

ЗАТВЕРДЖЕНО»
Протоколом Правління
ПРАТ «СК «РЕСПЕКТ»
№26 від 10.09.2025 р.

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

«КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОН»

Публічна частина Договору комплексного страхування подорожуючих за кордон

Ці Загальні умови страхового продукту «Комплексне страхування подорожуючих за кордон» (надалі – Загальні умови) складені на підставі та у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України та визначаються на підставі внутрішніх політик з андерайтингу та з розроблення та впровадження страхових продуктів ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «РЕСПЕКТ» (надалі – Страховик, ПРАТ «СК «РЕСПЕКТ»).

Дані Загальні умови є Пропозицією на укладення Договору комплексного страхування подорожуючих за кордон (надалі – Договір страхування) та Публічною частиною Договору страхування. Ця Пропозиція ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «РЕСПЕКТ» код ЄДРПОУ – 22448445, в особі Голови Правління Сілова Анатолія Дмитровича, що діє на підставі Статуту (надалі – Страховик), відповідно до Ліцензії на здійснення діяльності із страхування за класами страхування: 18 «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (надалі – клас страхування 18); 1 «Страхування від нещасного випадку (в тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (надалі – клас страхування 1); адресується невизначеному колу споживачів – юридичних осіб та дієздатних фізичних осіб (надалі - Страхувальники), укласти із Страховиком Електронний договір комплексного страхування подорожуючих за кордон (надалі – Договір страхування) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та/або його страхового посередника/партнера відповідно до Загальних умов.

Страховий продукт, передбачений цими Загальними умовами, є стандартним страховим продуктом. Страховик розробляє, затверджує та надає Страхувальнику Інформаційний документ про страховий продукт, що містить загальну інформацію про стандартний страховий продукт.

Інформація про страховий продукт надається Страхувальнику в паперовій або електронній формі, зокрема засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю.

Компанія не пропонує даний страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування складає **60%**.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Близькі родичі Застрахованої особи – його (її) жінка (чоловік), діти (в тому числі – всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) жінки, чоловіка), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають з Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

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

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

Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та/або морфологічними змінами та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

Гострий біль - така реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Застрахована особа – фізична особа, життя, здоров'я, працездатність, медичні витрати, а також додаткові витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, а також збитки, понесені внаслідок неможливості здійснення подорожі (поїздки) за кордон, якої є об'єктом Договору та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового посередника з метою укладання Договору або отримання страхової виплати.

Ідентифікація Страхувальника в ІТС - підтвердження повноважень Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового посередника шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі – ІТС) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовуються Страховиком або його страховим посередником для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

Країна постійного проживання - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183-ьох днів у календарному році крім країни тимчасового захисту та країни, громадянином якої є Застрахована особа.

Країна тимчасового захисту - країна, яка згідно Директиви Ради 2001/55/ЄС про мінімальні стандарти для надання тимчасового захисту у разі масового напливу переміщених осіб та про заходи, що сприяють збалансованості зусиль між державами-членами щодо прийому таких осіб та відповідальності за наслідки такого прийому надала українцям тимчасовий прихисток у зв'язку з війною.

Ліміт відповідальності – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладанні Договору страхування по Програмам страхування або окремо по Опціях страхування.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я Страхувальника в ІТС, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Страхувальника в ІТС Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Страхувальника тощо.

Медичний заклад – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті), яка не підпадає під виключення згідно з даним Договором.

До зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо. Під **заподіянням шкоди** життю, здоров'ю, працездатності слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками тощо.

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

Опція страхування - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з обраною Програмою страхування та Договором.

Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Страхувальника в ІТС.

Програма страхування – перелік Опцій страхування, що будуть організовані та сплачені при настанні страхового випадку. Опис Програм страхування наведений в даній Пропозиції, для кожної Застрахованої особи Програма страхування визначена в Договорі страхування.

Спеціалізована служба Страховика (Асистанс) – юридична або фізична особа, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги/допомогу Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг/допомоги та виконує інші дії від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

Назва, адреса та телефони Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) зазначаються у Договорі страхування.

Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та Пропозиції.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

Страхова премія – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику відповідно до умов Договору страхування.

Страховий тариф – ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

2.1. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ, ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

2.1.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за визначену Договором страхування плату (страхову премію) ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику, на умовах визначених даним Договором.

2.1.2. Об'єктом страхування за даним Договором є:

2.1.2.1. життя, здоров'я Застрахованої особи та медичні витрати Застрахованої особи, а також її додаткові витрати, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) за кордон – за класом страхування 18;

2.1.2.2. життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи – за класом страхування 1.

2.2. СТРАХОВА СУМА, ПОРЯДОК ЇЇ ВИЗНАЧЕННЯ

2.2.1. Страхова сума встановлюється за кожним класом окремо та зазначається в Договорі страхування, а саме:

- за класом страхування 18 – в іноземній вільно конвертованій валюті (долари США або Євро в залежності від напрямку подорожі);

- за класом страхування 1 – в національній валюті України.

2.2.2. В межах страхової суми, Договором страхування встановлюються ліміти відповідальності Страховика щодо страхових виплат за окремими Опціями страхування та окремими видами медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, а саме:

- По Опції «Стоматологія» ліміт відповідальності становить:

- еквівалент 150 доларів США за програмою «А»;

- еквівалент 250 доларів США за програмами «В» або «С»;

- По опції «Репатріація останків» ліміт відповідальності становить еквівалент 3000 доларів США;

- По Опції «Телекомунікаційні послуги» ліміт відповідальності становить еквівалент 50 доларів США;

- Опція «Дострокове повернення Застрахованої особи» ліміт відповідальності становить еквівалент 1000 доларів США;

- Опція «Пошкодження автомобіля» ліміт відповідальності становить еквівалент 500 доларів США;

- По іншим опціям встановлений ліміт відповідальності в межах страхової суми.

2.2.3. Загальна сума страхових виплат по страхових випадках за окремими Опціями страхування та Програмами страхування не може перевищувати відповідних лімітів та загальної страхової суми, що встановлені Договором.

2.3. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

2.3.1. Страхова премія, порядок та строк її сплати визначаються Договором страхування.

2.3.2. Страхова премія за даними Загальними умовами визначається шляхом множення страхової премії за один день перебування за кордоном на кількість днів перебування та коригуючих коефіцієнтів в залежності від додаткових параметрів страхового ризику – за класом страхування 18 та додавання страхової премії за класом 1.

2.3.3. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страхову премію, як плату за страхування згідно з умовами Договору страхування.

2.4. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.4.1. Територія дії Договору страхування зазначається в Індивідуальній частині Договору страхування.

2.4.2. Територією дії Договору може бути як окрема країна, так і одна з географічних зон:

- I варіант: «Європа» (EUROPE) - всі країни географічної Європи, Туреччина, Азербайджан, Грузія, Казахстан, Вірменія, Кіпр, Єгипет, Туніс;

- II варіант: «Цілий світ - I» (WORLD WIDE - I) - всі країни світу за виключенням Японії, Австралії, США, Канади, Ізраїлю, Мексики, Бразилії, Мальдів, Домінікани, всіх екзотичних курортних островів;

- III варіант: «Цілий світ - II» (WORLD WIDE - II) – всі країни світу.

2.4.3. Територією дії Договору може бути територія будь-якої країни світу, за виключенням:

- території України;

- країни постійного проживання Застрахованої особи;

- країни тимчасового захисту;

- території країни громадянської приналежності у випадку, якщо Застрахована особа не є громадянином України;

- територій країн або окремих територій країн (адміністративні одиниці), де ведуться військові дії, воєнні конфлікти;

- тимчасово окупованих, анексованих чи спірних територій, територій, невизнаних Україною в установленому порядку держав;

- територій, щодо яких Міністерство закордонних справ (МЗС) України надало рекомендації утриматися від поїздок;

- території Російської Федерації та Республіки Білорусь.

2.5. СТРОК ДІЇ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

2.5.1. Дія Договору починається з дати, зазначеної в Індивідуальній частині Договору страхування, як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 годин дня, наступного за днем надходження на поточний рахунок Страховика страхової премії, та закінчується о 24-00 годині дати, зазначеної в Індивідуальній частині Договору страхування як дата закінчення строку дії Договору. Відповідальність Страховика починається з моменту перетину Застрахованою особою кордону країни постійного проживання (України) або країни тимчасового перебування (тимчасового захисту) при виїзді за кордон, але не раніше 00 годин дати, вказаної як початок строку дії Договору в Індивідуальній частині Договору страхування та закінчується в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при в'їзді на територію країни постійного проживання (України) або країни тимчасового перебування (тимчасового захисту) або о 24-00 годині дати, зазначеної в Індивідуальній частині Договору страхування як дата закінчення строку дії Договору (в залежності від того яка дата настала раніше).

2.5.2. Якщо Договором передбачені багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в Договорі. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору. У випадку використання всіх застрахованих днів Договір вважається таким, що закінчився в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань в повному обсязі.

2.5.3. У випадку якщо Застрахована особа на момент укладення Договору страхування знаходиться за межами України, встановлюється часова франшиза (період очікування страхового випадку) – проміжок часу від дати початку строку дії Договору страхування, протягом якого страховий захист за Договором страхування не діє. Період очікування в такому випадку становить 5 (п'ять) календарних днів з дати сплати страхової премії.

2.5.4. Договором страхування можуть бути передбачені часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування (періоди страхування) в межах загального строку дії Договору страхування.

2.6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ, СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

2.6.1. За класом страхування 18 страховим ризиком є:

2.6.1.1 захворювання Застрахованої особи, розлад її здоров'я внаслідок нещасного випадку, витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) у межах та в обсязі Програм страхування, Опцій та лімітів страхування, передбачених Договором страхування;

2.6.1.2. дорожньо-транспортна пригода, поломка або викрадення транспортного засобу, на якому Страхувальник (Застрахована особа) подорожувала за кордон, витрати на отримання допомоги (послуг) з транспортування, ремонту транспортного засобу у межах відповідної Опції страхування; витрати на дострокове повернення Застрахованої особи в зв'язку зі смертю близького родича.

2.6.2. Страховим випадком за класом страхування 18 є здійснення Застрахованою особою (Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) або третьою особою) непередбачуваних витрат, пов'язаних з наданням медичної, медико-транспортної та інших видів допомоги та послуг у межах та в обсязі Програм страхування, Опцій та лімітів страхування, передбачених Договором страхування, в зв'язку із зверненням під час дії Договору страхування до Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) або медичного закладу, з приводу захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, смерті Застрахованої особи, у зв'язку з дорожньо-транспортною пригодою (надалі – ДТП), поломкою транспортного засобу, на якому Страхувальник (Застрахована особа) подорожувала за кордон; в зв'язку зі смертю близького родича Застрахованої особи.

2.6.3. За класом страхування 1 страховими випадками є:

2.6.3.1. отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку, передбаченого у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку №1 до цих Загальних умов;

2.6.3.2. смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

2.6.4. Страховик, відповідно до обраної Програми страхування, відшкодовує витрати на медичну, медико-транспортну та інші види допомоги та послуги, пов'язані з гострим захворюванням, розладом здоров'я внаслідок нещасних випадків, смертю Застрахованої особи та в інших випадках, передбачених Договором страхування, що сталися із Застрахованою особою на території країни, зазначеної в Договорі страхування, а саме:

2.6.4.1. За Програмою «А» витрати на:

Опція «Амбулаторне лікування» передбачає екстрене (невідкладне) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, в тому числі:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Опція «Стационарне лікування» передбачає екстрене (невідкладне) лікування (в тому числі перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування, в тому числі:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- консультативно-діагностичне обслуговування;
- консервативне та оперативне лікування;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Опція «Невідкладна допомога» передбачає:

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

Опція «Стоматологія» передбачає екстрене (невідкладне) терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини в рамках ліміту відповідальності, встановленого Договором, за виключенням проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій, пов'язане з:

- гострим зубним болем;
- для лікування наслідків нещасних випадків.

Опція «Медичне транспортування» передбачає відповідно до рішення лікуючого лікаря:

- перевезення Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу, якщо цього вимагає стан її здоров'я;
- медичну евакуацію Застрахованої особи до медичного закладу за місцем її постійного проживання у разі необхідності проведення подальшого стаціонарного лікування, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє її транспортування.

Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її можуть транспортувати: каретою швидкої допомоги, таксі, поїздом (в купе першого класу, в плацкартному чи спальному вагоні), рейсовим літаком (в т.ч. на спеціально обладнаному місці), літаком санітарної авіації.

Рішення щодо транспортування Застрахованої особи та засобів транспортування мають право прийняти тільки лікарі, які уповноважені Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*), після консультації з лікуючими лікарями.

Опція «Репатріація останків» передбачає:

- транспортування останків Застрахованої особи до місця її постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок непередбаченого гострого захворювання або нещасного випадку;
- оплату Страховиком витрат на поховання Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування. При цьому, такі витрати на поховання не повинні перевищувати вартості перевезення останків. Страховик відшкодовує вартість поховання лише у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання або нещасного випадку.

2.6.4.2. **За програмою «В»** - витрати за програмою «А», а також витрати на:

Опція «Відвідування близьким родичом» передбачає:

- оплату вартості проїзду в обидва кінці близького родича Застрахованої особи до країни її тимчасового перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) діб внаслідок гострого захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку та неможливості перевезення Застрахованої особи до країни постійного проживання за медичними показниками.

Страховик відшкодовує тільки транспортні витрати. Вартість проживання близького родича та інші витрати Страховиком не відшкодовуються.

Опція «Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи» передбачає:

- оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей Застрахованої особи до місяця їх постійного проживання та, в разі необхідності, їх супровід третьою особою, якщо Застрахована особа неспроможна це зробити через гостре захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті.

Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 15-річного віку, до місяця їх постійного проживання тільки у випадку, якщо жодна із подорожуючих разом з ними осіб віком понад 18 років не в змозі про них піклуватись внаслідок гострого захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку або смерті.

Опція «Телекомунікаційні послуги» передбачає оплату вартості телефонних дзвінків та/або повідомлень до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) з метою повідомлення про Подію.

Опція «Дострокове повернення Застрахованої особи» передбачає покриття витрат на придбання квитка (економ-класу) в межах ліміту відповідальності, встановленої Договором страхування, на повернення Застрахованої особи в зв'язку зі смертю близького родича;

Опція «Пошкодження автомобіля» передбачає покриття витрат на буксирування транспортного засобу, на якому подорожує Страхувальник (Застрахована особа) до найближчого місця ремонту та/або доставкою необхідних запасних частин, в випадку пошкодження транспортного засобу в результаті ДТП або його поломки, в межах ліміту відповідальності, встановленої Договором.

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

3.1. Страхувальник має право:

3.1.1. ознайомитись з умовами страхування;

3.1.2. протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин такої відмови у порядку, передбаченому Законом України «Про страхування», цими Загальними умовами, окрім випадків, визначених п. 5.1 цих Загальних Умов;

3.1.3. достроково припинити дію Договору страхування у відповідності з цими Загальними умовами;

3.1.4. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати, здійсненої Страховиком;

3.1.5. вимагати від Страховика оплату витрат, пов'язаних з наданням медичної та медико-транспортної допомоги та послуг певного переліку і якості в обсязі, що передбачений Договором страхування;

3.1.6. звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги.

3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;

3.2.2. 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;

3.2.3. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкту Договору;

3.2.4. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та у строки, визначені Договором страхування, діяти відповідно до умов Розділу 6 цих Загальних умов;

3.2.5. в межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

3.2.6. не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика, про зміст Договору страхування, яка стала йому відома при укладанні та під час дії Договору страхування;

3.2.7. на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження масової зброї» подати Страховику документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страхувальника та/або Вигодонабувача;

3.2.8. якщо об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність застрахованої особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування (Застрахована особа), повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладання Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь.

3.3. Застрахована особа має право:

3.3.1. у разі настання страхового випадку, отримувати медичну та медико-транспортну допомогу та послуги належної якості та в обсягу та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором страхування;

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

3.4. Застрахована особа зобов'язана:

3.4.1. проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

3.4.2. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

3.4.3. у разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;

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

3.4.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені Договором страхування.

3.5. Страховик має право:

3.5.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору страхування;

3.5.2. самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини та обставини страхового випадку;

3.5.3. робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причини настання страхового випадку. Укладання Договору страхування звільняє працівників медичних закладів від дотримання таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення та лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за Договором страхування;

3.5.4. повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у цих Загальних умовах;

3.5.5. відстрочити здійснення страхової виплати на умовах передбачених цими Загальними умовами;

3.5.6. пред'явити позов відповідно до чинного законодавства до особи, яка винна у настанні страхового випадку у разі, коли Страховик здійснив страхову виплату постраждалій Застрахованій особі;

3.5.7. достроково припинити дію Договору страхування або ініціювати внесення змін в порядок та на умовах, передбачених цими Загальними умовами.

3.6. Страховик зобов'язаний:

3.6.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування;

3.6.2. протягом 2-ох робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

3.6.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбаченій цими Загальними умовами строк;

- 3.6.4. у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим;
- 3.6.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».
- 3.7. За невиконання або неналежне виконання Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.
- 3.8. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі **0,02%** від суми простроченого платежу, але не більше **10%** від суми заборгованості.
- 3.9. Сторони звільняються від відповідальності за повне чи часткове невиконання або неналежне виконання зобов'язань, передбачених Договором страхування, якщо подія стала наслідком впливу форс-мажорних обставин.
- 3.10. Під форс-мажорними обставинами слід розуміти будь-які обставини зовнішнього характеру по відношенню до сторін, що виникли без вини сторін, поза їх волею або всупереч волі чи бажанню сторін, і які не можна було передбачити, уникнути (зокрема, але не обмежуючись):
- стихійні явища природного характеру (землетруси, повені, урагани, руйнування внаслідок блискавки тощо);
 - лиха техногенного походження (вибухи, пожежі, вихід з ладу машин, обладнання тощо);
 - обставини суспільного життя (воєнні дії, громадські хвилювання, епідемії, страйки, бойкоти тощо), а також видання актів органів державної влади чи місцевого самоврядування, інші законні або незаконні заборонні заходи названих органів, які унеможливають виконання сторонами зобов'язань за Договором або перешкоджають такому виконанню тощо.
- 3.11. Сторона, що не має можливості належним чином виконати зобов'язання за Договором страхування внаслідок дії форс-мажорних обставин, повинна письмово повідомити іншу Сторону про існуючі перешкоди та їх вплив на виконання зобов'язань за Договором страхування протягом 7 (семи) календарних днів з моменту їх виникнення.
- 3.12. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) місяців поспіль і не виявляють ознак припинення, існування форс-мажорних обставин повинно бути підтверджено компетентним органом.
- 3.13. Закінчення строку дії Договору страхування не звільняє Сторони від відповідальності за його порушення, яке мало місце під час його дії. У разі порушення зобов'язання Сторона несе відповідальність, визначену Договором страхування та (або) чиним законодавством України.

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

- 4.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом п'яти робочих днів з моменту одержання письмової згоди.
- 4.1.1. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 5-ть (п'ять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.
- 4.1.2. Зміни до умов Договору страхування оформлюються додатковою угодою до діючого Договору страхування та є невід'ємною частиною цього Договору страхування.
- 4.1.3. Якщо будь-яка із Сторін незгодна на внесення змін в Договір страхування, протягом 5-ти (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.
- 4.2. Дія Договору страхування припиняється та 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 страхових премій у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перша (або чергова) частина страхової премії не була сплачена за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховику;
- 4.2.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
- 4.2.5. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи або втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

4.2.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому діючим законодавством України;

4.2.7. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

4.3. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. 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 законодавством України. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 15-ть (п'ятнадцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

4.3.1. 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 за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування у розмірі, визначеному таким договором, **але не більше 60%**, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У разі, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання страхової виплати внаслідок настання страхового випадку не врегульована, повернення страхової премії не проводиться до моменту здійснення страхової виплати або відмови у здійсненні страхової виплати. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. 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 за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування у розмірі, визначеному таким договором, **але не більше 60%**, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У разі, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання страхової виплати внаслідок настання страхового випадку не врегульована, повернення страхової премії не проводиться до моменту здійснення страхової виплати або відмови у здійсненні страхової виплати.

4.3.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за згодою Сторін, порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до чинного законодавства України за домовленістю Сторін;

4.3.4. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше 10-ти (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору страхування та врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових випадків (здійснення страхових виплат або прийняття рішення про відмову в виплаті), якщо такі випадки відбулись до дати припинення дії Договору страхування.

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

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

4.4. Договір страхування вважається недійсним, нікчемним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, ЗУ «Про страхування».

4.5. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку також у разі:

4.5.1. якщо його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;

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

4.5.3. у Страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес;

4.5.4. в інших випадків, передбачених чинним законодавством України.

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 Страховику у письмовій формі за місцезнаходженням Страховика або в електронній формі шляхом надсилання електронного документу з накладенням електронного підпису на адресу електронної скриньки: respect@respectins.com.
- 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, впродовж 5-ти робочих днів з дати отримання повідомлення від Страхувальника про відмову від Договору страхування.

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

- 6.1. При настання події, що має ознаки страхового випадку (надалі – Подія), Страхувальник (Застрахована особа) негайно, але в будь-якому разі не пізніше 24-ьох годин, зобов'язаний:
- 6.1.1. Звернутися до Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) за контактами, вказаними в Договорі страхування, та отримати інформацію щодо подальших дій. У разі неможливості здійснити вищевказані дії, їх повинна здійснити особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи.
- Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Спеціалізованій службі Страховика (*Асистансу*) або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24-ьох годин з моменту настання Події. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо;
- 6.1.2. Повідомити Спеціалізованій службі Страховика (*Асистансу*):
- назву Страхової компанії, номер Договору страхування та термін його дії;
 - прізвище та ім'я Застрахованої особи;
 - територію дії Договору страхування;
 - розмір страхової суми та Програму страхування;
 - опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги;
 - точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;
- 6.1.3. Після звернення до Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) негайно виконувати її рекомендації щодо своїх подальших дій, щодо отримання необхідної медичної допомоги, а також щодо необхідної інформації та документального підтвердження, ідентифікаційних даних, медичних документів, що підтверджують настання страхового випадку;
- 6.1.4. Документально підтвердити термін свого перебування за кордоном;
- 6.1.5. Сприяти вжиттю Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат;
- 6.1.6. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
- 6.2. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) для отримання необхідної допомоги (послуг) та внаслідок цього повинна була самостійно оплатити вартість наданої їй медичної та медико-транспортної допомоги та послуг, вона зобов'язана узгодити це із Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) чи Страховиком протягом 24-ьох годин після надання такої допомоги (послуг).
- 6.3. Застрахована особа не може відмовитись від перевезення до лікувального закладу України або країни постійного проживання Застрахованої особи для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в Україну або в країну постійного проживання. У випадку відмови Застрахованої особи від повернення в Україну або країну постійного проживання Застрахованої особи для подальшого лікування, Страховик негайно припиняє оплату вартості медичних послуг.
- 6.4. У випадку, якщо Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, самостійно сплатила вартість невідкладних медичних послуг під час поїздки за кордон, але узгодила ці витрати із Страховиком, за умови визнання Події страховою, Страховик розглядає питання щодо відшкодування цих витрат після повернення Застрахованої особи з закордону в межах страхової суми або ліміту відповідальності за Опцією страхування, встановлені Договором страхування, за умови звернення Застрахованої особи до Страховика впродовж 10-ти робочих днів з моменту повернення Застрахованої особи з закордону в Україну або країну постійного проживання та надання Страховику документів, передбачених Розділом 7 цих Загальних умов.
- 6.5. Обов'язок підтвердження факту настання Події за Договором страхування, покладається на Страхувальника (Застраховану особу).

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та встановлених лімітів відповідальності) вартість наданих послуг на підставі рахунків медичних або інших закладів, наданих Страховику через Спеціалізовану службу Страховика (*Асистанс*) за умови визнання Події страховим випадком та отримання усієї інформації по страховому випадку відповідно до умов Договору страхування.

7.2. Якщо Застрахована особа, за умови обов'язкового узгодження зі Страховиком, сама сплатила вартість наданих медичних та інших послуг, в такому випадку Застрахована особа та Страховик діють відповідно до п. 6.4. цих Загальних умов.

7.3. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання Події, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову в здійсненні виплати та визначення її розміру, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний надати Страховику такі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України:

7.3.1. Заяву про настання події за формою, встановленою Страховиком;

7.3.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальнику;

7.3.3. копію національного паспорту Застрахованої особи;

7.3.4. копію закордонного паспорту Застрахованої особи, сторінок з відмітками про перетин кордону країни перебування або інший аналогічний документ Застрахованої особи; у разі відсутності відміток про перетин кордону – документи, які підтверджують факт знаходження Застрахованої особи закордоном- оригінал довідки з Державної прикордонної служби України про перетин кордону за підписом уповноваженої особи, квитки (авіа-, з/д-, авто, посадковий талон, реєстраційна картка готелю і т.п.);

7.3.5. копію довідки про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера (за наявності);

7.3.6. копію зворотного квитка до Країни постійного проживання Застрахованої особи

7.3.7. документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати та підтверджують право на отримання страхової виплати;

7.3.8. у випадку смерті Застрахованої особи – нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи, документ, що підтверджує право на спадщину спадкоємця Застрахованої особи, якщо він є одержувачем страхової виплати;

7.3.9. Заяву про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком (у разі визнання події страховою);

7.3.10. інші документи, передбачені у пп. 7.4.-7.5. цих Загальних умов, в залежності від Опції та класу страхування.

7.4. При страхуванні за класами 18 та 1:

7.4.1. оригінал медичного рапорту (звіту) на фірмовому бланку з оригінальною мокрою печаткою медичного закладу або лікаря, які за кордоном надавали медичну допомогу Застрахованій особі із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу або лікаря, терміну лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря, результати лабораторних та інструментальних досліджень;

7.4.2. оригінали деталізованих рахунків на оплату наданих медичних послуг;

7.4.3. оригінали квитанцій (чеків тощо) про оплату наданих медичних послуг або придбаних медикаментів;

7.4.4. оригінали рецептів із зазначенням назв призначених лікарських засобів і засобів медичного призначення, дати виписки рецепту, імені та прізвища Застрахованої особи, завірені лікарем, який виписав рецепт;

7.4.5. у випадку смерті Застрахованої особи – документ медичного закладу та/або судово-медичної експертизи, де вказано причини смерті Застрахованої особи;

7.4.6. За опцією «Медичне транспортування» додатково надаються документи, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого транспорту, яким користувалась Застрахована особа внаслідок настання Події;

7.4.7. За опцією «Репатріація останків» додатково надаються:

- документи, що підтверджують оплату за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого транспорту, яким здійснювалась репатріація – у випадку репатріації Застрахованої особи до місця її постійного проживання;

- документи, що підтверджують оплату послуг по похованню Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування – у випадку поховання Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування;

- свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

7.4.8. За опцією «Відвідування близьким родичом» додатково надаються:

- документально підтверджена рекомендація лікаря про необхідність відвідування Застрахованої особи;

- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду близького родича Застрахованої особи;
 - документи, що підтверджують родинні зв'язки відвідувача із Застрахованою особою;
- 7.4.9. За опцією «Повернення додому неповнолітніх дітей Застрахованої особи» додатково надаються:
- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду неповнолітніх дітей та, у разі необхідності, супроводжуючої особи до місця постійного проживання;
 - довідка про смерть – у випадку смерті Застрахованої особи;
- 7.4.10. За опцією «Дострокове повернення Застрахованої особи» додатково надаються:
- документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Застрахованої особи до місця постійного проживання у випадку смерті близького родича;
 - довідка про смерть близького родича Застрахованої особи;
- 7.4.11. За опцією «Пошкодження автомобіля» додатково надаються:
- документи, що підтверджують оплату послуг по буксируванню транспортного засобу до найближчого місця ремонту та/або доставки запасних частин – у випадку пошкодження в дорожньо-транспортній пригоді (надалі – ДТП) або поломки автомобілю, на якому подорожує Застрахована особа;
 - довідка про ДТП встановленого зразка відповідного компетентного органу держави, в якій подорожує Застрахована особа та де сталась ДТП – при настанні ДТП;
 - свідоцтво про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, який керував транспортним засобом на момент настання Події.
- 7.4.12. За опцією «Телекомунікаційні послуги» додатково надаються:
- рахунок за телефонні розмови або текстові повідомлення з вказаними номерами телефонів Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) та документ, що підтверджує його сплату.
- 7.4.13. інші необхідні документи за письмовою вимогою Страховика, пов'язані із страховим випадком, які мають суттєве значення для його підтвердження
- 7.5. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі відповідно до Договору, оформлені та засвідчені належним чином. Надані Страховику документи можуть бути підписані та/або завірени їх копії, сканкопії оригіналів документів (в залежності від конкретних умов Договору страхування) Страхувальником та/або Вигодонабувачем, окрім звичайного власноручного підпису, кваліфікованим електронним підписом (далі – КЕП) або іншим засобом електронної ідентифікації (Дія.Підпис, BankID НБУ, Вчасно тощо), відповідно до вимог законів України «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронні довірчі послуги», «Про електронну комерцію» із змінами та доповненнями. При цьому, за необхідності, Страховик має право витребувати у Страхувальника та/або Вигодонабувача оригінали документів, які були надані Страховику в якості завірених ними копій та/або сканкопій з оригіналів документів. Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) офіційного перекладу документів на українську мову, які були надані для підтвердження Події, що має ознаки страхового випадку.
- 7.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Страхувальником документів, визначених пп. 7.4.-7.4. цих Загальних умов.
- 7.8. При страхуванні за класом 18:**
- 7.8.1. Страхова виплата здійснюється шляхом:
- 7.8.1.1. Перерахування коштів на рахунок Спеціалізованої служби Страховика (*Асистансу*) на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*);
- 7.8.1.2. Відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі самостійної їх оплати, за умови попереднього узгодження оплати цих послуг із Страховиком (*Асистансом*) та надання всіх документів, що перераховані у пп. 7.3.-7.4. цих Загальних умов та підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отриману медичну, медико-транспортну допомогу та інші послуги.
- 7.8.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа), за обов'язковим попереднім узгодженням зі Страховиком (*Асистансом*), самостійно сплатив(ла) вартість наданих медичних та інших послуг, страхова виплата здійснюється таким чином:
- 7.8.2.1. Протягом 30-ти (тридцяти) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно із переліком, що наведений у пп. 7.3.-7.4. цих Загальних умов, Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті;
- 7.8.2.2. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови;

7.8.2.3. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів, термін прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 90-то (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику останнього з усіх необхідних документів, передбачених пп. 7.3.-7.4. цих Загальних умов.

7.8.2.4. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховик протягом 10-ти (десяти) робочих днів складає Страховий акт про страхову виплату та здійснює страхову виплату.

7.8.2.5. Страхова виплата здійснюється в національній валюті України. Перерахунок іноземної валюти, в якій були здійсненні витрати, а також франшиз та лімітів за Опцією страхування здійснюється за офіційним курсу Національного банку України на дату здійснення таких витрат. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання грошових коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика.

7.8.2.6. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, страхова виплата здійснюється її законним представником.

7.8.3. В разі відсутності попереднього погодження медичних та інших витрат із Страховиком (Асистансом), та після надання обґрунтування поважних причин неможливості звернення, максимальний розмір страхової виплати становить еквівалент 250 Євро на дату здійснення таких витрат.

7.9. При страхуванні за класом 1 страхова виплата здійснюється в такому порядку:

7.9.1. у разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – у розмірі 100 % страхової суми, встановленої за страхуванням від нещасних випадків;

7.9.2. у разі травматичного ушкодження або іншого розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, передбаченого Таблицею №1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку №1 цих Загальних умов – у розмірі відповідного відсотка, зазначеного у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку № 1 цих Загальних умов, від страхової суми, встановленої за страхуванням від нещасних випадків;

7.9.3. якщо нещасний випадок призвів до розладу здоров'я та Застрахованій особі була здійснена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж страхового випадку настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі страхової суми, встановленої за страхуванням від нещасних випадків за вирахуванням раніше здійсненої страхової виплати. При цьому загальний розмір страхових виплат за одним страховим випадком, що стався в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену у Договорі страхування.

7.10. При страхуванні за класом 1 протягом 30-ти (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та необхідні для здійснення страхової виплати/страхового відшкодування відповідно до Розділу 7 цих Загальних умов, Страховик:

7.10.1. приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складання Страхового акту за визначеною Страховиком формою та протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня складання Страхового акту здійснює страхову виплату шляхом перерахування страхової виплати на рахунок одержувача страхової виплати;

7.10.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

7.10.3. приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати згідно з п. 7.11. цих Загальних умов та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня такого прийняття.

7.11. При страхуванні за класом 1 Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати/страхового відшкодування якщо:

7.11.1. у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати/страхового відшкодування (відмову у здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90-го (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику останнього з усіх необхідних документів відповідно до Розділу 7 цих Загальних умов;

7.11.2. на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити розслідування або

експертизу у незалежного фахівця (експерта), який відповідно до законодавства України має належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру страхової виплати. При цьому Страховик приймає рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати не пізніше 15-ти (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику останнього з усіх необхідних документів відповідно до Розділу 7 цих Загальних умов.

7.12. У разі смерті Застрахованої особи потенційний спадкоємець подає до Страховика письмове повідомлення про настання випадку та документи, зазначені в Розділі 7 цих Загальних умов, не пізніше 3-бох календарних місяців з дати смерті Застрахованої особи. При цьому Заяву про страхову виплату та нотаріальне свідоцтво про право на спадщину спадкоємець подає до Страховика протягом 30-ти календарних днів з моменту отримання свідоцтва про право на спадщину.

8. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

8.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

8.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

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

8.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником 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);

8.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого із обов'язків, покладених на нього цими Загальними умовами та/або Договором страхування;

8.1.6. настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням страхових випадків та (або) обмеженням страхування згідно з Розділом 10 цих Загальних умов;

8.1.7. несвоєчасне або неналежне подання документів що підтверджують факт та/або обставини настання Події та/або розмір страхової виплати відповідно до Розділу 7 цих Загальних умов;

8.1.8. інші випадки, передбачені законом та умовами Договору страхування.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Перед укладенням Договору страхування, на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» Страховик забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт що пропонується, про Страховика та страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за сприяння страхового посередника, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта. Відповідна інформація розміщена на вебсайті Страховика <https://respectins.com> /.

9.2. Договір страхування може укладатися шляхом приєднання у порядку, встановленому діючим законодавством.

9.3. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі, на підставі письмової або зробленої іншим чином заяви Страхувальника, з дотриманням вимог законодавства України про мови. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити всі необхідні документи щодо предмету та об'єкту Договору страхування та іншу інформацію, яка має істотне значення для оцінки страхового ризику та укладання Договору страхування.

9.4. При укладанні Договору страхування або внесенні змін до нього Страхувальник у погоджений Сторонами спосіб надає Страховику інформацію та/або відповідні документи, передбачені нормами чинного законодавства для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації, вивчення Страхувальника та осіб, які мають право на отримання страхової виплати (Вигодонабувачів), ідентифікації кожного об'єкту страхування, що дає змогу однозначно встановити такий об'єкт та визначити страховий інтерес, повідомляє Страховика про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.5. При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику достовірну інформацію про інші чинні договори страхування щодо предмета та об'єкта договору страхування.

9.6. Документи для укладення (підписання) Договору страхування та в межах його виконання (зокрема первинні) можуть підписуватись/укладатись у формі паперового та/або електронного документа.

9.6.1. При укладенні Договору страхування у паперовій формі Сторони договору підписують Договір страхування власноручними підписами та скріплюють печатками в разі їх наявності. Страхувальнику надається примірник Договору страхування одразу після його підписання обома Сторонами.

9.6.2. Підписання Договору страхування у формі електронного документа може відбуватися з використанням Страхувальником електронного підпису одноразовим ідентифікатором та/або за допомогою підпису, вчиненого Сторонами/стороною у системі електронного документообігу (надалі - СЕД). Такі договори укладаються з дотримання норм Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію», «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», Положення НБУ «Про використання електронного підпису та електронної печатки».

9.7. Процес укладення й підписання Договору страхування у формі електронного документу з використанням Страхувальником-фізичною особою електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

9.7.1. Договір страхування укладається на умовах Публічної пропозиції (оферти) (надалі – Публічна частина Договору страхування), якою є ці Загальні умови, що розміщуються на офіційному вебсайті Страховика.

9.7.2. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов Публічної частини Договору страхування Страхувальником вважається заповнення Електронної заяви на укладання Договору страхування (надалі – Електронна заява), підписання індивідуальної частини Договору страхування електронним підписом одноразовим ідентифікатором. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його страховим посередником Страхувальнику на мобільний телефон або електронну адресу Страхувальника, вказані ним при заповненні Електронної заяви. Заповнення Електронної заяви Страхувальником не зобов'язує його укласти Договір страхування, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором Договір страхування вважається неукладеним. Заповненням Електронної заяви Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування.

9.7.3. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі Публічної частини Договору страхування укладуть Договір страхування за допомогою ІТС Страховика та/або його страхових посередників, він вважається укладеним у електронній формі.

9.7.4.. Факт укладання Договору страхування посвідчується Індивідуальною частиною Договору страхування, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страхувальником у Електронній заяві на укладання Договору страхування. При цьому підписанням Індивідуальної частини Договору страхування Страхувальник свідчить та підтверджує, що ознайомлений та згоден з усіма умовами Публічної та Індивідуальної частин Договору страхування.

9.7.5. Індивідуальна частина Договору страхування направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового посередника. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Індивідуальної частини Договору страхування, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим посередником) в електронній базі Страховика (страхового посередника).

9.7.6. Сторони домовилися, що відправка Індивідуальної частини Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору страхування та повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір страхування виготовляється в письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.

9.7.7. Зі сторони Страховика Договір підписується кваліфікованим електронним підписом уповноваженої Страховиком особи або страховим посередником Страховика, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою. Протягом дії воєнного стану та шести місяців з його припинення для підписання електронного договору зі сторони Страховика може використовуватись удосконалений електронний підпис.

9.7.8. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є ненаправлення Страховиком або його страховим посередником одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника.

9.8. Процес укладення й підписання Договору страхування у формі електронного документа за допомогою СЕД для страхувальників юридичних та фізичних осіб.

9.8.1. Для укладення Договору страхування у СЕД шляхом підписання Сторонами за допомогою КЕП/УЕП простим електронним підписом Страхувальника, останній, попередньо ознайомившись на сайті Страховика з Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, цими Загальними умовами, що є публічною частиною договору страхування, надає Страховику або його представнику інформацію та/або відповідні належні документи, передбачені нормами чинного законодавства (п.9.4. цих Загальних умов) для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації Страхувальника та осіб (якщо вони ідентифіковані на момент укладання Договору страхування), які мають право на отримання страхової виплати (застраховані/на особи/ба, вигодонабувачі/ч), та повідомляє Страховику про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.8.2. Обмін електронними документами здійснюється за допомогою сервісів електронного документообігу, зокрема, але не виключно, за допомогою сервісу «ВЧАСНО» (<https://vchasno.ua/>), та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу із застосування кваліфікованих електронних підписів Сторін та/або удосконалених електронних підписів та/або простого електронного підпису Страхувальника, позначки дати та часу їх вчинення.

9.8.3. Договір страхування у формі електронного документа містить всі реквізити та умови аналогічного Договору страхування у формі паперового документа. При цьому, слова “укласти”, “підписати”, “надати”, “передати”, “вручити”, які зустрічаються в тексті Договору страхування (додатках до нього), при використанні КЕП,УЕП, простого електронного підпису передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений через Сервіс документообігу.

9.8.4. Кожна зі Сторін Договору страхування для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.

9.8.5. Строки створення і надсилання електронних документів відповідають строкам, що встановлені для створення і надсилання документів у письмовій формі.

9.8.6. Кожна зі Сторін Договору страхування самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного підпису.

9.8.7. Договір страхування у вигляді електронного документа вважається укладеним з моменту накладення уповноваженим представником однієї зі Сторін останнього у часі електронного підпису (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу) в інформаційно-комунікаційній системі, що використовується Сторонами. Договір страхування набирає чинності в порядку, передбаченому Договором страхування, і діє протягом строку дії, який зазначений в такому Договорі страхування.

9.8.8. Примірник Договору страхування вважається отриманим Стороною, якщо на оригінал електронного документа в інформаційно-комунікаційній системі, що використовується Сторонами, накладено електронні підписи (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу) уповноваженими представниками обох Сторін.

9.8.9. Якщо Стороною Договору страхування направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором страхування, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами та не підписаний.

9.8.10. У випадку виникнення технічних проблем/збоїв у будь-якої зі Сторін договору страхування, Сторони вправі у будь-який момент призупинити оформлення електронних документів та повернутись до оформлення первинних документів у паперовій формі.

9.8.11. Сторона, у якої виникли технічні проблеми, повідомляє іншу Сторону у будь-який зручний спосіб. У разі призупинення оформлення електронних документів Сторони створюють і підписують їх в паперовій формі в порядку, передбаченому Договором.

9.8.12. Після усунення технічних проблем Сторони за письмовим погодженням можуть повернутись до використання електронних документів.

9.4. Основні критерії, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику можуть бути:

9.4.1. строк дії страхового захисту (кількість днів покриття);

9.4.2. наявність можливості здійснення багаторазових подорожей (мультивіза);

9.4.3. вік та кількість Застрахованих осіб, наявність ознак, які підпадають під виключення та/або обмеження страхування;

9.4.4. розмір страхової суми;

9.4.5. наявність безумовної франшизи

9.4.6. територія дії Договору страхування;

9.4.7. заняття спортом (професійним чи аматорським);

9.4.8. робота, пов'язана з підвищеним ризиком виникнення професійних захворювань чи травм;

9.4.9. наявність I та II групи інвалідності, Застрахована особа страждає на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт гострий), СНІД, психічно хвора, а також особа, що знаходиться на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному).

9.5. Договір страхування, Додатки та Додаткові угоди повинні розглядатися разом як один договір.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

10.1.1. лікуванням травми, отриманої через скоєння самою Застрахованою особою умисних правопорушень як за законом, що діє у країні перебування, так і за законом, що діє у країні постійного проживання;

10.1.2. самолікуванням, лікуванням особою або закладом, що не мають відповідних дозволів на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування, а також лікуванням захворювання чи травми, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи, у тому числі, спроб самогубства або навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень;

10.1.3. лікуванням травми, одержаної в результаті керування Застрахованою особою транспортним засобом, якщо вона не має права керувати ним;

10.1.4. лікуванням травм, які Застрахована особа отримала внаслідок будь-яких дій, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин;

10.1.5. репатріацією чи лікуванням травм, які пов'язані з перельотом на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному Реєстрі авіарейсів;

10.1.6. лікуванням хвороб, які передаються переважно статевим шляхом;

10.1.7. лікуванням, діагностикою та іншими послугами з приводу захворювань, станів та їх наслідків, прямо чи опосередковано пов'язаних з синдромом придбаного імунодефіциту – СНІДом (A.I.D.S.), та захворювань, що можуть розглядатися як варіації СНІДу;

10.1.8. лікуванням захворювання чи травм, викликаних форс-мажорними обставинами, включаючи, але не обмежуючись: війною, вторгненням, терористичними актами, громадянською війною, повстанням, революцією, діями військової влади чи узурпаторських режимів або активною участю Застрахованої особи у воєнних, насильницьких діях чи будь-яких громадських заворушеннях;

10.1.9. лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

10.1.10. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води), поточним обстеженням зору та слуху;

10.1.11. лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, що класифікуються міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ), як L-20 – L-60, включаючи, але не обмежуючись дерматитами, пов'язаними з дією сонячного випромінювання, алергічними контактними дерматитами, медичну допомогу з приводу сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання, теплові та сонячні удари, алергічні реакції на шкірі (в тому числі внаслідок укусу комах), крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

10.1.12. лікування онкологічних захворювань та послуг, пов'язаних зі смертю Застрахованої особи внаслідок онкологічних захворювань;

10.1.13. медичною допомогою з приводу алергічних реакцій та захворювань, крім випадків, коли вони становлять загрозу життю або здоров'ю Застрахованої особи;

- 10.1.14. лікуванням гінекологічних захворювань, якщо його необхідність не була викликана загрозою для життя Застрахованої особи;
- 10.1.15. лікуванням урологічних захворювань, крім витрат на надання невідкладної медичної допомоги;
- 10.1.16. операціями з видалення та дроблення каміння будь-якої локалізації у сечовивідних шляхах, нирках, жовчному міхурі;
- 10.1.17. реабілітацією та фізіотерапією, в тому числі після надання невідкладної медичної допомоги.
- 10.2. Страховик не оплачує витрати:
- 10.2.1. на отримання медичних та медико-транспортних послуг у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном;
- 10.2.2. на усунення косметичних дефектів, реконструктивні та пластичні операції;
- 10.2.3. на будь-яке протезування, в тому числі забезпечення зубними протезами або штучними зубами;
- 10.2.4. на стоматологічні послуги, крім екстреної допомоги у випадку гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку;
- 10.2.5. якщо вони пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності протягом трьох останніх місяців перед передбачуваною датою народження дитини;
- 10.2.6. на обстеження і лікування, пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками, крім випадків, пов'язаних з нещасними випадками припинення вагітності;
- 10.2.7. на лікування на території країни постійного проживання Застрахованої особи;
- 10.2.8. на лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*), медична репатріація є можливою за медичними показаннями;
- 10.2.9. діагностику, лікування захворювань, що не носять гострого характеру і лікування яких може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання, в т.ч. витрати на проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;
- 10.2.10. на коригуюче або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;
- 10.2.11. на лікування нервових та психічних розладів, захворювань та їх загострень, лікуванням уроджених аномалій та психічних розладів, а також релаксації станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я; на лікування інсульту мозкового, пухлини головного та спинного мозку, епілепсії, шизофренії; медичні витрати, пов'язані з судомним приступом, перебігом психічних захворювань, інсультом або інфарктом, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;
- 10.2.12. на діагностику та лікування вроджених, хронічних захворювань (цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, туберкульоз, онкологічні, аутоімунні, вікові дегенеративні захворювання, хвороби серця та судин, хвороби кровотворної системи тощо) та хвороб що почалися ще під час перебування в країні постійного проживання та/або існували на момент укладення Договору (обстеження, консультації, придбання медикаментів, госпіталізація, оперативні втручання і т. ін.), або пов'язані зі смертю Застрахованої особи внаслідок таких захворювань або наслідків таких захворювань, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки або цілеспрямованих заходів по ліквідації гострого болю;
- 10.2.13. на проведення консультацій, обстежень та інших діагностичних заходів, лікування та операцій, які виходять за рамки невідкладної медичної допомоги;
- 10.2.14. на будь-які медичні перевезення, стаціонарне лікування, невідкладну (швидку) медичну допомогу, не організовану та/або не узгоджену із спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) або із Страховиком;
- 10.2.15. на хірургічне втручання на серці та судинах (аортокоронарне шунтування, ангіографію, ангіопластику, тощо);
- 10.2.16. на вакцинації, медичні довідки і свідчення, допоміжні медичні засоби (окуляри, лінзи, слухові апарати, медичні термометри, милиці, інвалідні коляски, протези тощо), якщо вони не обумовлені травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку;
- 10.2.17. на обстеження і лікування за допомогою методів недоказової медицини;
- 10.2.18. на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати в певному регіоні (визначається Спеціалізованою службою Страховика (*Асистансом*) чи перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися у країну постійного проживання (медична евакуація/репатріація);
- 10.2.19. на послуги, що перевищують еквівалент 250 Євро на дату здійснення таких витрат (послуг), якщо Страховальник (Застрахована особа) або особа, яка представляє її інтереси, без поважних на те причин не

сповістила Спеціалізовану службу Страховика (*Асистанс*) чи Страховика про звернення за медичною допомогою протягом 24-ьох годин після звернення за такою допомогою;

10.2.20. якщо транспортування Застрахованої особи здійснювалось з одного медичного закладу в інший без участі Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або без попереднього погодження з нею чи зі Страховиком;

10.2.21. якщо страховий випадок стався внаслідок занять спортом на професійному рівні під час участі у змаганнях та тренуваннях, спортивного (активного) відпочинку, якщо Договором страхування не передбачене страхування цього ризику;

10.2.22. якщо страховий випадок стався при виконанні роботи за наймом, якщо Договором страхування не передбачене страхування цього ризику;

10.2.23. якщо Страхувальник/Застрахована особа навмисно надав неправдиву інформацію про ступінь страхового ризику або факт настання страхового випадку;

10.2.24. понесені за територією дії Договору страхування;

10.2.25. будь-якими витратами у тому випадку, якщо Страхувальник/Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

10.2.26. тестування, лікування, обсервація, карантинні заходи при безсимптомних формах COVID-19 та при формах, які не супроводжуються важким ураженням здоров'я, яке загрожує життю Застрахованої особи;

10.2.27. будь-яке тестування на COVID-19 у разі відсутності загрози життю Застрахованої особи та/або направлення лікуючого лікаря та/або проведено поза сертифікованою лабораторією;

10.2.28. будь-які заходи з обсервації / карантину, в тому числі COVID-19; якщо тривалість випадку захворювання на COVID-19 перевищує 14 (чотирнадцять) днів, відповідальність Страховика припиняється починаючи з 15 (п'ятнадцятого) дня захворювання на COVID-19

10.3. Страховик не відшкодовує витрати на:

10.3.1. медичну репатріацію або репатріацію останків, якщо вони організовані без узгодження із Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом);

10.3.2. медичну репатріацію, якщо хвороба або тілесне ушкодження не є досить серйозними за медичними показаннями і лікування може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки;

10.3.3. оплату проживання та інші витрати близького родича Застрахованої особи у випадку його приїзду до країни її тимчасового перебування, у разі знаходження Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні більше 10 (десяти) діб внаслідок гострого захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку;

10.3.4. відшкодування будь-яких нематеріальних збитків.

10.4. Не відносяться до страхового випадку події, що відбулась внаслідок:

10.4.1. вчинення або спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій;

10.4.2. дій Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

10.4.3. самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, підтвердженими документами компетентних органів;

10.4.4. вчинення Вигодонабувачем (спадкоємцем Застрахованої особи) навмисного злочину, що призвів до загибелі або смерті Застрахованої особи;

10.4.5. навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану, самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти;

10.4.6. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або без права на керування таким транспортним засобом, передачі управління транспортним засобом особі, яка знаходилася у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, яка не мала права на керування таким транспортним засобом;

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

10.5. Страховик не несе відповідальності у разі несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору страхування.

10.6. При визнанні Застрахованої особи в судовому порядку без вісті відсутнім (зниклим) страхова виплата не здійснюється.

10.7. Не вважається страховим випадком подія, що сталася прямо або опосередковано внаслідок:

10.7.1. ядерного інциденту, впливу іонізуючого випромінювання, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин;

10.7.2. військових дій або військових операцій, війни, вторгнення, ворожих дій іноземного ворога (незалежно від того була оголошена війна чи ні), громадянської війни, революції, заколоту, народних заворушень,

масових безпорядків, що приймають масштаби або доходять до масштабів народного повстання, блокади, військового перевороту, захоплення влади, введення воєнного чи стану облоги, саботажу;

10.7.3. терористичного акту. Терористичним актом визнаються діяння, які полягають у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, майна, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому не винних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей, що виражаються у формі застосування зброї або загрози її застосування, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, незалежно від того, чи кваліфікований він як терористичний акт компетентними органами держави;

10.7.4. будь-якого бунту, страйку чи громадського заворушення, або будь-якої дії чи діяльності, яка вважається або у результаті яка може призвести до бунту, страйку чи громадських заворушень (в тому числі трудові заворушення та локаути), мародерства, цивільних та масових заворушень, під якими розуміються організація або активна участь у заворушеннях, що супроводжувалися насильством над особою, погромами, підпалами, захопленням будівель або споруд, насильницьким виселенням громадян, опором представникам влади із застосуванням зброї або інших предметів, що використовувалися як зброя, незалежно від того, визнані вони військовими операціями чи ні;

10.7.5. будь-яких заходів, прийнятих для того, щоб привести під контроль, попередити або припинити події, зазначені в пп. 10.7.2.-10.7.4. цих Загальних умов.

10.8. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

11.1. Суперечки, які виникли сторонами Договору страхування, розглядаються відповідно до діючого законодавства України.

11.2. Страхувальник, у разі виникнення необхідності, має право подати до Страховика відповідне письмове звернення (Скаргу) шляхом направлення листа за місцезнаходженням Страховика. Звернення (Скарга) зобов'язана бути підписана Страхувальником або уповноваженою ним особою з належним обґрунтуванням порушення прав та/або інтересів Страхувальника. Звернення (Скарга) може бути подана до Страховика в електронному вигляді, шляхом надсилання її на електронну адресу respect@respectins.com та підписана КЕП Страхувальника. Розгляд звернення (Скарги) з направленням відповіді за результатами її розгляду здійснюється протягом 30 днів з дня отримання звернення (Скарги) Страховиком. Більш детальний порядок розгляду звернень (Скарг), визначений у відповідного Порядку Страховика, що розміщений за посиланням: [Порядок-реєстрації-розгляду-скарг.pdf \(respectins.com\)](#)

11.3. У разі незгоди Страхувальника з прийнятим рішенням Страховика за розглядом відповідного звернення (Скарги), Страхувальник має право письмово звернутися до Національного банку України, що є органом, який здійснює державне регулювання та нагляд за діяльністю Страховика та направити відповідне звернення (Скаргу) на сторінці офіційного Інтернет-представництва Національного банку України <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection> або направити його на електронну пошту nbu@bank.gov.ua або засобами поштового зв'язку за адресою: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601 або звернутися з позовом до відповідного суду за захистом порушених прав та інтересів.

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

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник повідомляє Страховику про таку подію за наступними контактними даними:

Спеціалізована служба Страховика (*Асистансу*):



Скануй,
щоб зв'язатися
з нами у Telegram,
Viber, Facebook

International line

+1 929 480 9559

Ukrainian line

+38 044 39 000 10

Email

care@ensuria.com

або Страховику

+38 048 737 75 11

Або за адресою: Україна, 65029, м. Одеса, вул. Князівська (Олексія Маркевича), 15, кв. 1
e-mail: respect@respectins.com insfortour@respectins.com
чат-бот [@respect_insurance_bot](https://t.me/respect_insurance_bot)

13. ІНШІ УМОВИ

13.1. Підписанням Індивідуальної частини Договору страхування, Страхувальник, керуючись Законом України «Про захист персональних даних» №2297-УІ від 01.06.2010 р., надає безумовну та безвідкличну згоду на збір та обробку будь-яким чином на необмежений строк, за винятком випадків встановлених чинним законодавством України, своїх персональних даних Страховику, а також третім особам без подальшого повідомлення про обробку його персональних даних (в тому числі їх передачу та поширення), з метою провадження страхової діяльності (в тому числі укладання та виконання умов договорів), пов'язаної з нею фінансового-господарської діяльності, веденням внутрішніх баз Страховика та/або з метою реалізації та регулювання інших відносин, що вимагають обробки його персональних даних відповідно до вимог чинного законодавства України, в тому числі, з метою пропонування будь-яких нових страхових послуг та/або встановлення ділових відносин між Страхувальником та Страховиком на підставі цивільно-правових договорів, предмет яких є відмінним від предмету даного Договору. Обсяг персональних даних, щодо яких здійснюється процес обробки персональних даних та які можуть бути включені до баз персональних даних Страховика, визначається Сторонами, як будь-яка інформація про Страхувальника, що стала відома Страховику при встановленні відносин із Страхувальником, а також в процесі виконання умов Договору(ів). Підписанням Договору страхування Страхувальник також надає свою згоду на внесення змін до персональних даних за його вимогою, а також за зверненням інших суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними. Згода Страхувальника на обробку персональних даних, що надана останнім згідно з умовами цього пункту не вимагає здійснення письмових повідомлень про зміну чи знищення персональних даних або обмеження доступу до них.

Підписанням Індивідуальної частини Договору страхування, Страхувальник підтверджує, що його повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, повідомлено про мету збору даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

13.2. Страхувальник, одержувач страхового відшкодування, Застрахована особа, потерпілий надає дозвіл (згоду) на здійснення використання відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом (Страховик здійснює приймання, оброблення, зберігання, надсилання електронних документів та інформації, потрібної для створення електронних документів, з дотриманням вимог законодавства України щодо захисту персональних даних, таємниці страхування, комерційної таємниці, таємниці фінансового моніторингу).

13.3. Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору страхування Страховиком надана вся необхідна та повна інформація в порядку та обсязі відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» (в тому числі статті 86, 87 та 88), підписанням Індивідуальної частини договору, Страхувальник підтверджує, що йому у повному обсязі надана доступна та вичерпна інформація про страховий продукт, інформація про Страховика та страхового посередника (за наявності), шляхом надання посилання https://respectins.com/about_respect-3/ <https://respectins.com/tur/> , а рішення укласти договір прийнято усвідомлено.

13.4. Підписанням Індивідуальної частини Договору страхування Страхувальник підтверджує, що він ознайомив Застраховану(их) особу(ів) з умовами Договору страхування та отримав її (їх) згоду на страхування до моменту укладення Договору страхування, порядок абз. 2 частини 2 ст. 90 ЗУ «Про страхування» не застосовується; Страхувальник підтверджує свій обов'язок повідомити Застраховану(их) особу(ів) про факт укладання Договору; надає згоду на розкриття медичними працівниками інформації Страховику або уповноваженій ним особі щодо стану здоров'я Страхувальника та/або Застрахованої особи та знімає з медичних працівників відповідальність за збереження лікарської таємниці.

13.5. Місцем укладання та виконання Договору (місцем виконання зобов'язання) є місцезнаходження Страховика, а саме: юридична адреса Страховика, підсудність.

13.6. Сукупність інформації про клієнта (страхувальника) та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням цього Договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту (страхувальнику) є таємницею страхування. Страховик, особи, які входять до складу органів управління та контролю страховика, аудитори, відповідальні актуарії, інші особи, які є працівниками страховика, страхові посередники та їх працівники, інші особи, яким страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, зобов'язані забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з чинним законодавством.

13.7. Страховик здійснює ідентифікацію та верифікацію Страхувальника у способи та у випадках, передбачених чинним законодавством у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення та нормативно-правовими актами НБУ з питань фінансового моніторингу.

13.8. Усі повідомлення між Страховиком та Страхувальником вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені одним із способів:

- на електронну адресу, зазначену Страхувальником в заяві при укладенні Договору страхування. При цьому Сторони погоджуються, що зазначення електронної адреси Страхувальника у заяві є його згода на отримання будь-якої інформації від Страховика, зокрема, виключно серед іншого, комерційні електронні повідомлення, надіслані з метою реалізації правовідносин у сфері електронної комерції та виконання умов Договору страхування;

- SMS-повідомленням за номером телефону, зазначеним при укладенні Договору страхування;

- рекомендованим листом, за адресами, зазначеними при укладенні Договору страхування;

- кур'єром за адресами, зазначеними при укладенні Договору страхування, з оплатою послуг доставки стороною – відправником повідомлення;

- службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною(-ним) відповідно до умов Договору страхування;

- аудіозвернень до Асистансу Страховика та звернень представників Асистансу до Страхувальника;

- шляхом доступу до сервісів обміну та підписання електронних первинних документів, з використанням електронного простого підпису фізичної особи. Інформація щодо порядку доступу та посилання на сервіс обміну та підписання електронних первинних документів, надається Страхувальнику Страховиком або Асистансом за телефонами, вказаними в Договорі страхуванні;

- копій документів за допомогою месенджерів в порядку та випадках, передбачених умовами Договору страхування з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору страхування.

13.9. Ці Загальні умови страхового продукту починають свою дію з **11.09.2025 р.**

13.10. Строк дії даних Загальних умов страхового продукту - безстроковий.

13.11. Зміни до Загальних умов страхового продукту вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким же чином, як і нові загальні умови страхового продукту.

13.12. Із введенням в дію нової редакції загальних умов страхового продукту попередня редакція таких загальних умов припиняє дію. Нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції загальних умов.

13.13. Договір, укладений за попередньою редакцією Загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії.

13.4. Договір страхування це документ, який містить таємницю страхування.

Додаток №1 до Загальних умов страхового продукту «Комплексне страхування подорожуючих за кордон»

Таблиця 1. 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.	<i>Перелом кісток черепа:</i>	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
2.	<i>Внутрішньочерепні травматичні гематоми:</i>	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3.	<i>Ушкодження головного мозку:</i>	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 3 до 13 днів	3
	б) струс головного мозку при терміні лікування від 14 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10
	г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики)	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. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснена за одним з підпунктів, яким враховане найтяжче ушкодження. При ушкодженнях, вказаних в різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
4.	<i>Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:</i>	
	а) астеничного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років	5
	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	10
	в) епілепсії	15
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	д) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
	е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції)	70
	з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів	100
	Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними у п. 4, виплачується за одним з підпунктів, 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, 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 шляхом підсумовування. 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 шляхом підсумовування.	
5.	<i>Переферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів</i>	10
	Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст. 1. Стаття 5 при цьому не застосовується.	

6.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:	
	а) струс	5
	б) забій	10
	в) здавлення, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний перерив спинного мозку	100
	Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата була здійснена за ст. 6 (а, б, в, г), а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст. 4, які підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, то страхова виплата за ст. 4 здійснюється додатково до виплаченої раніше. 2. Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, то додатково виплачується 15 % від страхової суми, одноразово.	
7.	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів)	5
8.	Ушкодження (перерив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетіння	40
	в) перерив сплетіння	70
	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.	
9.	Перерив нервів:	
	а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового 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: ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не дає підстав для отримання страхової виплати.	
	Органи зору	
10.	Параліч акомодатії одного ока.	15
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).	15
12.	Звуження поля зору одного ока:	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	20
14.	Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору:	
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема	5
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм	15
	в) опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки ока I ступеня	3
	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. 3. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.	
15.	Ушкодження сльозопровідних шляхів одного ока:	
	а) які не призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів	5
	б) які призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів	10
16.	Наслідки травми ока:	
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт	5

	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 лікарь-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 0,01.	100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.	10
19.	Перелам орбіти.	10
20.	Зниження гостроти зору.	Табл. 1.1.
	Примітки: 1. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймаються після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за ст. 14, 15 а ,19. 2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого ока. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнює 1,0. 3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, то слід вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0. 4. У випадку, коли у зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталик або застосована коригуюча лінза, то страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.	
	Органи слуху та органи дихання.	
21.	Ушкодження вушної раковини, що призвели до:	
	а) переламу хряща	3
	б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини	5
	в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини	10
	г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини	30
	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.	
22.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5
	б) шепітна мова на відстані до 1 м	15
	в) цілковита глухота (розмовна мова - 0)	25
	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) .	
23.	Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху.	5
	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.	
24.	Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:	
	а) гострого гнійного	3
	б) хронічного	5
	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.	

25.	<i>Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки.</i>	5
	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.	
26.	<i>Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:</i>	
	а) з однієї сторони	5
	б) з обох сторін.	10
	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.	
27.	<i>Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до:</i>	
	а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми)	10
	б) видалення долі, частини легені	40
	в) видалення однієї легені	60
	Примітка. При здійсненні страхової виплати за статтею 27(б, в) стаття 27 а не застосовується.	
28	<i>Перелом грудини.</i>	5
29	<i>Перелом ребер:</i>	
	а) одного ребра	5
	б) кожного наступного ребра	3
	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. 3. Якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість ушкоджених ребер, то страхова виплата здійснюється з врахуванням більшого числа ребер.	
30	<i>Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:</i>	
	а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії	5
	б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини	15
	г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	10
	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 .	
31.	<i>Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції</i>	5
	Примітка. Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія (трахеостомія), то додатково виплачується 5% від страхової суми.	
32.	<i>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:</i>	
	а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми	10
	б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми	20
	Примітка. Страхова виплата за ст. 32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою за ст. 31. У випадку, якщо Страховальник (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.	
	Серцево-судинна система.	
33.	<i>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності</i>	25

34.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності:	
	а) I ступеня	10
	б) II-III ступеня	25
	Примітка. Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а.	
35.	Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу	20
	Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерію, 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, стегнові та підколінні вени. 2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста. 3. 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. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 10% від страхової суми.	
	Органи травлення.	
37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5
	б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
	Примітки: 1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, великих кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово .	
38.	Звичайних вивих щелепи.	10
	Примітка. При звичному вивиху нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої за ст. 37, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної в період дії договору страхування, та протягом трьох років після неї. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.	
39.	Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40
	б) щелепи	80
	Примітки: 1. При здійсненні страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості. 2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася пошкодженням інших органів ротової порожнини, страхова виплата визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування. 3. При здійсненні страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється .	
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	10
	б) відсутності дистальної третини язика	15
	в) відсутності язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика	60
42.	Ушкодження зубів, що призвело до:	
	а) злам коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня), вивиху зуба	3
	б) втрата 1 зуба	5
	в) втрата 2-3 зубів	10

	г) втрата 4-6 зубів	15
	д) втрата 7-9 зубів	20
	е) втрата 10 і більше зубів	25
	<p>Примітки:</p> <p>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.</p> <p>2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати, яка повинна бути здійснена, визначається за ст. 37 та ст. 42 шляхом підсумовування.</p> <p>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.</p> <p>5. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах за ст. 42. У випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.</p>	
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	25
	другого ступеня	30
	третього ступеня	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми) , а також стан після пластики стравоходу	100
	<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>	
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:	
	а) холециститу, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту	5
	б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору	10
	в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності	25
	г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози	50
	д) протиприродного заднього проходу (колостоми)	100
	<p>Примітки:</p> <p>1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах у ст. 45 (а, б, в), страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми, а передбачені в ст. 45 (г, д) - 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 підпункті статті, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	
46.	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.	10
	<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>	
47.	Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатозу	5

	б) печінкової недостатності	20
48.	<i>Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:</i>	
	а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура	15
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки	25
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура	35
49.	<i>Ушкодження селезінки, що призвело до:</i>	
	а) підкапсульного розриву селезінки, що потребував оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30
50.	<i>Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечнику, брижі, що призвели до:</i>	
	а) утворення псевдокісти підшлункової залози	20
	б) резекції шлунку, кишечнику, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунку	60
	Примітка. При наслідках травми, які перелічені в одному підпункті, страхова виплата здійснюється одноразово . Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
51.	<i>Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені:</i>	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5
	б) лапаротомія при підозрі на пошкодження органів живота (в тому числі, з лапароскопією, лапароцентезом)	10
	в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	10
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати за ст. 47-50, то ст. 51 (крім підпункту 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 ст. 51 в, одноразово . 3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статеві системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5%.	
	Сечовидільна та статеві системи.	
52.	<i>Ушкодження нирки, що призвели до:</i>	
	а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання	5
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
53.	<i>Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до:</i>	
	а) циститу, уретриту	5
	б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу	10
	в) зменшення об'єму сечового міхура	15
	г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	25
	д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розм'ягчення), хронічної ниркової недостатності	30
	е) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів	40
	Примітки: 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, процент від страхової суми, що підлягає виплаті, визначається за одним з підпунктів 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 строку страхова виплата здійснюється за ст. 52 або 55а і цей процент не враховується при прийнятті остаточного рішення.	
54.	<i>Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:</i>	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості)	10
	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 .	
55.	<i>Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:</i>	

	а) поранення, розрив	5
	б) згвалтування особи у віці:	
	до 15 років	50
	від 15 до 18 років	30
	від 18 років і старше	15
56.	<i>Ушкодження статевої системи, що призвело до:</i>	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена	30
	в) втрати матки у жінок віком:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	від 50 і старше	15
	г) втрати статевого, члена, в т.ч. разом з яєчками у чоловіків віком:	
	до 50 років	80
	50 років і старше	40
	М'які тканини	
57.	<i>Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підчелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоєння до:</i>	
	а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см	3
	б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше	5
	в) значного порушення косметичного вигляду	10
	г) різкого порушення косметичного вигляду	30
	д) спотворення.	70
	Примітки:	
	<i>1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини.</i>	
	<i>Спотворення – це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів.</i>	
	<i>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.</i>	
	<i>3. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підчелепної 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.</i>	
58.	<i>Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:</i>	
	а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше	3
	б) від 5,0 кв. см до 0,5 % поверхні тіла	5
	в) від 0,5 % до 2,0% поверхні тіла	10
	г) від 2,0 % до 4,0% поверхні тіла	15
	д) від 4,0 % до 6,0% поверхні тіла	20
	є) від 6,0 % до 8,0% поверхні тіла	25
	ж) від 8,0 % до 10%поверхні тіла	30
	з) від 10% до 15% поверхні тіла	35
	і) від 15 % та більше	40
	Примітки:	
	<i>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'ястих кісток (без урахування I пальця).</i>	
	<i>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</i>	
	<i>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), пункт 58 не застосовується.</i>	
59.	<i>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:</i>	
	а) від 1 % до 2 % поверхні тіла	3
	б) від 2% до 10% поверхні тіла	5
	в) від10%до15% поверхні тіла	10
	г) від 15 % і більше	15
	Примітки. <i>Рішення про проведення страхової виплати за статтями 57, 58, 59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхнь ран але не раніше ніж через 1 місяць після травми.</i>	
	<i>2. Загальна сума виплат за пунктом 58 і 59 не повинна перевищувати 40%.</i>	
60.	<i>Опікова хвороба</i>	10
	Примітки: <i>страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.</i>	
61.	<i>Ушкодження м'яких тканин:</i>	

	а) невидалені сторонні тіла	3
	б) м'язова грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см	5
	в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття аутотрансплантата, розрив м'язів	7
	Примітки. 1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язовою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1 місяця з дня травми. 2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом. 66 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.	
	Хребет	
62.	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка):	
	а) одного-двох	20
	б) трьох-п'яти;	30
	в) шести і більше	40
63.	Розрив міжхребцевих зв'язок (при терміні лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка).	5
	Примітки: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.	
64.	Перелом остистого або поперекового відростка:	
	а) одного-двох	5
	б) трьох і більше	10
65.	Перелом крижів	10
66.	Ушкодження куприка:	
	а) підвивих куприкових хребців	3
	б) вивих куприкових хребців	5
	в) перелом куприкових хребців	10
	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, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування. 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 .	
	Верхня кінцівка. Лопатка та ключиця.	
67.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудино - ключичного зчленувань:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці	10
	в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування	15
	г) незрощений перелом (псевдосуглоб)	15
	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, рішення про проведення страхової виплати за ст. 58 приймається за результатами лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. 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 .	
	Плечовий суглоб	
68.	Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки):	
	а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча;	5
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;	10
	в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) перелоמו-вивих плеча;	15
69.	Ушкодження плечового поясу, що призвели до:	
	а) звичного вивиху плеча	15
	б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу)	20
	в) "бовтаючогося" плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	40

	<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>	
	Плече	
70.	Перелом плечової кістки:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15
	б) подвійний перелам	20
71.	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)	45
	<p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за пункт 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>	
72.	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:	
	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	80
	б) плеча на будь-якому рівні	75
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100
	Примітка: якщо страхова виплата проводиться за пункт 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
	Ліктьовий суглоб	
73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:	
	а) гемартроз, пронаційний підвих передпліччя	3
	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
	г) перелом плечової кістки	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.	20
	Примітка: у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 73, страхова виплата проводиться у відповідності з підпунктом, який враховує найтяжче ушкодження.	
74.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);	25
	б) "бовтаючогося" ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	40
	<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>	
	Передпліччя	
75.	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):	
	а) перелом, вивих однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30
	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 закінченню 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.	
77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі	70
	в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100

	Примітки: 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 . 2. Якщо страхова виплата проводиться за пунктом 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться .	
	Променевоzap'ястний суглоб	
78.	Ушкодження ділянки променевоzap'ястного суглоба:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перілунарний вивих кисті	15
79.	Ушкодження ділянки променевоzap'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі.	15
	Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променево-zap'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 променевоzap'ястного суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.	
	Кисть	
80.	Перелом або вивих кісток зап'ястя, п'ястих кісток однієї кисті:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більше кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, перелоמו-вивих кисті	15
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводилися 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'ястих кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	
81.	Ушкодження кисті, що призвело до:	
	а) незрошеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ястих кісток зап'ястя або променевоzap'ястного суглоба	65
	в) ампутації єдиної кисті	100
	Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрошеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ястих 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 підтверджене довідкою цього закладу.	
	Пальці кисті. Перший палець	
82.	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів пальця	3
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію	5
	Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово .	
83.	Ушкодження пальця, що призвели до:	
	а) відсутності рухів в одному суглобі	10
	б) відсутності рухів у двох суглобах	15
	Примітки: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функцій 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.	
84.	Пошкодження пальця, що призвело до:	
	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	5
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги	10
	в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги)	15
	г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
	д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною	25

	Примітка: якщо страхова виплата проведена за ст. 84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.	
	Другий, третій, четвертий, п'ятий пальці	
85.	<i>Ушкодження одного пальця, що призвело до:</i>	
	а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів пальця	3
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію	5
	Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.	
86.	<i>Ушкодження пальця, що призвело до:</i>	
	а) відсутності рухів у одному суглобі	5
	б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця	10
	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.	
87.	<i>Ушкодження пальця, що призвело до:</i>	
	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	3
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги	5
	в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг	10
	г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця	15
	д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її	20
	Примітки: 1. Якщо страхова виплата проведена за ст. 87, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться. 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 65% для однієї кисті та 100 % для обох кистей.	
	Таз	
88.	<i>Ушкодження таза:</i>	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки	10
	в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань	15
	Примітка: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	
89.	<i>Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:</i>	
	а) у одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40
	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.	
	Нижня кінцівка. Тазостегновий суглоб	
90.	<i>Ушкодження тазостегнового суглоба:</i>	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
	б) ізольований відрив вертела (вертелів)	10
	в) вивих стегна	15
	г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна	25
	Примітки: 1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата проводиться у відповідності до одного з підпунктів, який передбачає найважчі ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	
91.	<i>Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:</i>	
	а) відсутність рухів (анкілозу)	20
	б) незрощеного перелому шийки стегна	30
	в) ендопротезування	40
	г) "бовтаючогося" суглоба внаслідок резекції головки стегна	45

	Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у ст. 91, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою суглоба. 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.	
	Стегно	
92.	Перелом стегна:	
	а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина)	20
	б) подвійний перелом стегна	30
93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому	30
	Примітки: 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 . 2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	
94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:	
	а) однієї кінцівки	70
	б) єдиної кінцівки	100
	Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться .	
	Колінний суглоб	
95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба:	
	а) гемартроз, вивих надколінника	3
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки маломілкової кістки, пошкодження меніска	5
	в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування	10
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою маломілкової	15
	д) перелом відростків стегна, вивих гомілки	20
	є) перелом дистального метафіза стегна	25
	ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	30
	Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з підпунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово .	
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі	20
	б) "бобтаючогося" колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	30
	в) ендопротезування	40
	Примітка: страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.	
	Гомілка	
97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) :	
	а) маломілкової, відриви кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом маломілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15
	Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах маломілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах маломілкової кістки у верхній або середній третині 2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневному суглобі і перелом маломілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата проводиться за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97 шляхом підсумовування.	
98.	Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів):	
	а) маломілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20

	Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 98 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переламом 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. 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 .	
99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації гомілки на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляції в колінному суглобі	70
	в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
	Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться .	
	Гомілковоступневий суглоб	
100.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:	
	а) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
	б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки	15
	Примітки: 1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово . 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово .	
101.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:	
	а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі	20
	б) “бовтаючогося” гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його)	40
	в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі.	50
	Примітка: якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в ст. 101, страхова виплата проводиться за одним з підпунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок.	
102.	Ушкодження ахіллової сухожилка:	
	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15
	Стопа	
103.	Ушкодження стопи:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка)	15
	Примітки: 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 . 2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.	
104.	Ушкодження стопи, що призвело до:	
	а) незрошеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) незрошеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток	15
	в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка) ампутації на рівні:	20
	г) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи)	30
	д) плюсневих кісток або передплюсни	40
	є) таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи)	50
	Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами 104 (а, б, в), 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 підпунктами (г, д, є) - незалежно від строку, що минув після травми.	
	Пальці стопи	
105.	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків):	
	а) одного пальця, крім першого	3
	б) двох-трьох пальців або першого	5
	в) чотирьох пальців (II-V)	10
	Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання,	

	<i>додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.</i>	
106.	<i>Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:</i>	
	першого пальця	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба	10
	другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	10
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
	е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	20
	Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться . 2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово .	
107.	<i>Ушкодження, що призвело до:</i>	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки	5
	в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту	10
	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.№195. 2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.	
108.	<i>Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.</i>	5
	Примітка: страхова виплата за пунктом 108 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.	
109.	<i>Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні:</i>	
	а) 2 - 6 днів	5
	б) 7 -13 днів	7
	в) 14 і більше днів	10
	Примітка: якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 109, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова виплата за відповідними статтями Таблиці з урахуванням встановлених в них строків.	
	Відмороження	
110.	<i>Загальне охолодження організму (шок):</i>	
	а) на повітрі	5
	б) на воді	10
111.	<i>Відмороження:</i>	
	а) I ступеня	5
	б) II ступеня	10
	в) III ступеня	15
	г) IV ступеня	20
112.	<i>Ускладнення при III- IV ступені відмороження:</i>	
	1. Місцевого характеру:	
	а) ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнойна)	7
	б) ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, зміна тактильної чутливості)	10
	2. Загального характеру:	
	а) пневмонія	10
	б) сепсис	20
	в) емболія	10
	г) гострий міоглобінурійний невроз	10
	3. Відторгнення органу (ніс, вушні раковини, статевий член):	
	1) Часткове:	
	а) вушної раковини	10
	б) від 1/3 до 2/3 носу	20
	в) статевого члену	20
	2) Повне:	
	а) вуха	20
	б) носу	30
	в) статевого члену	40
	Термічні та хімічні опіки*	
113.	<i>Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12 % поверхні тіла</i>	5
114.	<i>Глибокі ушкодження (ШБ, IV ступеня) на площі до 6 % поверхні тіла</i>	5

Додаток №1 до Наказу ПРАТ «СК «РЕСПЕКТ» №62 від 10.09.2025 р.

115.	Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10
116.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
117.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, 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 10 днів	3

Примітка: отримання внаслідок травми рани до 1 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.
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	0.7	нижче 0,1	30
	0.8	5		0.0	40
	0.7	7			
	0.6	10	0.6	0.5	5
	0.5	12		0.4	7
	0.4	15		0.3	10
	0.3	20		0.2	12
	0.2	25		0.1	15
	0.1	30		нижче 0,1	20
	нижче 0,1	40		0.0	25
	0.0	50			
			0.5	0.4	5
0.9	0.8	3		0.3	7
	0.7	5		0.2	10
	0.6	7		0.1	12
	0.5	12		нижче 0,1	15
	0.4	15		0.0	20
	0.3	20			
0.2	25	0.4	0.3	5	
0.1	30		0.2	7	
нижче 0.1	40		0.1	10	
0.0	50		нижче 0,1	15	
			0.0	20	

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

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.

В документі пронумеровано, прошито та
скріплено печаткою 05 аркушів.

Голова Правління
ПрАТ «СК «РЕСІВІКТ» Сілов А.Д.

