження факту та обставин настання страхового випадку та розміру витрат;
- 8.2.9. Самостійного звернення Застрахованої особи в медичний заклад не рекомендований Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком);
- 8.2.10. Не надання Застрахованою особою необхідних документів в строк 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання застрахованою особою офіційного запиту Страховика;
- 8.2.11. Створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, завданої життю та здоров'ю застрахованої особи;
- 8.2.12. Невиконання призначень лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я застрахованої особи та/або настання випадку, що має ознаки страхового;
- 8.2.13. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- 8.2.14. Належність Застрахованої особи до осіб, визначених в п. **9.4.5 ЗУСП**.
- 8.2.15. Наявність інших підстав, встановлених законодавством України;
- 8.3.** Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку.
- 8.4.** Даний Договір не забезпечує страхового покриття та/або відшкодування будь-яких збитків у випадках, якщо Страхувальник (а рівно як і треті особи, які прямо чи опосередковано повністю чи частково володіють Страхувальником-юридичною особою) підпадає під санкції, обмеження, ембарго встановлені законодавством України, резолюціями Ради безпеки ООН, Європейським Союзом, Великобританії, Канади, США або іншими нормативно-правовими актами.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 9.1.** Договір страхування може укладатися українською, українською та англійською мовами, українською, англійською та польською мовами виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами чинного законодавства.
- 9.1.1. У разі виникнення розбіжностей і невідповідностей між українською та англійською версіями Договору пріоритет має версія українською мовою.
- 9.1.2. Якщо форма Договору страхування паперова, то договір складається в двох ідентичних примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із сторін.
- 9.2.** У разі недотримання письмової форми договір страхування є нікчемним.
- 9.3.** Договір страхування укладається на підставі заяви страхувальника (усної або письмової).
- 9.4.** Страхувальник перед укладенням договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування, у тому числі:
- 9.4.1. Про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за договором страхування;
- 9.4.2. Прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, відомості про місце проживання або місце перебування, реєстраційний номер облікової картки платника податків, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України, в якому проставлено відмітку про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, чи номер паспорта із записом про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків в електронному безконтактному носії, унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності);
- 9.4.3. Страхове покриття та страхова премія щодо кожної застрахованої особи;
- 9.4.4. Інформацію для ідентифікації вигодонабувача (у разі його визначення):
- 9.4.4.1. найменування або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження вигодонабувача або
- 9.4.4.2. інша інформація відповідно до законодавства України та/або щодо ідентифікації вигодонабувача в обсязі, достатньому для ідентифікації вигодонабувача в разі настання страхового випадку та однозначного визначення його права на отримання страхової виплати;
- 9.4.5. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):
- 9.4.5.1. чи встановлена група інвалідності застрахованій особі;
- 9.4.5.2. чи визнана застрахована в установленому порядку недієздатною;

9.4.5.3. чи знаходиться застрахована особа на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах;

9.4.5.4. чи є застрахована особа ВІЛ-інфікована;

9.4.6. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, уключаючи наявність такого інтересу у вигодонабувача (у разі визначення такої особи в договорі страхування).

9.5. Якщо договір страхування укладається шляхом приєднання, то:

9.5.1. Публічна частина договору (оферта) є пропозицією Страховика укласти договір страхування в паперовій формі або у формі електронного документа. У випадку прийняття клієнтом пропозиції в порядку, визначеному офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами оферти.

9.5.2. Прийняття страхувальником оферти здійснюється в цілому, страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови договору страхування.

9.5.3. Для укладання договору страхування Клієнт (а після укладання Договору страхування – Страхувальник), ознайомившись з Офертою, ЗУСП та інформацією про фінансову послугу на вебсайті Страховика www.universalna.com, обирає бажані умови страхування та надає Страховику інформацію, необхідну для укладання договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для його ідентифікації та верифікації. Інформація може бути надана через вебсайт Страховика, страхового посередника або іншим чином, за погодженням між Клієнтом та Страховиком.

9.5.4. Страховик на підставі наданої Клієнтом інформації формує проєкт індивідуальної частини договору страхування – Сертифікат та надає його Клієнту для ознайомлення. Сертифікат містить посилання на Оферту. Таким чином, Страховик ознайомлює Клієнта з усіма умовами Договору страхування.

9.5.5. Якщо договір укладається з фізичною особою і передбачає його підписання електронним підписом одноразовим ідентифікатором, то Страховик надає проєкт договору Клієнту для ознайомлення шляхом демонстрації на екрані різних технічних засобів електронних комунікацій (якщо договір укладається через вебсайт Страховика або страхового посередника), надсилання файлу у форматі pdf на вказану Клієнтом електронну адресу або надсилає посилання на проєкт Сертифікату.

9.5.5.1. Страховик надсилає Клієнту SMS-повідомлення з одноразовим ідентифікатором на номер телефону, наданий Клієнтом.

9.5.5.2. Клієнт ознайомлюється з умовами договору страхування, перевіряє всю викладену в Сертифікаті інформацію та підписує Сертифікат за допомогою одноразового ідентифікатора.

9.5.5.3. Якщо Клієнт не підпише електронний Сертифікат способом, вказаним в п. **9.5.5.2 ЗУСП**, до 24:00 дати надання Страховиком проєкту Сертифікату, вважається, що пропозиція Страховика укласти договір страхування в електронній формі відхилена Клієнтом.

9.5.5.4. В якості підпису Страховика використовується кваліфікований електронний підпис (КЕП) особи, уповноваженої Страховиком / страховим посередником на підписання договорів страхування, що відповідає вимогам чинного законодавства України. Страховик підписує Договір після того, як Договір буде підписаний Страхувальником.

9.5.6. Якщо договір укладається в формі електронного документа (за виключенням підписання договору страхування з фізичними особами електронним підписом одноразовим ідентифікатором), в якості підпису Сторін використовується кваліфікований електронний підпис / електронний цифровий підпис; якщо договір укладається в паперовій формі, то в якості підпису використовується власноручний підпис або факсиміле, в порядку визначеним законодавством.

9.5.7. Підписання Сертифікату Клієнтом одноразовим ідентифікатором/ кваліфікованим електронним підписом / електронним цифровим підписом / власноручним підписом або факсиміле в порядку визначеним законодавством, відповідно до статей 207, 638, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» є безумовним прийняттям умов Оферти.

9.5.8. Здійсненням акцепту пропозиції Страховика укласти договір страхування Страхувальник підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду з усіма умовами Оферти, а також своє вільне волевиявлення стосовно її прийняття.

9.5.9. Для договору страхування, укладеного в електронній формі, дата та час укладання договору – це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання КЕП / ЕЦП уповноваженої Страховиком/страховим посередником особи.

9.5.10. Укладений Договір страхування в електронній формі Страховик/страховий посередник одразу надсилає на електронну пошту Страхувальника, надану Страхувальником при укладанні цього Договору.

9.5.11. На вимогу Страхувальника Страховик повторно надсилає підписаний Договір страхування, що укладений у електронній формі, на електронну адресу, надану Страхувальником при укладанні цього Договору, або зазначену у такій вимозі.

9.5.12. Якщо Договір страхування укладений у електронній формі, Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити Договір страхування у паперовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується Сторонами та скріплюється їх печаткою (за наявності).

9.5.13. Якщо договір страхування укладається у паперовій формі, Сертифікат підписується Сторонами у двох (двох) ідентичних примірниках, по одному для кожної із Сторін.

9.5.14. Реєстрація Страхувальника в інформаційно-комунікаційній системі Страховика (Страхового посередника) здійснюється під час укладання договору страхування на підставі наданих Страхувальником даних, необхідних для такого укладення. Підтвердженням реєстрації Страхувальника в інформаційно-комунікаційній системі Страховика (Страхового посередника) є направлення Страхувальнику одноразового ідентифікатора засобом електронного зв'язку, вказаним під час реєстрації. Надалі цей одноразовий ідентифікатор використовується клієнтом для підписання електронного договору страхування.

9.5.15. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним акцепту Оферти.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Не визнаються страховими випадками події, які виникли у разі:

10.1.1. раптового погіршення екологічної ситуації через радіаційне, хімічне та бактеріологічне забруднення навколишнього середовища;

10.1.2. участі Застрахованої особи у війні (оголошеній або неоголошеній), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, операції об'єднаних сил, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні заколоту;

10.1.3. служби Застрахованої особи у будь-яких військових силах чи формуваннях, в правоохоронних структурах, пожежній охороні, в охороні комерційних структур;

10.1.4. недотримання Застрахованою особою вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;

10.1.5. вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб);

10.1.6. вчинків Застрахованої особи при здійсненні або спробі здійснення нею протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;

10.1.7. наражання Застрахованої особи на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя);

10.1.8. вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних та токсичних речовин, медичних препаратів без призначення лікарем, перебування у стані наркотичного, токсичного сп'яніння;

10.1.9. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом (автомобілем, мотоциклом, моторним човном тощо) без права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також добровільної передачі Застрахованою особою права на керування транспортним засобом особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння або не має права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії;

10.1.10. виконання Застрахованою особою будь-якого виду оплачуваної роботи за винятком випадків, коли Страхувальником в Основній частині Договору в графі «Виконання оплачуваної роботи» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови.

Дія даного пункту не поширюється на виїзд Застрахованої особи за кордон в службове відрядження. Під службовим відрядженням розуміється поїздка працівника за кордон з метою участі в конференціях, нарадах, зустрічах, семінарах поза місцем постійної роботи.

10.1.11. виїзду Застрахованої особи з метою навчання (крім короткострокових навчальних програм строком до 30 (тридцяти) календарних днів), за винятком випадків, коли Страхувальником в Основній частині Договору в графі «Навчання» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови.

10.1.12. надання медичних послуг Страхувальнику (Застрахованій особі) пов'язаних з заняттям активним туризмом, за виключенням випадків, коли Страхувальником в Основній частині Договору в графі «Активний туризм» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови.

10.1.13. дайвінгу та альпінізму, гірського туризму з висотою підйому понад 2000 метрів над рівнем моря;

10.1.14. настання події поза територією та/або поза строком дії Договору.

10.1.15. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг для осіб, які перебувають протягом строку дії Договору безперервно 90 (дев'яносто) днів та більше поза межами

України та/або за наявності у застрахованої особи статусу тимчасового прихистку, біженця або іншого статусу, що надає право особі перебувати на території іншої держави понад 90 (дев'яносто) днів (якщо інше не передбачено Договором страхування).

10.2. Страховик не відшкодовує витрати пов'язані з:

10.2.1. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.1 ЗУСП:

10.2.1.1. будь-якими медичними послугами, пов'язаними з діагностикою та лікуванням хронічних, за виключенням загострення хронічного захворювання, що вимагає надання невідкладної/екстреної медичної допомоги (цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, туберкульоз, онкологічні, аутоімунні, вікові дегенеративні захворювання, хвороби серця та судин, хвороби крові та кровотворної системи, епілепсія тощо) або вроджених захворювань і вад, їх ускладнень або наслідків, що існували у Застрахованої особи на момент укладання Договору і потребували лікування, крім випадків, коли існує гостра загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах щодо усунення гострого болю, в межах ліміту:

10.2.1.1.1. Для пакету «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «TOURIST PLUS» та «VISIT» - 300 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору;

10.2.1.1.2. Для пакету «PREMIUM», «PREMIUM POLAND» - 400 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору;

10.2.1.1.3. Для пакету «МАНДРІВНИК» - 500 грн.

10.2.1.2. лікуванням будь-яких супутніх захворювань і/або симптомів, крім випадків, коли прояви чи ускладнення супутніх захворювань і/або симптомів становлять загрозу здоров'ю або життю Застрахованої особи, в межах ліміту:

10.2.1.2.1. Для пакету «VISIT» - не передбачено;

10.2.1.2.2. Для пакету «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «TOURIST PLUS» - 300 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору;

10.2.1.2.3. Для пакету «PREMIUM», «PREMIUM POLAND» - 400 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору;

10.2.1.2.4. Для пакету «МАНДРІВНИК» - 500 грн.

10.2.1.3. медичними перевезеннями у випадку, коли, на думку лікаря уповноваженого Представником Страховика або Страховиком, Застрахована особа фізично спроможна повернутися до місця її постійного проживання у якості звичайного пасажера регулярного рейсу авіаційного, залізничного, автомобільного, водного транспорту;

10.2.1.4. медично-транспортною допомогою Застрахованій особі в Україні (країні її постійного проживання чи громадянства) крім випадків передбачених умовами Договору, крім пакету «МАНДРІВНИК»;

10.2.1.5. медичними послугами, що перевищують необхідні, в разі, якщо стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що Застрахована особа самостійно або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;

10.2.1.6. хірургічними втручаннями на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, ангіографію, ангіопластику тощо);

10.2.1.7. будь-яким медичним доглядом, лікуванням та діагностикою, що не пов'язані з необхідністю надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги під час подорожі;

10.2.1.8. пластичною хірургією, протезуванням, ремонтом, підбором і придбанням окулярів, слухових апаратів, коригуючих або медичних пристроїв, приладів тощо;

10.2.1.9. усуненням наслідків самолікування;

10.2.1.10. лікуванням та діагностикою хвороб, що передаються статевим чи переважно статевим шляхом незалежно від шляху їх передачі та часу існування, а також наслідків таких хвороб;

10.2.1.11. лікуванням, діагностикою та іншими послугами з приводу захворювань, станів, їх наслідків, прямо чи опосередковано пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (вірусом імунодефіциту людини);

10.2.1.12. психічними захворюваннями, неврозами (панічні атаки, депресії тощо), а також пов'язаними з ними травматичними пошкодженнями;

10.2.1.13. епідемічними та пандемічними хворобами (за виключенням відшкодування медичних витрат на діагностування, амбулаторне та/або стаціонарне лікування коронавірусної хвороби COVID-19, що встановлена у Застрахованої особи в період та на території дії Договору страхування, в межах ліміту для пакету «VISIT» становить - 1 000 євро/доларів (виключно стаціонарне лікування), для пакету «TOURIST», «Silver», «Gold», «Gold Sport» становить - 5 000 євро/доларів, для пакету «PREMIUM», «PREMIUM POLAND» - 8 000 євро/доларів (залежно від валюти страхової суми по Договору). В межах цього ліміту відшкодовуються також витрати на евакуацію (екстренна, медична), репатріацію, поховання, що пов'язані з коронавірусною хворобою COVID-19);

10.2.1.14. Для пакету «TOURIST PLUS» епідемічними та пандемічними хворобами (за виключенням відшкодування медичних витрат на діагностування (позитивного ПЛР-тесту), амбулаторного та/або

стаціонарного лікування курсом до 14 (чотирнадцяти) календарних днів коронавірусної хвороби COVID-19, що встановлена у Застрахованій особі в період та на території дії Договору страхування; відшкодування витрат на евакуацію (екстренна, медична), репатріацію, поховання, що пов'язані з коронавірусною хворобою COVID-19). В будь-якому випадку Договором страхування не передбачено відшкодування витрат на обсервацію.

10.2.1.15. гострою та хронічною променевою хворобою;

10.2.1.16. вагітністю (за виключенням позаматкової вагітності або гострої кровотечі, що становить пряму загрозу життю Застрахованій особі, де ліміт відповідальності Страховика становить - 500,00 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору, для пакету **«МАНДРІВНИК»** 10% від страхової суми, але у будь-якому випадку не більше 2000 грн.), пологами, перериванням вагітності;

10.2.1.17. будь-якими розладами здоров'я, ускладненнями або смертю, що сталися через невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічними діями ліків, що не були призначені лікарем, побічними діями харчових добавок;

10.2.1.18. захворюваннями або наслідками (ускладненнями) захворювань на вірусні гепатити;

10.2.1.19. захворюваннями та розладами органів слуху, крім гострих отитів.

10.2.1.20. дерматологічними хворобами, в тому числі грибковими, дерматитами будь-якого походження (сонячні, харчові, внаслідок укусів комах, тощо), алергічними реакціями (за винятком невідкладних станів - набряк Квінке), сонячними опіками;

10.2.1.21. Для пакет **«TOURIST PLUS»** захворюванням шлунково – кишкового тракту, що не потребують парентерального лікування, за виключенням дітей до 16 років;

10.2.1.22. подіями, що виникли до початку строку страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних та додаткових витрат під час подорожі;

10.2.1.23. подіями, що виникли після закінчення дії Договору, а також тими, що мали місце після повернення Застрахованій особі з подорожі;

10.2.1.24. амбулаторним або стаціонарним лікуванням Застрахованій особі, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання або якщо вона відмовляється виконувати призначення лікуючого лікаря та Спеціалізованої Служби Страховика;

10.2.1.25. медичними оглядами, що не є наслідками гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, плановими та контрольними візитами до лікаря, а також наданням послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування;

10.2.1.26. послугами, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;

10.2.1.27. проведенням профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;

10.2.1.28. усіма видами пластичних та косметичних операцій і процедур; усіма видами протезування, трансплантацій та імплантацій, включно шунтуванням/стентуванням судин та імплантацією кардіостимуляторів (штучних водіїв ритму серця); Страховик не відшкодовує витрати на медичні пристрої, що замінюють або коригують функції уражених органів: (трансплантати, протези, імплантати, ендопротези, стенти, лінзи тверді та м'які, пролінові сітки, медичне устаткування (набори для емболізації, деартеріалізації, артроскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу, медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях їх ремонт або прокат тощо);

10.2.1.29. наданням стоматологічної допомоги (за винятком екстреної допомоги (зняття гострого болю) для пакетів **«TORIST»** та **«PREMIUM»**, **«PREMIUM POLAND»**, **«Silver»**, **«Gold»**, **«Gold Sport»**, **«МАНДРІВНИК»** в межах лімітів зазначених вище);

10.2.1.30. фізіотерапевтичним лікуванням, та лікуванням нетрадиційними методами;

10.2.1.31. придбанням та ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, вимірювальних приладів, милиць, палиць, корсетів, бандажів, ортезів тощо (за винятком придбання ортезів та бандажів вартістю до 150 євро/доларів при наданні невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі для пакетів **«TORIST»**, **«PREMIUM»**, **«PREMIUM POLAND»**, **«Silver»**, **«Gold»**, **«Gold Sport»**), придбанням металоконструкцій для проведення остеосинтезу (пластин, гвинтів, фіксаторів тощо), придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпеченням дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;

10.2.1.32. штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами щодо запобігання вагітності;

10.2.1.33. медичними або додатковими послугами чи медикаментозним забезпеченням, що перевищують достатні та обґрунтовані розміри їх оплати для країни перебування;

10.2.1.34. медичною евакуацією або репатріацією, організованою без участі Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика);

10.2.1.35. випадками, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;

10.2.1.36. пов'язаними з медичною допомогою та ліквідацією наслідків впливів атмосферного та водного

- тиску згідно з МКХ 10, включаючи кесонову та висотну хвороби;
- 10.2.1.37. будь-якими медичними послугами, наданням допомоги Застрахованій особі, якщо страховий випадок відбувся у разі виконання Застрахованою особою будь якого виду оплачуваної роботи за винятком випадків, коли Страхувальником в основній частині Договору в графі «Виконання оплачуваної роботи» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови;
- 10.2.1.38. транспортуванням Застрахованої особи з клініки в готель або будь-яке інше місце, після надання амбулаторної медичної допомоги або виписки зі стаціонару, крім випадків, коли транспортування є етапом медичної евакуації;
- 10.2.1.39. транспортуванням Застрахованої особи гелікоптером;
- 10.2.1.40. перев'язками, необхідними при травматичному пошкодженні Застрахованої особи, окрім 2 (двох) перев'язок: при первинному огляді та одній наступній консультації;
- 10.2.1.41. продовженням лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання;
- 10.2.1.42. компенсацією моральної шкоди та упущеною вигодою;
- 10.2.1.43. штрафами, пенею та іншими фінансовими санкціями, пред'явленими Страхувальнику;
- 10.2.1.44. судовими та претензійними витратами;
- 10.2.1.45. будь-якими медичними послугами, наданням допомоги Застрахованій особі, якщо страховий випадок відбувся у разі занять альпінізмом та дайвінгом.
- 10.2.1.46. гострим респіраторним захворюванням (ГРЗ) та гострою респіраторновірусною інфекцією (ГРВІ) без наявності гіпертермічного синдрому (температура t тіла від 38 градусів Цельсія) та наявності ознак дихальної недостатності II-III ст., за виключенням дітей до 16 років;
- 10.2.1.47. Страховик відшкодовує витрати на надання невідкладної допомоги та необхідної діагностики до моменту встановлення діагнозу, що є виключенням відповідно до п. 10.2.1.1. ЗУСП, в межах ліміту для пакету «TOURIST», «VISIT», «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST PLUS» становить - 300 євро/доларів, для пакету «PREMIUM», «PREMIUM POLAND» - 400 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору, для пакету «МАНДРИВНИК» - 500 грн., крім п. 10.2.1.16 ЗУСП.
- 10.2.1.48. Для пакету «TOURIST PLUS» будь-якими захворюваннями, травмами у Застрахованої особи, що вимагає невідкладного амбулаторного лікування, оплати медикаментів або екстреної стоматологічної допомоги у перші три дні дії Договору страхування (з 00 год. 00 хв. першого дня дії договору до 24 год. 00 хв. третього дня дії Договору включно), якщо на момент укладання цього договору страхування Страхувальник/ЗО перебували за межами території України.
- Даний пункт не вступає в дію у випадку безперервної пролонгації договору на наступний період страхування.
- 10.2.2. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.2 ЗУСП:
- 10.2.2.1. захворюваннями Застрахованої особи, у тому числі раптовими та професійними, крім зазначених в п. 2.4.2.1 Оферти.
- 10.2.3. За страховим ризиком, що зазначений в п. 2.4.3 ЗУСП:
- 10.2.3.1. неухважністю або грубою необережністю Застрахованої особи;
- 10.2.3.2. порушенням встановлених правил перевезення, пересилання і зберігання багажу;
- 10.2.3.3. впливом температури, включаючи усуху;
- 10.2.3.4. невідповідності упаковки (закупорки) або відправлення багажу у пошкодженому стані;
- 10.2.3.5. перевезенням, без відома Страховика, вибухо- та вогненебезпечних речовин і предметів;
- 10.2.3.6. нестачою багажу, переданого під відповідальність перевізника або зданого на зберігання у камеру схову у готелях, пансіонатах, будинках відпочинку тощо, при цілісності зовнішньої упаковки;
- 10.2.3.7. пошкодженням багажу червами, гусінню, гризунами та комахами;
- 10.2.3.8. затримкою в доставці;
- 10.2.3.9. особливими властивостями або природніми якостями застрахованого багажу, звичайного зносу, природного погіршення якості, цвілі;
- 10.2.3.10. електричними або механічними несправностями аудіо- або відеоапаратури тощо;
- 10.2.3.11. бою або uszkodження виробів з фаянсу, порцеляни, скла, музичних інструментів і інших тендітних предметів;
- 10.2.3.12. впливом кислот, фарб, аерозолів, ліків і будь-яких рідин, які перевозяться у багажі;
- 10.2.3.13. невжиттям Застрахованою особою доступних їй заходів для запобігання або зменшення розміру збитків.
- 10.2.3.14. Дія Договору не поширюється на:
- 10.2.3.14.1. хутрянні вироби, прикраси, аудіо-, фото-, кіно-, відео-, обчислювальні та програмні системи, друкуючі пристрої тощо та будь-яке приладдя до них;
- 10.2.3.14.2. гроші, коштовності, цінні папери;
- 10.2.3.14.3. дорогоцінні метали, дорогоцінні та напівдорогоцінні камені та вироби з них;
- 10.2.3.14.4. антикварні й унікальні вироби, витвори мистецтва та предмети колекцій;

- 10.2.3.14.5. проїзні документи, паспорти та будь-які види документів, слайди, фотознімки, фільмокопії;
- 10.2.3.14.6. рукописи, плани, схеми, креслення, моделі, ділові папери;
- 10.2.3.14.7. будь-які види протезів, контактні лінзи;
- 10.2.3.14.8. наручні та кишенькові годинники;
- 10.2.3.14.9. тварин, рослини і насіння;
- 10.2.3.14.10. засоби авто-, мото-, велотранспорту, повітряні та водні види транспорту, а також запасні частини до них;
- 10.2.3.14.11. предмети релігійного культу.
- 10.2.3.15. При цьому визнаються:
 - 10.2.3.15.1. колекціями - сукупність будь-яких однорідних предметів (марок, календарів, значків, рослин і т.д.), що являють собою науковий, історичний, художній інтерес або зібраних з аматорськими цілями;
 - 10.2.3.15.2. унікальними - єдині у своєму роді, виняткові за своїми якостями або великої рідкості виробу, твори мистецтва;
 - 10.2.3.15.3. антикварними - стародавні предмети, що представляють велику художню або іншу цінність;
 - 10.2.3.15.4. запасними частинами - будь-які вузли, деталі, частини і приналежності до транспортних засобів, механізмів, приладів електронного обладнання тощо.
- 10.2.4. За страховим ризиком, що зазначений в п. **2.4.4 ЗУСП**:
 - 10.2.4.1. Заподіянням шкоди власному майну Застрахованої особи, членам сім'ї та родичам Застрахованої особи.
- 10.3. За страховим ризиком, що зазначений в 2.4.4 ЗУСП не підлягає страховому відшкодуванню шкода, заподіяна майну, життю та/або здоров'ю третьої особи у разі:**
 - 10.3.1. свідомого порушення Застрахованою особою правил та норм протипожежної безпеки, техніки безпеки, зокрема, але не виключно, улаштування фесрверків на території дії Договору;
 - 10.3.2. зберігання чи використання Застрахованою особою будь-яких видів зброї на території дії Договору;
 - 10.3.3. заподіяння шкоди навколишньому середовищу;
 - 10.3.4. дії обставин непереборної сили, визнаних такими згідно з чинним законодавством країни перебування;
 - 10.3.5. перебування Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння;
 - 10.3.6. психічних розладів або недоумства Застрахованої особи)
 - 10.3.7. використання транспортних засобів Застрахованою особою) в т.ч. мототехніки, водного та повітряного транспорту;
 - 10.3.8. використання Застрахованою особою)власного спортивного спорядження, інвентаря в несправному стані;
 - 10.3.9. здійснення Застрахованою особою)виробничої, професійної, службової діяльності;
 - 10.3.10. передачі будь-якого захворювання Застрахованою особою)або тваринами, що йому належать.
- 10.4. За цим договором не є Застрахованими особи:**
 - 10.4.1. особи віком понад 75 років (якщо інше не зазначено в умовах договору).
 - 10.4.2. які на момент укладання Договору страхування знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах. Особи, визнані в установленому порядку недієздатними, особи з інвалідністю I групи, діти з інвалідністю, ВІЛ-інфіковані.
- 10.5.** У разі, якщо особи зазначені в п.10.4. ЗУСП будуть застраховані та станеться страховий випадок, Страховик має право розірвати договір, повернути сплачені Застрахованою особою платежі, не визнавати випадок страховим та, відповідно, не виплачувати відшкодування.
- 10.6.** Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) перелік винятки із страхових випадків та обмеження страхування.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 11.1.** Спори за договором страхування між страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.
- 11.2.** Якщо Страховик та страхувальник під час переговорів не дійшли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

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

<p align="center">Пакет «VISIT»</p>	<p align="center">Пакет «МАНДРІВНИК»</p>	<p align="center">Пакет «Silver», «Gold», «Gold Sport», «TOURIST», «PREMIUM», «PREMIUM POLAND»</p>
<p>"NOVA ASSISTANCE" тел.: +38 044 364 12 62 тільки для текстових повідомлень: Telegram: @NovaAssistance_bot Email: office@novasist.net</p>	<p align="center">Контакт-центр 0 800 500 381</p>	<p align="center">"Ensuria" / Ensuria: tel: +380 44 364 12 32 Telegram тільки СМС : @Ensuriabot Facebook Messenger тільки СМС: @Ensuriacom Online chat тільки СМС: ensuria.me/chat Email: care@ensuria.com</p>
<p align="center">Пакет «TOURIST PLUS»</p>		
<p align="center">Trendwaytravel Email: office@novasist.net</p> <p align="center">Telegram тільки СМС: @NovaAssistance_bot Єгипет: + 2 069 366 68 56, + 2 069 366 68 57 Туреччина: + 90 242 60 60 252, + 90 242 98 80 235, + 90 242 98 80 231 Болгарія: + 359 569 180 04 Греція: + 30 211 198 39 73 Польща: + 48 221 531 006 Румунія: +4 0 312 29 46 28 Тайланд: + 66 600 035 168 Інші країни Європи: + 373 22 994 955</p>		

Телефон цілодобової інформаційної лінії: 0 800 500 381

Адреса: м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9

e-mail: office@universalna.com

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТАБЛИЦІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ
«Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим
випадкам»**

1. В разі отримання застрахованою особою декількох пошкоджень або каліцтв, вказаних в різних розділах таблиці, загальний розмір страхової виплати розраховується шляхом підсумовування розмірів виплати по різних розділах.
2. В разі отримання застрахованою особою декількох пошкоджень або каліцтв, вказаних в різних статтях одного розділу, розмір страхової виплати по одній статті розраховується незалежно від розміру страхової виплати по інших статтях.
3. В разі отримання застрахованою особою пошкоджень або каліцтв (в т.ч. однієї кінцівки) за декількома пунктами, перерахованими в одній статті, страхова виплата здійснюється лише по пункту, що враховує найбільш важке пошкодження (більший відсоток виплати), якщо інше не вказано в примітках до цієї статті. В разі проведення Застрахованій особі декількох операцій, обумовлених отриманою травмою або каліцтвом, виплата здійснюється за одну операцію, що передбачає найбільший відсоток виплати.
4. В разі отримання застрахованою особою пошкоджень або каліцтв різних кінцівок страхова виплата розраховується окремо по кожній пошкодженій кінцівці з дотриманням вимог пункту 3 цих умов.
5. Якщо у зв'язку з отриманою травмою проводилися оперативні втручання, страхова виплата здійснюється однократно у відповідності з таблицею і з дотриманням вимог пункту 3 цих умов.
6. Не здійснюється додаткова страхова виплата за наступні оперативні втручання:
 - первинна хірургічна обробка (ушивання країв рани, посічення некротичних ділянок);
 - видалення чужорідних тіл, шовного матеріалу;
 - повторні планові оперативні втручання, пов'язані з видаленням раніше встановлених фіксуючих пластин, штифтів, шурупів, дренажів.
7. При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) обов'язковою умовою вживання відповідних статей «Таблиці страхових виплат» є підтвердження вказаних пошкоджень, виконане за допомогою інструментальних методів дослідження.
8. Страхова виплата у зв'язку з вивихом кістки, вправленим медичним працівником без попередньої рентгенографії, може бути проведена лише у виняткових випадках - за наявності підтверджуючого це медичного документа, що зазначає причини, по яких не могло бути проведено рентгенівське дослідження, містить опис об'єктивних симптомів, характерних для конкретного вигляду вивиху, і методики, що застосовувалася при його вправленні.
9. Повторні переломи (рефрактури) однієї і тієї ж кістки, що настали в результаті травми, отриманої в період дії договору страхування, дають підставу для страхової виплати лише в тому випадку, якщо по представлених рентгенограмах будуть встановлені: 1) зрощення відламків кістки після закінчення лікування попередньої травми, 2) наявність нової лінії (ліній) перелому кістки на рентгенограмах, зроблених після повторної травми.
10. При визначенні розміру страхової виплати з врахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідною статтею даної «Таблиці страхових виплат», враховується лише призначене медичним працівником (що має на це право) лікування, тривалість якого відповідає (за даними медичної науки) характеру пошкодження, отриманого застрахованою особою, - з періодичним (не рідше за один раз в 7 днів) контролем ефективності лікування (при призначенні на прийом або відвідинах медичним працівником).
11. Якщо даною «Таблицею страхових виплат» передбачені відкладені страхові виплати (за умови, що після закінчення вказаного у відповідній статті часу в застрахованої особи будуть відмічені певні наслідки ушкоджень), то вони здійснюються в тому випадку, якщо час, вказаний в конкретній статті, закінчується в період, на який, відповідно до договору страхування, поширюється відповідальність страховика.
12. При патологічних переломах і вивихах кісток, страхова виплата здійснюється лише в тому випадку, якщо захворювання, що послужило їх причиною, розвинулося і було вперше діагностовано в період дії договору страхування. Розмір страхової виплати при цьому зменшується на 50% в порівнянні з розміром, передбаченим «Таблицею страхових виплат» для переломів і вивихів здорових кісток (включаючи виплати, пов'язані з їх лікуванням).
13. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця

площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II- V п'ясних кісток (без урахування I пальця).

14. «Таблиця страхових виплат» не застосовується і виплати відповідно до неї не здійснюються в тих випадках, коли факт отримання того або іншого ушкодження в період дії договору страхування встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених у виплатах осіб, навіть якщо подібні повідомлення і скарги зафіксовані письмово, в т.ч. в медичних документах.

**ТАБЛИЦЯ
страхових виплат**

«Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам»

Стаття	Травматичне ушкодження, інший розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (% від страхової суми)
	Черепно-мозкова травма, нервова система	
1.	Перелом кісток черепа: а) зовнішньої пластинки кісток склепіння б) склепіння в) основи г) склепіння і основи	5 15 20 25
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: а) епідуральна б) субдуральна, внутрішньомозкова в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	10 15 20
3.	Ушкодження головного мозку: а) струс головного мозку при строку лікування від 7 днів б) струс головного мозку при стаціонарному строку лікування від 14 і більше днів в) Забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив при стаціонарному строку лікування не менше 14 днів г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу) д) розмічування човини головного мозку (без опису симптоматики)	3 5 10 15 50
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% від страхової суми, одноразово. 2. Струс головного мозку має бути підтверджений діагнозом лікаря невропатолога/невролога, наявністю енцефалограми головного мозку, КТ/МРТ головного мозку.	
4.	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до: а) астеничного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту в) епілепсії г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки) д) гемі - або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті) е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	5 10 15 30 40 60

	<p>ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції)</p> <p>з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів</p> <p>Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними у ст. 4, виплачується за одним з пунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3-х місяців з дня отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, яка була здійснена у зв'язку із страховими випадками, з урахуванням страхової виплати, що була проведена раніше у зв'язку з травмами, що призвели до ураження нервової системи. <u>Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.</u> 2. У випадку, коли Страхувальником (Застрахованою особою) подані довідки стосовно лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється за ст. 1, 2, 3, 5, 6 та ст. 4 тільки за найважче з ушкоджень. 3. В разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями тільки за найважче з ушкоджень.</p>	<p>70</p> <p>100</p>
5.	<p>Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів</p> <p>Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало припереломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст. 1., ст. 5 при цьому не застосовується.</p>	10
6.	<p>Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:</p> <p>а)Струс спинного мозку при безперервному стаціонарному - строком не менше 7 днів, і амбулаторному лікуванні загальною тривалістю не менше 14 днів</p> <p>б)Забій спинного мозку при безперервному лікуванні загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування у поєднанні із стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів</p> <p>в) здавлення, гематомієлія, поліомієліт</p> <p>г) частковий розрив</p> <p>д) повний перерив спинного мозку</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>30</p> <p>50</p> <p>100</p>
7.	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів) .	5
8.	<p>Ушкодження (перерив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:</p> <p>а) травматичний плексит</p> <p>б) частковий розрив сплетіння</p> <p>в) перерив сплетіння</p> <p>Примітки: 1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.</p>	<p>10</p> <p>40</p> <p>70</p>
9.	<p>Перерив нервів:</p> <p>а)гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті</p>	5

	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променезап'ястного суглоба та передпліччя; малоогомілкового тавеликогомілкового нервів	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променезап'ястного суглоба та передпліччя; малоогомілкового тавеликогомілкового нервів	20
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	25
	д) двох і більше: пахвового, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	40
Примітка: 1. Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кісті не дає підстав для отримання страхової виплати.		
Органи зору		
10.	Параліч акомодациі одного ока.	15
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).	15
12.	Звуження поля зору одного ока:	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	10
14.	Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору:	
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема	3
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм	10
	в) опіки ока (очей) без зазначення ступеня, а також опіки ока (очей) I ступеня	1
Примітки:		
1. У випадку, якщо ушкодження, перелічені в ст. 14 призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20. Стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснювалася страхова виплата за ст. 14, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, то раніше виплачена сума утримується.		
2. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.		
15.	Ушкодження слъзопровідних шляхів одного ока:	
	а) які не призвели до порушення функції слъзопровідних шляхів	3
	б) які призвели до порушення функції слъзопровідних шляхів	7
16.	Наслідки травми ока:	
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт	3
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот повіка, не видалені сторонні тіла у очному яблуці та тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та повік (за винятком шкіри)	10
Примітки:		
1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільше тяжкого наслідку, одноразово.		
2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше ніж через 3 місяця після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, які перелічені у статтях 10, 11, 12, 13, 15 б, 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше ніж 50% за одне око.		

17.	Ушкодження ока (очей) , що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,2. а) одного ока б) єдиного ока або обох очей	50 100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.	10
19.	Перелам орбіти.	10
20.	Зниження гостроти зору.	Табл. 1.1.
Органи слуху та органи дихання.		
21.	Ушкодження вушної раковини, що призвели до: а) переламу хряща б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати за ст. 21(б, в, г) приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата здійснена за ст. 21, то ст. 58 не застосовується.	3 5 7 15
22.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху: а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м б) шепітна мова на відстані до 1 м в) цілковита глухота (розмовна мова - 0) Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми слуху приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня одержання травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за ст. 23, 24 а (якщо є підстави) .	5 15 25
23.	Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху. Примітки: 1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, то розмір страхової виплати визначається за ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується. 2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), то ст. 23 не застосовується.	2
24.	Ушкодження одного вуха, що призвело до після травматичного отиту: а) гострого гнійного б) хронічного Примітка. Страхова виплата за ст. 24 б здійснюється додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-фахівцем через 3 місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми за відповідною статтею.	1 5
25.	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, ґратчастої кістки. Примітка. Якщо у зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа настане його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами лікарського огляду, то страхова виплата здійснюється за ст. 25 та ст. 58 (якщо є підстави застосування цієї статті) шляхом підсумовування.	5

26.	Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини: а) з однієї сторони б) з обох сторін. Примітки: 1. Пневмонія, яка розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (за винятком ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не дає підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених ст. 26, страхова виплата за цією статтею виплачується додатково до ст. 28, ст. 29.	5 10
27.	Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до: а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми) б) видалення долі, частини легені в) видалення однієї легені Примітка. При здійсненні страхової виплати за статтею 27(б, в) стаття 27 а не застосовується.	10 30 50
28.	Перелом грудини.	5
29.	Перелом ребер: а) одного чи двох ребер б) три і більше незалежно від кількості ребер Примітки: 1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати.	5 10
30.	Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою: а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення проведення торакотомії б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості) Примітки: 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, то страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 27; стаття 30 при цьому не застосовується. Статті 30 та 26 одночасно не застосовуються. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найскладнішого втручання, одноразово.	5 10 15 5
31.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції Примітка. Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія), то додатково виплачується 5% від страхової суми.	5
32.	Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до: а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми	10 20

	<i>Примітка. Страхова виплата за ст. 32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою за ст. 31. У випадку, якщо страхувальник (застрахована особа) в своїй заяві вказав, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, то необхідно отримати висновок спеціаліста по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 31.</i>	
Серцево-судинна система.		
33.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності	25
34.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності: а) I ступеня б) II-III ступеня <i>Примітка. Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а.</i>	10 25
35.	Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні: а) плеча, стегна б) передпліччя, гомілки	10 5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу <i>Примітки:</i> <i>До великих магістральних судин слід відносити:</i> <i>1. аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, підключичні, підпахвові, стегонові та підколінні вени.</i> <i>2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста. Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми, встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченню 3 місяців після травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за ст. 33, 35.</i> <i>3. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 5% від страхової суми.</i>	10
Органи травлення.		
37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи: а) перелом однієї кістки, вивих щелепи б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки <i>Примітки:</i> <i>1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</i> <i>2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати.</i> <i>3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, величких кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово.</i> <i>При повторних вивихах щелепи страхове відшкодування</i>	5 10

	несплачується.	
38.	Звичний вивих щелепи.	1
39.	Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності: а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка) б) щелепи Примітки: <i>1. При здійсненні страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини страхова виплата за втрату зубів, незалежно від їх кількості не здійснюється.</i> <i>2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася пошкодженням інших органів ротової порожнини, страхова виплата визначається тільки за найважче з ушкоджень.</i> <i>3. При здійсненні страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.</i>	40 80
40.	Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, відмороження, що призвели до утворення рубців (незалежно від їх розміру)	3
41.	Ушкодження язика, що призвели до: а) відсутності кінчика язика б) відсутності дистальної третини язика в) відсутності язика на рівні середньої третини г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика	10 15 30 60
42.	Ушкодження зубів, що призвело до: а) злам коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня), вивиху зуба б) втрата 1 зуба в) втрата 2-3 зубів г) втрата 4-6 зубів д) втрата 7-9 зубів е) втрата 10 і більше зубів Примітки: <i>1. При переломі чи втраті внаслідок травми зубів з нез'ємними протезами страхова виплата здійснюється з урахуванням втрати лише опорних зубів. При пошкодженні внаслідок травми змінні протезів страхова виплата не здійснюється.</i> <i>2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</i> <i>3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень.</i> <i>4. Якщо у зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата за ст. 42а, а в подальшому цей зуб був видалений, то із страхової виплати, яка повинна бути здійснена, вираховується раніше здійснена страхова виплата.</i> <i>Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах за ст. 42.</i> <i>У випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.</i>	1 3 5 10 15 20
43.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими пошкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунку, що не призвели до функціональних порушень	5
44.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало: а) звуження стравоходу: першого ступеня другого ступеня	25 30

	<p>третього ступеня</p> <p>б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу</p> <p>Примітка. Процент від страхової суми, який підлягає сплаті за ст. 44, визначається не раніше ніж через 6 місяців з дня травми. Раніше цього страхова виплата здійснюється попередньо за ст. 43 і цей процент вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p>	<p>40</p> <p>70</p>
45.	<p>Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:</p> <p>а) холецистити, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту</p> <p>б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечнику, задньопроехідного отвору</p> <p>в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності</p> <p>г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози</p> <p>д) протиприродного заднього проходу (колостоми)</p> <p>Примітки:</p> <p>1. При ускладненнях травми, передбачених у пунктах а), б), в) ст. 45, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми, а передбачені в пунктах г), д) ст. 45 - по закінченню 6 місяців після травми. Вказані ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється за ст. 43 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному пункті ст.45, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних пунктах, розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>25</p> <p>50</p> <p>75</p>
46.	<p>Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої грижі.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за ст. 46 здійснюється додатково до страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.</p> <p>2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.</p>	<p>10</p>
47.	<p>Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:</p> <p>а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою і зберігається більше місяця з моменту травми чи отруєння, гепатозу</p> <p>б) печінкової недостатності</p>	<p>5</p> <p>20</p>
48.	<p>Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:</p> <p>а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура</p> <p>б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура</p> <p>в) видалення частини печінки</p> <p>г) видалення частини печінки та жовчного міхура</p>	<p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>35</p>
	Ушкодження селезінки, що призвело до:	

49.	а) підкапсульного розриву селезінки, що не потребував оперативного втручання б) видалення селезінки	5 30
50.	Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечника, брижі, що призвели до: а) утворення псевдокісти підшлункової залози б) резекції шлунку, кишечника, підшлункової залози в) видалення шлунку <i>Примітка. При наслідках травми, які перелічені в одному пункті ст. 50, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних пунктах, розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень.</i>	10 30 60
51.	Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені: а) лапароскопія (лапароцентез) б) лапаротомія при підозрі на пошкодження органів живота (в тому числі, з лапароскопією, лапароцентезом) в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості) <i>Примітки:</i> 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати за ст. 47-50, то ст. 51 (крім пункту г) не застосовується. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інші (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється за відповідними статтями та пунктом в) ст. 51, одноразово. 3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовивідної чи статевий системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5%.	5 10 15 5
Сечовидільна та статева системи.		
52.	Ушкодження нирки, що призвели до: а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання б) видалення частини нирки в) видалення нирки	5 30 60
53.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу) , що призвели до: а) циститу, уретриту б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу в) зменшення об'єму сечового міхура г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розм'ягчення), хронічної ниркової недостатності е) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів <i>Примітки:</i> 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, процент від страхової суми, що підлягає виплаті, визначається за одним з пунктів ст. 53, що враховує найважчі наслідки ушкодження. 2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в ст. 53(а, в, г, д, е), здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього	1 10 15 25 30 40

	<i>строку страхова виплата здійснюється за ст. 52 або 55а і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</i>	
54.	<p>Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:</p> <p>а) цистостомія</p> <p>б) при підозрі на ушкодження органів</p> <p>в) при ушкодженні органів</p> <p>г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості)</p> <p>Примітка. Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється за ст. 52 (б, в). Стаття 54 при цьому не застосовується.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>5</p>
55.	<p>Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:</p> <p>а) поранення, розрив</p> <p>б) зґвалтування особи у віці:</p> <p>до 15 років</p> <p>від 15 до 18 років</p> <p>від 18 років і старше</p> <p>Примітка. Страхова виплата за пунктом б) ст.55 здійснюється лише після того, як факт зґвалтування буде підтверджено вироком суду, що набрав законної чинності. При цьому ця виплата зменшується на суму, яка була виплачена за пунктом а) ст.55.</p>	<p>5</p> <p>50</p> <p>30</p> <p>15</p>
56.	<p>Ушкодження статевої системи, що призвело до:</p> <p>а)видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка</p> <p>б)видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену</p> <p>в)втрати матки у жінок віком:</p> <p>до 40 років</p> <p>від 40 до 50 років</p> <p>від 50 і старше</p> <p>г)втрати статевого, члена, в т.ч. разом з яєчками у чоловіків віком:</p> <p>до 60 років</p> <p>60 років і старше</p>	<p>15</p> <p>30</p> <p>50</p> <p>30</p> <p>15</p> <p>50</p> <p>20</p>
М'які тканини		
57.	<p>Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:</p> <p>а)утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см</p> <p>б)утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше</p> <p>в) значного порушення косметичного вигляду</p> <p>г) різкого порушення косметичного вигляду</p> <p>д) спотворення.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини.</p> <p>Спотворення – це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичний вигляд в тому чи іншому ступені.</p> <p>3. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p>

	бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була виплачена відповідна страхова виплата, а потім застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), страхова виплата проводиться знову з урахуванням наслідків повторної травми.	
58.	<p>Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:</p> <p>а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше</p> <p>б) від 5,0 кв. см до 2 % поверхні тіла</p> <p>в) від 2,0 % до 6,0% поверхні тіла</p> <p>г) від 6,0 % до 10,0% поверхні тіла</p> <p>д) від 10,0 % до 15,0% поверхні тіла</p> <p>є) від 15 % та більше</p> <p>Примітки:</p> <p>1. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ясних кісток (без урахування I пальця).</p> <p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p> <p>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), стаття 58 не застосовується.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p>
59.	<p>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:</p> <p>а) від 1 % до 2 % поверхні тіла</p> <p>б) від 2% до 10% поверхні тіла</p> <p>в) від 10% і більше</p> <p>Примітки. Рішення про проведення страхової виплати за статтями 57, 58, 59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхонь ран але не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p> <p>2. Загальна сума виплат за статтями 58 і 59 не повинна перевищувати 40%</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p>
60.	<p>Опікова хвороба</p> <p>Примітки: страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.</p>	10
61.	<p>Ушкодження м'яких тканин:</p> <p>а) невидалені сторонні тіла</p> <p>б) м'язева грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см</p> <p>в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття ауто трансплантата, розрив, надрив м'язів</p> <p>Примітки.</p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язевою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1 місяця з дня травми.</p> <p>2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом б) ст.61 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>5</p>
Хребет		

62.	Перелом, перелоמו-вивихабо вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка): а) одного б) двох-трьох	5 10
	б) чотирьох-шести; в) семи і більше	20 30
63.	Розрив міжхребцевих зв'язок (при строку лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка). Примітка: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.	5
64.	Перелом остистого або поперечного відростка: а) одного-двох б) трьох і більше	5 10
65.	Перелом крижів	10
66.	Ушкодження куприка: а) підвивих куприкових хребців б) вивих куприкових хребців в) перелом куприкових хребців Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі, крижів та куприка) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми станеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата проводиться за статтею, яка передбачує найважче ушкодження, одноразово. 4. Ушкодження хребта, що настали без зовнішньої дії - 5. травми, наприклад, що стали наслідком підйому важких речей, не є основою для страхової виплати.	3 5 10
Верхня кінцівка. Лопатка та ключиця.		
67.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно-ключичного зчленувань: а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування г) незрощений перелом (псевдосуглоб) Примітки: 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання страхова виплата за ст. 58 не здійснюється. 3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 6 місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.	5 10 15 15
Плечовий суглоб		

68.	<p>Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки):</p> <p>а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западинилопатки, вивих плеча;</p> <p>б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;</p> <p>в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) перелоמו-вивих плеча;</p> <p>Примітка: у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 68, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
69.	<p>Ушкодження плечового поясу, що призвели до:</p> <p>а) звичного вивиху плеча</p> <p>б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу)</p> <p>в) “бовтаючогося” плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за ст. 69 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми.</p> <p>3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3 років після первинного вивиху, що стався під час чинності договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилося його вправлення. В разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не проводиться.</p> <p>4. Страхова виплата за пунктом а) ст.69 здійснюється одноразово незалежно від кількості подальших випадків звичайного вивиху одного і того ж плеча.</p>	<p>5</p> <p>20</p> <p>40</p>
Плече		
70.	<p>Перелом плечової кістки:</p> <p>а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина), крім ділянки суглобів</p> <p>б) подвійний перелом</p>	<p>15</p> <p>20</p>
71.	<p>Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за статтею 71 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 9 місяців після травми.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми.</p>	<p>20</p>
72.	<p>Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:</p> <p>а) з лопаткою, ключицею або їх частиною</p> <p>б) плеча на будь-якому рівні</p> <p>в) єдиної кінцівки на рівні плеча</p>	<p>70</p> <p>60</p> <p>100</p>

Примітка: якщо страхова виплата проводиться за статтею 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

Ліктьовий суглоб

73.	<p>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:</p> <p>а) гемартроз, пронаційний підвих передпліччя, вивих кістки</p> <p>б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, черезвиростковий (надвиростковий) перелом плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки</p> <p>в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя</p> <p>г) перелом плечової кістки</p> <p>д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.</p> <p>Примітка: у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 73, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
74.	<p>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:</p> <p>а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);</p> <p>б) “бовтаючогося” ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за ст. 74 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченню 6 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.</p> <p>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	<p>20</p> <p>30</p>
Передпліччя		
75.	<p>Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):</p> <p>а) перелом однієї кістки</p> <p>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки</p>	<p>5</p> <p>8</p>
76.	<p>Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:</p> <p>а) однієї кістки</p> <p>б) двох кісток</p> <p>Примітки: Страхова виплата за ст. 76 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.</p>	<p>15</p> <p>20</p>
77.	<p>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:</p> <p>а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні</p> <p>б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі</p> <p>в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. Якщо страхова виплата проводиться за статтею 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>	<p>50</p> <p>55</p> <p>100</p>
Променезап'ястний суглоб		

78.	Ушкодження ділянки променезап'ястного суглоба: а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки б) перелом двох кісток передпліччя в) перілунарний вивих кисті г) вивих кісток зап'ястя д) перелоמו-вивих кисті	3 7 5 1 5
79.	Ушкодження ділянки променезап'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі. Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променезап'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променезап'ястного суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.	15
Кисть		
80.	Перелом кісток зап'ястя, п'ясних кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної) б) двох і більше кісток (крім човноподібної) в) човноподібної кістки Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	3 3 5
81.	Ушкодження кисті, що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів) б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променезап'ястного суглоба в) ампутації єдиної кисті Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ясних кісток проводиться додатково за ст 81а у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 3 місяці від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.	10 50 70
Пальці кисті. Перший палець		
82.	Ушкодження пальця, що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки б) перелому, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію	1 3

	<p>Примітки:</p> <p>1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланге), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.</p> <p>3. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 82, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	
83.	<p>Ушкодження пальця, що призвели до:</p> <p>а) відсутності рухів в одному суглобі</p> <p>б) відсутності рухів у двох суглобах</p> <p>Примітки: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції I пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.</p>	5 10
84.	<p>Пошкодження пальця, що призвело до:</p> <p>а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги</p> <p>б) ампутації на рівні нігтьової фаланги</p> <p>в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги)</p> <p>г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)</p> <p>д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною</p> <p>Примітка: якщо страхова виплата проведена за ст.84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</p>	3 5 10 15 18
Другий, третій, четвертий, п'ятий пальці		
85.	<p>Ушкодження одного пальця, що призвело до:</p> <p>а) відриву нігтьової пластинки</p> <p>б) перелому, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланге), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм пальця (пальців) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.</p> <p>3. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 85, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	1 3
86.	<p>Ушкодження пальця, що призвело до:</p> <p>а) відсутності рухів у одному суглобі</p> <p>б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця</p> <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми, та підтверджена довідкою цього закладу.</p>	5 7

87.	<p>Ушкодження пальця, що призвело до:</p> <p>а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги 2</p> <p>б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги 3</p> <p>в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг 5</p> <p>г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця 7</p> <p>д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її 10</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо страхова виплата проведена за ст. 87, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p> <p>2. При ушкодженні декількох пальців в період чинності одного договору страхування страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте розмір її не повинен перевищувати 50 % для однієї кисті та 100 % для обох кистей.</p>	
Таз		
88.	<p>Ушкодження таза:</p> <p>а) перелом однієї кістки 5</p> <p>б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки 10</p> <p>в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань 15</p> <p>Примітка: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	
89.	<p>Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:</p> <p>а) у одному суглобі 20</p> <p>б) у двох суглобах 40</p> <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться за ст. 89 додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою таза, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.</p>	
Нижня кінцівка. Тазостегновий суглоб		
90.	<p>Ушкодження тазостегнового суглоба:</p> <p>а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів) 5</p> <p>б) ізольований відрив вертела (вертелів), черезвертельний (міжвертельний) перелом стегна 10</p> <p>в) вивих стегна 10</p> <p>г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна 25</p> <p>Примітки:</p> <p>1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата проводиться у відповідності до одного з пунктів, який передбачає найважчі ушкодження.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	
91.	<p>Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:</p> <p>а) відсутність рухів (анкілозу) 20</p> <p>б) незрощеного перелому шийки стегна 25</p> <p>в) ендопротезування 30</p> <p>г) "бовтаючогося" суглоба внаслідок резекції головки стегна 35</p>	

	<p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у ст. 91, з урахуванням страхової виплати, що була проведена раніше у зв'язку з травмою суглоба.</p> <p>2. Страхова виплата за ст. 91б проводиться у тому випадку, коли це ускладнення буде встановлено у лікувальному закладі, але не раніше як через 9 місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p>	
Стегно		
92.	<p>Перелом стегна:</p> <p>а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина)</p> <p>б) подвійний перелом стегна</p>	<p>15</p> <p>25</p>
93.	<p>Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.</p>	25
94.	<p>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:</p> <p>а) однієї кінцівки</p> <p>б) єдиної кінцівки</p> <p>Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>	<p>50</p> <p>100</p>
Колінний суглоб		
95.	<p>Ушкодження ділянки колінного суглоба:</p> <p>а) гемартроз, вивих надколінника</p> <p>б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки маломілкової кістки, пошкодження меніска</p> <p>в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, виростків стегна, черезвиростковий (надвиростковий) перелом стегна, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування</p> <p>г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою маломілкової</p> <p>д) вивих гомілки</p> <p>є) перелом дистального метафіза стегна</p> <p>ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток</p> <p>Примітки:</p> <p>1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з пунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба (окрім розриву зв'язок) проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>7</p> <p>15</p> <p>20</p>
	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:	

96.	<p>а) відсутності рухів у суглобі</p> <p>б) “бовтаючогося” колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його</p> <p>в) ендопротезування</p> <p>Примітка: страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.</p>	<p>20</p> <p>25</p> <p>30</p>
Гомілка		
97.	<p>Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) :</p> <p>а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів</p> <p>б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової</p> <p>в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової</p> <p>Примітки:</p> <p>1.Страхова виплата за ст. 97 визначається при:</p> <p>-переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині;</p> <p>-переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні;</p> <p>-переломах великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині</p> <p>2.Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
98.	<p>Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів):</p> <p>а) малогомілкової кістки</p> <p>б) великогомілкової кістки</p> <p>в) обох кісток</p> <p>Примітки:</p> <p>1.Страхова виплата за ст. 98 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.</p> <p>2.Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>20</p>
99.	<p>Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:</p> <p>а) ампутації гомілки на будь-якому рівні</p> <p>б) екзартикуляції в колінному суглобі</p> <p>в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки</p> <p>Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</p>	<p>50</p> <p>60</p> <p>100</p>
Гомілковоступневий суглоб		
100.	<p>Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:</p> <p>а)перелом однієї щиколотки, заднього краю великогомілкової кістки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу</p> <p>б)перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки</p> <p>в)перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>

	<p>Примітки:</p> <p>1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово.</p>	
101.	<p>Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:</p> <p>а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі</p> <p>б) "бовтаючогося" гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його)</p> <p>в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі.</p> <p>Примітка: якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в ст. 101, страхова виплата проводиться за одним з пунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок.</p>	<p>20</p> <p>25</p> <p>30</p>
102.	<p>Ушкодження ахіллової сухожилки:</p> <p>а) при консервативному лікуванні</p> <p>б) при оперативному лікуванні</p>	<p>5</p> <p>15</p>
Стопа		
103.	<p>Ушкодження стопи:</p> <p>а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)</p> <p>б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки</p> <p>в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка)</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
104.	<p>Ушкодження стопи, що призвело до:</p> <p>а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)</p> <p>б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток</p> <p>в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка) ампутації на рівні:</p> <p>г) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи)</p> <p>д) плюсневих кісток або передплюсни</p> <p>є) таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи)</p> <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами а), б) в) ст. 104, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, коли вони будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а за пунктами г), д), є) - незалежно від строку, що минув після травми.</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>40</p> <p>50</p>
Пальці стопи		
105.	<p>Відрив нігтьової пластинки</p> <p>Перелом фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків):</p>	<p>0,5</p>

	<p>а) одного пальця б) двох-трьох пальців в) чотирьох-п'яти пальців</p> <p>Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.</p>	<p>3 5 10</p>
106.	<p>Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:</p> <p>першого пальця</p> <p>а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг є) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюснефалангових суглобів</p> <p>Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст.106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться.</p>	<p>5 10 5 10 15 20</p>
107.	<p>Ушкодження, що призвело до:</p> <p>а) утворення лігатурних свищів б) лімфостазу, тромбофлебіту, порушення трофіки в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту</p> <p>Примітки: 1. Стаття 107 застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6 місяців від дня травми (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів). При гематогенному остеомієліті страхова виплата проводиться після пред'явлення довідки ф.№ 027о. 2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.</p>	<p>3 5 10</p>
108.	<p>Травматичний шок, опіковий, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.</p> <p>Примітка: страхова виплата за статтею 108 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.</p>	<p>5</p>
109.	<p>Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, сказ, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні:</p> <p>а) 3-10 днів б) 11 -20 днів в) 21 і більше днів</p> <p>Примітка: якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 109, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова з урахуванням раніше проведених страхових виплат за відповідними статтями Таблиці та встановлених в них строків.</p>	<p>5 7 10</p>
Відмороження		
110.	<p>Загальне охолодження організму (шок):</p> <p>а) на повітрі</p>	<p>5</p>

	б) на воді	10
111.	Відмороження: а) I ступеня площею понад 2 кв. см б) II ступеня площею понад 2 кв. см в) III ступеня г) IV ступеня Примітка: У випадку, якщо внаслідок відмороження здійснюється ампутація (відторгнення) будь-якого ушкодженого органу, виплата страхового відшкодування окремо за ст.111 не здійснюється.	1 3 7 10
112.	Ускладнення при III- IV ступені відмороження: - місцевого характеру: а)ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнойна) б)ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, зміна тактильної чутливості) - загального характеру: в)пневмонія г)сепсис д)емболія є)гострий міоглобінурійний невроз	7 10 10 20 10 10
Термічні та хімічні опіки*		
113.	Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12 % поверхні тіла	
	а) поверхові ушкодження I, II ступеня від 1% до 6 % поверхні тіла та III, III A ступеня до 1 % поверхні тіла	1
	б) поверхові ушкодження I, II ступеня від 6% до 12 % поверхні тіла та III, III A ступеня від 2 % до 6% поверхні тіла	3
	в) поверхові ушкодження III, III A ступеня від 6% до 12% поверхні тіла	5
114.	Глибокі ушкодження (IIIБ, IV ступеня) на площі до 6 % поверхні тіла	5
115.	Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10
116.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
117.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
	*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60	
118.	Страховий випадок, що стався з застрахованою особою в період чинності договору страхування, і не передбачений цією Таблицею, але при цьому вимагалось стаціонарне і (або) амбулаторне безперервне лікування в цілому не менше ніж 7 днів. За кожний наступний день понад 7 днів - 0,1% за кожний день, але не більш ніж 5%	0,5

Примітка:

1. отримання внаслідок травми рани до 2 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.

2.

Таблиця № 1.1.

Гострота зору		Розмір страхової виплати, %	Гострота зору		Розмір страхової виплати, %
до травми	після травми		до травми	після травми	
1.0	0.9	3	0.6	0.5	5
	0.8	5		0.4	7
	0.7	7		0.3	10
	0.6	10		0.2	12
	0.5	12		0.1	15
	0.4	15		нижче 0,1	20

	0.3	20		0.0	25
	0.2	25			
	0.1	30	0.5	0.4	5
	нижче 0,1	40		0.3	7
	0.0	50		0.2	10
0.9	0.8	3		0.1	12
	0.7	5		нижче 0,1	15
	0.6	7	0.0	20	
	0.5	12			
	0.4	15	0.4	0.3	5
0.3	20	0.2		7	
0.2	25	0.1		10	
0.1	30	нижче 0,1		15	
нижче 0.1	40	0.0		20	
	0.0	50			
0.8	0.7	3	0.3	0.2	5
	0.6	5		0.1	7
	0.5	10		нижче 0,1	10
	0.4	15		0.0	20
	0.3	20			
	0.2	25	0.2	0.1	5
	0.1	30		нижче 0,1	10
	нижче 0,1	40		0.0	20
	0.0	50			
0.7	0.6	3	0.1	нижче 0,1	10
	0.5	5		0.0	20
	0.4	10			
	0.3	15	нижче 0.1	0.0	20
	0.2	20			
	0.1	25			
	нижче 0,1	30			
	0.0	40			

Примітки:

1. До повної сліпоти (0,0) прирівнюється гострота зору нижче 0,01 і до світловідчуття (рахування пальців біля обличчя).

2. При видаленні внаслідок травми очного яблука, що забезпечувало зір до ушкодження, а також його зморщуванні, додатково виплачується 10 % страхової суми.