

Загальні умови страхового продукту
«Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)»
Публічна частина Договору страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку
«Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)»

Частина 2

Пропозиція на укладення Договору страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку за страховим продуктом «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)».

Ця Пропозиція Акціонерного товариства «Страхова компанія «Країна» адресується клієнтам АТ «А-БАНК» укласти із Товариством Договір страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку.

1. Страховик	Акціонерне товариство «Страхова компанія «Країна» (АТ «СК «КРАЇНА») , яке у подальшому іменується «Страховик» 04176, м. Київ, вул. Електриків, буд. 29-А Код ЄДРПОУ 20842474 ПІН 208424726560 Витяг з реєстру платників ПДВ №2326564500578 Реєстраційний номер в Реєстрі фінансових установ: 11101172 IBAN UA443534890000026505000000025 в АТ «АСВІО БАНК», МФО 353489 Платник податку на прибуток на загальних підставах тел.: (044) 5904800, (044) 5904801, 0800 500467, 890 з мобільного (цілодобово) www.krayina.com
2. Страхувальник	Дієздатні фізичні особи, клієнти АТ «А-БАНК», які уклали із Страховиком Договір страхування або є Страхувальниками відповідно до законодавства. Страховик та Страхувальник далі разом іменуються «Сторони», а кожен окремо – «Сторона»
3. Вигодонабувач	Визначений в Індивідуальній частині Договору (Частині 1)
4. Дата укладання	Визначена в Індивідуальній частині Договору (Частині 1)
5. Введення редакції в дію	Ця редакція Загальних умов страхового продукту «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)», що є Публічною частиною Договору страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку (Частина 2), діє з 06.08.2026 р. та припиняє свою дію з введенням у дію нової редакції або скасування Загальних умов страхового продукту «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)».
6. Клас страхування, ризик	Клас страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», ризик у межах класу страхування – страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання. Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – страхування на випадок хвороби.
7. Місце укладення Договору	04176, м. Київ, вул. Електриків, 29-А
8. Предмет договору страхування	Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.
9. Об'єкти страхування	Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованих осіб. Інформація про Застрахованих осіб визначається в Індивідуальній частині (Частині 1) Договору.
10. Обмеження особливості страхового продукту	10.1. Застрахованою особою не може бути особа: 10.1.1. віком до 1 року або 70 років і більше на момент укладання Договору; 10.1.2. яка досягла 70 років в період дії Договору (застосовується після завершення оплаченого періоду страхування, в якому Застрахована особа досягла 70 років); 10.1.3. визнана у встановленому законом порядку недієздатною;

	10.1.4. з інвалідністю I групи, дитина з інвалідністю; хвора на тяжкі неврологічні та тяжкі психічні захворювання, зокрема порушення мозкового кровообігу, пухлин/и головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, паркінсонізм; СНІД, ВІЛ-інфекцію; тяжкі (декомпенсовані) форми захворювань серцево-судинної системи; гепатит, крім гепатиту А, цироз печінки; туберкульоз, важку форму цукрового діабету, злоякісні новоутворення; хронічну ниркову недостатність; захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами; 10.1.5. яка знаходиться на обліку в психоневрологічних, наркологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом; 10.1.6. яка знаходиться в місцях позбавлення/обмеження волі. 10.2. В разі, якщо за будь-яких обставин, Застрахованими особами виявилися особи, зазначені в п. 10.1 цього Розділу Загальних умов, то Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладання, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страхова премія підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та за умови надання Страхувальником банківських реквізитів для здійснення такого повернення.
11. Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	11.1. Аматорський (любительський) спорт – безоплатний напрям діяльності у спорті, в якому відсутній дохід у будь-якій формі та спеціальна фізкультурно-оздоровча чи спортивна освіта. 11.2. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства. 11.3. Під «воєнними діями» в Договорі розуміється: 11.3.1. дії мін, торпед, бомб, гранат, снарядів, ракет, безпілотних літальних апаратів, вогнепальної зброї, в тому числі саморобної зброї незалежно від цілі її призначення, інших будь-яких бойових припасів та/або знарядь війни, бойових машин, танків; дій військових та інших формувань (збройних, воєнізованих тощо), окремих військовослужбовців чи найманців, які призвели до ушкодження здоров'я Застрахованої особи; 11.3.2. дії будь-яких вибухових речовин або пристроїв, що сталися під час та/або внаслідок військових, бойових дій та були використані з метою завдання шкоди здоров'ю або життю людей. 11.4. Госпіталізація/лікування в умовах стаціонару/стаціонарне лікування – цілодобове перебування та проходження курсу лікування протягом більше ніж 24 години в закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), акредитованих в Національній службі здоров'я України (перелік таких ЗОЗ можна перевірити за посиланням https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard), що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі - ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - ТМД), а саме: багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування (далі - ЛІЛ) першого та другого рівнів, багатопрофільні дитячі лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (далі - ДитЛІЛ), лікарні відновлювального лікування (далі - ЛВЛ), лікарні планового лікування (далі - ЛПЛ), хоспіси, спеціалізовані медичні центри (далі - СМЦ), багатопрофільні обласні лікарні (клінічні лікарні), багатопрофільні обласні дитячі лікарні (клінічні лікарні), високоспеціалізовані медичні центри (за напрямками). Скерування на госпіталізацію до закладу ВМД чи ТМД передбачає заповнення лікарем або медичним працівником служби екстреної (швидкої) медичної допомоги відповідного напрямлення на госпіталізацію (консультацію), що зареєстроване в обліковій системі ЗОЗ та може бути перевірено Страховиком в е-HEALTH. Не вважаються «госпіталізацією/лікуванням в умовах стаціонару/стаціонарним лікуванням» лікування в умовах денного стаціонару, стаціонару вдома, будь-якого іншого виду амбулаторного лікування.

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

11.6. **Декомпенсація** - порушення нормального функціонування окремого органу, системи органів або всього організму, настає внаслідок вичерпання можливостей або порушення роботи пристосувальних механізмів.

11.7. **Договір (Договір страхування)** – Договір страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку, який викладено в Частині 1 (Індивідуальна частина договору страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)) та Частині 2 (Загальні умови страхового продукту «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)), що є Публічною частиною договору страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку), які є його складовими та невід'ємними частинами, які не діють кожна окремо.

11.8. **Екстремальний спорт та екстремальний відпочинок/розваги** - заняття спортивними дисциплінами або розважальними активностями, які характеризуються високим ступенем небезпеки для життя та здоров'я Застрахованої особи.
Екстремальний спорт та екстремальний відпочинок/розваги включає, але не обмежується: автомобільний або моторизований спорт із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, повітряний спорт, розваги з вільним падінням (в тому числі стрибки з висоти на мотузці, з парашутом, стрибки зі скель у воду), екстремальні спуски (троллей, зіплайн), альпінізм, спелеологія з використанням спеціального спорядження, бойові види мистецтва (в тому числі бокс, кікбоксинг, карате), дайвінг (глибше, ніж на 18 м), стрільба (в тому числі пейнтбол, страйкбол).

11.9. **Загострення захворювання** - 1) стадія перебігу хвороби, гострого або хронічного стану, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових; 2) стадія хронічного перебігу захворювання, що характеризується посиленням хворобливої симптоматики і появою нових ознак, обумовлених стереотипом розвитку хвороби, її динамікою.

11.10. **Застрахована особа (ЗО)** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника.

11.11. **ІКС (Інформаційно-комунікаційна система)** – сукупність інформаційних та комунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страхувальником або його страховим посередником для укладання договорів страхування відповідно до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

11.12. **Компенсація** - механізм, спрямований на пристосування організму до факторів ризику і захворювань, що діє до певного моменту.

11.13. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, спадкоємця) подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи.

11.13.1. Під заподіянням шкоди 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 (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками тощо.

11.13.2. До факторів 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, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо.

11.14. **Період очікування страхового випадку** – проміжок часу від дати початку дії Договору страхування (або дати відновлення відповідальності Страховика після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування), протягом якого будь-яка хвороба, яку було діагностовано, або перші симптоми якої були зафіксовані в медичних документах, не будуть підставою для отримання будь-яких виплат по Договору і протягом строку дії Договору. При подальшій пролонгації строку дії Договору щодо Застрахованої особи період очікування не застосовується, якщо після припинення Договору та пролонгацією строку його дії не було перерви.

11.15. **Період страхування** - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування в межах загального строку дії Договору. У разі, якщо період страхування визначений як один місяць, такий період страхування обчислюється від відповідної календарної дати поточного місяця до дня, що передує відповідній календарній даті наступного місяця, включно.

11.16. **Професійний спорт** - будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за грошову винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.

11.17. **Ремісія** - період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів).

11.18. **Розлад здоров'я (захворювання)** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

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

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

11.21. **Страховий захист** - це сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами Договору страхування щодо захисту страхових інтересів Страхувальників (інших осіб, визначених в Договорі страхування).

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

11.23. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору або закону.

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

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

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

	11.27. Субкомпенсація - одна зі стадій захворювань, під час якої клінічні симптоми поступово наростають і самопочуття погіршується. 11.28. Хронічне захворювання – це хвороба, яка протікає тривалий час, частіше, супроводжує людину все життя, а її симптоми можуть посилюватися або послаблюватися з плином часу, що залежить також від ефективності лікування. Можливі періоди загострень і ремісій, компенсації, субкомпенсації і декомпенсації.
12. Умови страхового покриття за договором страхування	12.1. Страховий ризик: 12.1.1. за класом страхування 1 – нещасний випадок, що з певною ймовірністю може відбутись в період дії Договору страхування, наслідком якого є розлад здоров'я Застрахованої особи та/або її смерть (загибель). 12.1.2. за класом страхування 2 - виникнення у Застрахованої особи хвороби, що передбачена Переліком хвороб, визначеному Додатком 2 до Частини 2 Договору (далі – Перелік хвороб). 12.2. Страховий випадок: 12.2.1. за класом страхування 1 - події, які сталися внаслідок настання страхового ризику, передбаченого п. 12.1.1. Частини 2 Договору, протягом строку дії страхового покриття та Договору, що підтверджено документально і не є обмеженням страхування чи винятком зі страхових випадків, а саме: 12.2.1.1. смерть (загибель) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (визнається страховим випадком, якщо смерть настала протягом строку, що не перевищує 6 (шість) місяців від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати припинення дії Договору); 12.2.1.2. травматичне ушкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що передбачений в Таблиці страхових виплат, затвердженій Додатком 1 до Частини 2 Договору (далі - Таблиця страхових виплат); 12.2.2. за класом страхування 2 - події, які сталися внаслідок настання страхового ризику, передбаченого п. 12.1.2. Частини 2 Договору, протягом строку дії страхового покриття та Договору, що підтверджено документально і не є обмеженням страхування чи винятком зі страхових випадків, а саме: 12.2.2.1. смерть Застрахованої особи внаслідок виникнення у Застрахованої особи хвороби, що передбачена Переліком хвороб (визнається страховим випадком за умови, якщо хвороба/-би вперше виявлена/-і протягом строку дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Переліком хвороб, якщо така смерть Застрахованої особи настала протягом строку дії Договору та між хворобою і смертю Застрахованої особи встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок); 12.2.2.2. захворювання Застрахованої особи відповідно до Переліку хвороб (визнається страховим випадком, якщо захворювання було діагностовано вперше під час дії Договору, виникло після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Переліком хвороб, що підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку); 12.2.2.3. перенесене Застрахованою особою хірургічне втручання відповідно до Переліку хвороб (визнається страховим випадком якщо захворювання, зазначене в Переліку хвороб, було діагностовано вперше протягом дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, зазначеного в Переліку хвороб, та хірургічне втручання було проведено протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня встановлення діагнозу, що підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку). 12.3. Період очікування страхового випадку встановлюється в календарних днях та становить:

	12.3.1. за страховим ризиком згідно п. 12.1.1. Частини 2 Договору – 7 (сім) календарних днів; 12.3.2. за страховим ризиком згідно п. 12.1.2. Частини 2 Договору – встановлюється щодо кожної з хвороб та перенесених хірургічних втручань та зазначений в Переліку хвороб. 12.3.3. При подальшій пролонгації строку дії Договору щодо Застрахованої особи період очікування страхового випадку не застосовується, якщо після припинення дії Договору та пролонгацією його дії не було перерви. 12.4. Договір укладається за одним з наступних Варіантів страхування: 12.4.1. «Стандарт» - передбачає стандартне страхове покриття, без додаткового включення до страхового покриття страхових випадків, визначених п.п. 12.4.2., 12.4.3., 12.4.4. Частини 2 Договору; 12.4.2. «Спорт» - передбачає додаткове включення до страхового покриття нещасних випадків, що сталися під час заняття спортом, в тому числі участі Застрахованої особи у спортивних змаганнях та конкурсах, крім конкурсів і змагань в межах занять «професійним спортом». 12.4.3. «Воєнні ризики» - передбачає додаткове включення до страхового покриття нещасних випадків, що сталися внаслідок воєнних дій з застрахованою особою, крім застрахованої особи, яка на момент настання страхового випадку є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та/або військовослужбовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших військових формувань, служб, підрозділів, незалежно від форми та способу їх утворення. У випадку зміни статусу території постійного перебування Застрахованої особи на таку, що не підпадає під територію дії Договору страхування (початок блокування, окупація території постійного перебування Застрахованої особи), умовами цього Варіанту страхування передбачено надання страхового покриття протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати такої зміни статусу території. По закінченню тридцятиденного періоду страхове покриття за Договором страхування припиняється, якщо Застрахована особа продовжує перебувати на такій території. Дія Варіанту страхування «Воєнні ризики» також поширюється на випадки визнання Застрахованої особи в судовому порядку померлою (або щодо якої в судовому порядку встановлено факт смерті) у разі настання випадку в результаті воєнних дій та/або під час воєнних дій і якщо дата смерті відповідно до рішення суду мала місце в період дії Договору та за умови дотримання інших умов, передбачених п. 12.4.3. Частини 2 Договору; 12.4.4. «Спорт + Воєнні ризики» - передбачає додаткове включення до страхового покриття страхових випадків, визначених в п. 12.4.2. та 12.4.3. Частини 2 Договору. 12.4.5. Варіант страхування зазначається Страхувальником в п. 5.3. Частини 1 Договору. 12.5. Територія дії Договору - Україна, крім території Луганської, Донецької областей, Автономної Республіки Крим та/або тимчасово окупованих територій російською федерацією, та/або територій, які вийшли з-під контролю органів державної влади України, та/або територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження. 12.6. Страхова сума - визначається у п. 6.1. Частини 1 Договору. Страхова сума обирається Страхувальником при укладенні Договору, відповідно до Програм страхування: • програма «Мінімальна» - 50 000,00 (п'ятдесят тисяч гривень 00 коп.) грн.; • програма «Оптимальна» - 75 000,00 (сімдесят п'ять тисяч гривень 00 коп.) грн.; • програма «Максимальна» - 100 000,00 (сто тисяч гривень 00 коп.) грн.
--	---

- 12.7. Страхова сума є агрегатною, тобто розмір страхової суми після страхової виплати зменшується на розмір здійсненої виплати.
- 12.8. Ліміт відповідальності Страховика за кожним страховим випадком встановлюється в розмірі страхових виплат відповідно до Таблиці страхових виплат та Переліку хвороб.
- 12.9. **Франшиза** – не застосовується.
- 12.10. **Розмір страхового тарифу** за Договором вказується в п. 6.2. Частини 1 Договору.
- 12.11. Річний страховий тариф визначається залежно від Варіанту страхування та віку Застрахованої особи в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Річний страховий тариф за Варіантом страхування*, % страхової суми			
	«Стандарт»	«Спорт»	«Воєнні ризики»	«Спорт + Воєнні ризики»
від 1 до 30 років включно	1,776%	2,064%	2,352%	2,640%
від 31 до 40 років включно	2,496%	2,784%	3,072%	3,360%
від 41 до 50 років включно	2,976%	3,264%	3,552%	3,840%
від 51 до 60 років включно	4,416%	4,704%	4,992%	5,280%
від 61 до 69 років включно	6,576%	6,864%	7,152%	7,440%

* Відповідно до тарифної політики для стандартного страхового продукту «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)» при розрахунку страхового тарифу застосовується коефіцієнт андеррайтера (далі – Ка) в межах від 0,05 до 7,00. Значення Ка встановлюється залежно від рівня збитковості цього продукту, отриманої інформації про об'єкт страхування та про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику відповідно до Розділу 26 цих Загальних умов.

Значення Ка затверджується внутрішнім документом Страховика та оприлюднюється на офіційному вебсайті за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до дати введення в дію. Розмір страхового тарифу може бути змінений починаючи з дати сплати чергової частини страхового платежу, що настає після введення в дію нового значення Ка. Ка на дату введення в дію цих Загальних умов 1,00.

При зміні розміру страхового тарифу розмір страхового платежу за Договором пропорційно змінюється. У випадку сплати Страхувальником страхового платежу в розмірі, що відповідає розміру страхових платежів за попередні періоди страхування до зміни Ка, розмір страхових сум за Договором буде перераховано відповідно до фактично сплаченого страхового платежу із застосуванням зміненого страхового тарифу.

12.12. Підвищення розмірів страхового тарифу та страхового платежу у зв'язку зі зміною віку Застрахованої особи протягом строку дії Договору (продлонгації) не здійснюється.

12.13. **Страхова премія (страховий платіж)** за Договором визначається у п. 6.3. Частини 1 Договору.

12.14. Загальна сума страхового платежу (страхової премії) за Договором залежить від обраного Варіанту страхування, віку Застрахованої особи і розміру страхової суми за обраною Програмою страхування та встановлюється в розмірі:

	Страховий платіж за Варіантом страхування «Стандарт»*, грн.
--	--

Вік Застрахованої особи	при страховій сумі 50 000 грн. (Програма «Мінімальна»)		при страховій сумі 75 000 грн. (Програма «Оптимальна»)		при страховій сумі 100 000 грн. (Програма «Максимальна»)	
	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік
від 1 до 30 років включно	74,00	888,00	111,00	1 332,00	148,00	1 776,00
від 31 до 40 років включно	104,00	1 248,00	156,00	1 872,00	208,00	2 496,00
від 41 до 50 років включно	124,00	1 488,00	186,00	2 232,00	248,00	2 976,00
від 51 до 60 років включно	184,00	2 208,00	276,00	3 312,00	368,00	4 416,00
від 61 до 69 років включно	274,00	3 288,00	411,00	4 932,00	548,00	6 576,00
Вік Застрахованої особи	Страховий платіж за Варіантом страхування «Спорт»*, грн.					
	при страховій сумі 50 000 грн. (Програма «Мінімальна»)	при страховій сумі 75 000 грн. (Програма «Оптимальна»)	при страховій сумі 100 000 грн. (Програма «Максимальна»)			
	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік
від 1 до 30 років включно	86,00	1 032,00	129,00	1 548,00	172,00	2 064,00
від 31 до 40 років включно	116,00	1 392,00	174,00	2 088,00	232,00	2 784,00
від 41 до 50 років включно	136,00	1 632,00	204,00	2 448,00	272,00	3 264,00
від 51 до 60 років включно	196,00	2 352,00	294,00	3 528,00	392,00	4 704,00
від 61 до 69 років включно	286,00	3 432,00	429,00	5 148,00	572,00	6 864,00
Вік Застрахованої особи	Страховий платіж за Варіантом страхування «Воєнні ризики»*, грн.					
	при страховій сумі 50 000 грн. (Програма «Мінімальна»)	при страховій сумі 75 000 грн. (Програма «Оптимальна»)	при страховій сумі 100 000 грн. (Програма «Максимальна»)			
	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік
від 1 до 30 років включно	98,00	1 176,00	147,00	1 764,00	196,00	2 352,00
від 31 до 40 років включно	128,00	1 536,00	192,00	2 304,00	256,00	3 072,00
від 41 до 50 років включно	148,00	1 776,00	222,00	2 664,00	296,00	3 552,00

від 51 до 60 років включно	208,00	2 496,00	312,00	3 744,00	416,00	4 992,00
від 61 до 69 років включно	298,00	3 576,00	447,00	5 364,00	596,00	7 152,00
Вік Застрахованої особи	Страховий платіж за Варіантом страхування «Спорт + Воєнні ризики»*, грн.					
	при страховій сумі 50 000 грн. (Програма «Мінімальна»)		при страховій сумі 75 000 грн. (Програма «Оптимальна»)		при страховій сумі 100 000 грн. (Програма «Максимальна»)	
	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік	за період 1 місяць	за 1 рік
від 1 до 30 років включно	110,00	1 320,00	165,00	1 980,00	220,00	2 640,00
від 31 до 40 років включно	140,00	1 680,00	210,00	2 520,00	280,00	3 360,00
від 41 до 50 років включно	160,00	1 920,00	240,00	2 880,00	320,00	3 840,00
від 51 до 60 років включно	220,00	2 640,00	330,00	3 960,00	440,00	5 280,00
від 61 до 69 років включно	310,00	3 720,00	465,00	5 580,00	620,00	7 440,00

* На дату введення в дію цих Загальних умов. Остаточний розмір страхового платежу розраховується шляхом множення страхового тарифу скоригованого на Ка на страхову суму та зазначається в Частині 1 Договору.

12.15. Порядок сплати щомісячних страхових платежів (рекурентні платежі):

12.15.1. Порядок сплати загального розміру страхової премії за Договором, визначеної в п. 6.3. Частини 1 Договору, залежить від кількості періодів страхування за Договором, визначених в п. 6.4. Частини 1 Договору. Страховий платіж за кожен період страхування в розмірі, який визначається в п. 6.5. Частини 1 Договору, сплачується з періодичністю сплати, визначеній в п. 6.6. Частини 1 Договору, у безготівковій формі, до настання дати початку дії відповідного періоду страхування, згідно п.п. 12.19.1. та 12.19.2. цих Загальних Умов.

12.15.2. Страхувальник здійснює оплату страхового платежу на банківський рахунок Страховика, зазначений в Частині 1 Договору, щомісячно рівними частинами за кожен період страхування.

12.15.3. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження грошових коштів на банківський рахунок Страховика, зазначений в Договорі страхування.

12.15.4. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: «Страховий платіж за Договором №_____ від _____».

12.15.5. Страховий платіж за перший період страхування здійснюється Страхувальником самостійно під час укладення Договору страхування. Шляхом здійснення оплати страхового платежу за перший період страхування Страхувальник надає безумовну згоду (акцепт) на рекурентні платежі — автоматичне щомісячне списання грошових коштів з його банківської картки (безакцептне списання) для оплати страхових платежів за наступні періоди страхування.

12.15.6. Списання страхового платежу за кожний наступний період страхування за Договором здійснюється щомісяця в дату, що передує даті початку наступного періоду страхування.

12.15.7. Сума списання грошових коштів з банківської картки Страхувальника відповідає сумі щомісячного страхового платежу для обраного Страхувальником Варіанту страхування, Програми страхування та вікової категорії Застрахованої особи на початок періоду страхування згідно п. 12.14. цих Загальних умов.

12.15.8. **Механізм списання.** Страховик за 1 (один) календарний день до дати початку наступного періоду страхування здійснює спробу списання грошових коштів з банківської картки Страхувальника засобами еквайрингової системи, через яку Страхувальником здійснювалася оплата страхового платежу за перший період страхування за Договором страхування. У разі неможливості списання коштів (недостатній ліміт, відсутність коштів на банківській картці тощо), Страховик здійснює повторні спроби списання протягом наступних 4 (чотирьох) календарних днів.

12.15.9. Страхувальник має право в будь-який момент заявити про намір припинити рекурентні платежі, направивши Страховику письмову заяву одним з наступних способів:

- в електронному вигляді на електронну пошту: krayina@krayina.com;
- в паперовому вигляді за адресою: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, пов. 9-10;
- відокремленому підрозділу Страховика: за адресою відповідного відокремленого підрозділу, розміщеною на вебсайті Страховика на сторінці «Контакти» в розділі «Регіональні представництва» за посиланням - <https://krayina.com/contacts>.

12.15.10. Скасування Страхувальником автоматичних щомісячних списань грошових коштів з його банківської картки після дати сплати страхового платежу за наступний період страхування не зобов'язує Страховика повернути кошти Страхувальнику за вже оплачений період страхування.

12.15.11. Страховик не зберігає повні реквізити банківських карток Страхувальника. Зберігання та обробка даних здійснюється сертифікованим платіжним провайдером (еквайром) згідно зі стандартами PCI DSS.

12.15.12. Контроль за результатом виконання платежу здійснюється Страхувальником самостійно.

12.15.13. У разі неможливості здійснення автоматичного списання коштів з банківської картки (за будь-яких причин), Страхувальник вправі протягом строку, визначеного в п.12.15.8 цих Загальних умов, самостійно здійснити оплату щомісячного страхового платежу за період страхування, у якому виникли такі обставини, будь-яким іншим способом оплати, передбаченим чинним законодавством України.

12.16. У випадку зміни платіжних реквізитів Страховика, Страховик повідомляє Страхувальника про нові платіжні реквізити за допомогою ІКС Страховика / Страхового посередника у строк за 30 календарних днів до запланованого строку сплати.

12.17. При сплаті страхового платежу шляхом автоматичного списання та/або проведення безготівкового перерахування грошових коштів банківські установи додатково можуть стягувати комісію відповідно до діючих тарифів.

12.18. **Строк дії Договору** визначається у п. 7.1. Частини 1 Договору.

12.18.1. Договір набуває чинності та вступає в дію з моменту сплати страхового платежу за перший період страхування в повному розмірі, але не раніше 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, визначеної як початок Договору страхування та діє до 24:00 годин дати закінчення періоду страхування, за який сплачено страховий платіж в повному розмірі. Другий та наступні страхові платежі Страхувальник зобов'язаний сплачувати до початку наступного періоду страхування.

	12.19. Період страхування – 1 (один) місяць. Кількість періодів страхування зазначається у п.6.4. Частини 1 Договору. 12.19.1. Дата початку першого періоду страхування відповідає даті початку дії Договору, відповідно до п.7.1. Частини 1 Договору. 12.19.2. Період страхування обчислюється від відповідної календарної дати поточного місяця до дня, що передує відповідній календарній даті наступного місяця включно . 12.19.3. Страховий захист в кожному періоді страхування діє за умови сплати страхового платежу за такий період страхування в розмірі та порядку, визначеному в Частині 1 Договору. 12.19.4. Якщо страховий платіж надійшов у поточному періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування, дата початку якого – це дата, що слідує за датою закінчення дії поточного періоду страхування. 12.19.5. У разі несплати або сплати в неповному обсязі страхового платежу за наступний період страхування протягом строку, визначеного п. 12.15.8. цих Загальних умов, страховий захист за Договором страхування припиняється, страхові виплати за подіями, що сталися в неоплачений або оплачений в неповному обсязі період страхування, Страховиком не здійснюються. 12.19.6. Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист припинився відповідно до п.12.19.5 цих Загальних умов, був сплачений страховий платіж в розмірі, визначеному в п.6.5. Частини 1 Договору, то страховий захист відновлюється (із застосуванням періоду очікування) з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження на банківський рахунок Страховика відповідного страхового платежу в повному розмірі та діє до закінчення періоду страхування згідно з п. 12.19.2. Частини 2 Договору, строк дії такого періоду страхування не продовжується. При цьому, датою закінчення останнього періоду страхування є дата припинення дії Договору, а у разі пролонгації строку дії Договору згідно п.12.20. цих Загальних умов, страховий захист у періоді, що перевищує дату припинення Договору надається за продовженим (пролонгованим) Договором. 12.19.7. Договір припиняє свою дію та страховий захист не може бути відновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі страхових платежів за наступні періоди страхування на поточний рахунок Страховика протягом 6 (шести) місяців поспіль. 12.20. Строк дії Договору продовжується (пролонгується) на такий самий строк як і строк дії Договору на умовах, визначених Договором, якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про свій намір його припинити. 12.20.1. Страхувальник може заявити про намір припинити Договір страхування, направивши Страховику письмове повідомлення не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення строку дії Договору, одним зі способів, визначених в п.12.15.9 цих Загальних умов. 12.20.2. Страховик може заявити про намір припинити Договір страхування шляхом відправлення повідомлення Страхувальнику у спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі через ІКС Страховика / Страхового посередника, або шляхом публікації повідомлення на вебсайті Страховика не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення строку дії Договору. 12.20.3. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після припинення строку дії Договору, повертаються Страховиком Страхувальнику на підставі письмової заяви Страхувальника. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
13. Права та обов'язки сторін	13.1. Страхувальник має право:

	13.1.1. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відмовитись від Договору страхування в порядку та на умовах, визначених у Розділах 15 та 16 цих Загальних умов; 13.1.2. отримати повторно відправлення форми електронного Договору за допомогою ІКС, в тому числі, за допомогою електронної пошти; 13.1.3. вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору страхування; 13.1.4. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок; 13.1.5. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України. 13.2. Страхувальник зобов'язаний: 13.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування; 13.2.2. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно Застрахованої особи, яка не може бути застрахованою відповідно до п. 10.1. цих Загальних умов, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку; 13.2.3. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування); 13.2.4. повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо об'єкта страхування за Договором страхування; 13.2.5. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку; 13.2.6. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування; 13.2.7. при настанні події, що має ознаки страхового випадку, надати Страховику документи, зазначені у Розділі 19 цих Загальних умов, в строки, визначені п. 17.1. Розділу 17 цих Загальних умов; 13.2.8. протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались Страховику для здійснення страхової виплати; 13.2.9. протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану в запиті адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати; 13.2.10. надати Страховику всю необхідну інформацію про страховий випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку; 13.2.11. отримати згоду Застрахованої особи на укладання Договору на її користь та інформацію про стани/захворювання/рід діяльності/занять Застрахованої особи, яка зазначається Страхувальником під час укладення Договору; ознайомити Застраховану особу з умовами страхування; 13.2.12. при укладенні Договору страхування повідомити Застраховану особу в будь-який спосіб, за умови підтвердження факту здійснення такого повідомлення, про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь; 13.2.13. Страхувальник, Застрахована особа чи Вигодонабувач, що одержали відшкодування, зобов'язані повернути Страховику отриману
--	---

страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика, якщо після здійснення страхової виплати за Договором стануть відомі обставини, що згідно умов Договору або чинного законодавства України повністю чи частково позбавляють Страхувальника, Застраховану особу чи Вигодонабувача права на отримання страхової виплати.

13.3. Страховик має право:

13.3.1. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку;

13.3.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою (Вигодонабувачем), а також виконання умов Договору страхування;

13.3.3. направляти, у разі необхідності, запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також може самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

13.3.4. відстрочити страхову виплату на строк до 90 (дев'яносто) днів у випадку виникнення сумнівів щодо факту та обставин настання страхового випадку з обов'язковим письмовим повідомленням про це Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача);

13.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору страхування;

13.3.6. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) повернення страхової виплати, якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) відповідно до умов Договору або чинного законодавства права на отримання страхової виплати (повністю або частково);

13.3.7. у разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому чинним законодавством України;

13.3.8. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відповідно до умов Договору;

13.3.9. при зростанні рівня збитковості та/або при виявленні ознак шахрайства, яке підтверджується висновком підрозділу внутрішньої безпеки Страховика, в односторонньому порядку припинити дію Договору в порядку, визначеному Розділом 15 цих Загальних умов, при цьому після припинення такого Договору новий договір на умовах страхового продукту «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)) з таким Страхувальником не може бути укладений.

13.4. Страховик зобов'язаний:

13.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;

13.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування.

13.5. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо слідують з умов Договору.

13.6. Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

	13.7. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну номеру мобільного зв'язку Страхувальника, про що Страхувальник повідомляє Страховика протягом визначеного цим пунктом строку).
14. Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	14.1. Відповідальність Сторін: 14.1.1. У разі нездійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування Страховик зобов'язаний сплатити штраф у розмірі 0,01 відсотків від суми страхової виплати (страхового відшкодування). 14.1.2. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорними обставинами), які виникли після укладення Договору страхування. Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна загроза такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо. У такому разі Страховик звільняється від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань за даним Договором. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання обставин непереборної сили (форс-мажору) в цілому, а також обставин, що мали місце після укладання Договору страхування на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України. 14.1.3. Страховик звільняється від відповідальності, виплата страхового відшкодування чи будь-яких компенсацій не проводиться та надання будь-якої вигоди за цим Договором не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов, резолюцій Організації Об'єднаних Націй, торговельних або економічних санкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або перестраховику за договором перестрахування, згідно з яким перестраховано Договір страхування, здійснювати страхування або перестрахування або здійснювати страхову виплату за Договором страхування або за договором перестрахування.
15. Порядок внесення змін,	15.1. Зміни до Загальних умов (Частини 2 Договору) вносяться Страховиком в односторонньому порядку шляхом викладення їх у новій редакції. Із

дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)» ці Загальні умови припиняють дію та нові договори страхування за цим страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції загальних умов страхового продукту. Договір, укладений за цими Загальними умовами, продовжує діяти на умовах, визначених цими Загальними умовами, до закінчення строку його дії (уключаючи пролонгацію строку дії Договору, укладеного на цих Загальних умовах), крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою Сторін. 15.2. Всі зміни до Договору страхування за згодою Сторін вносяться виключно в Індивідуальну частину Договору (Частину 1 Договору) шляхом укладення додаткової угоди до Договору. Зміни до Договору вносяться та надаються Страхувальнику у тій же самій формі та порядку, що і Договір, до якого вносяться зміни. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страхувальника на підставі заяви або повідомлення однієї зі Сторін, оформлюються додатковими угодами до Договору страхування. 15.3. Зміни та доповнення до умов Договору страхування набувають чинності з дати, визначеної Сторонами в додатковій угоді до Договору страхування. Якщо Сторони не досягли згоди щодо внесення змін до Договору, то Сторона, що вимагає таких змін, має право в односторонньому порядку ініціювати припинення Договору згідно з чинним законодавством України. Такий Договір припиняє свою дію на 30 (тридцятий) календарний день з дати письмового повідомлення будь-якої зі Сторін про реалізацію іншою Стороною Договору цього права. 15.4. Страхувальник, протягом строку дії Договору страхування (уключаючи його пролонгацію), не має право змінювати Застраховану особу. 15.5. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках: 15.5.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії; 15.5.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми. 15.6. У разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору страхування. 15.7. Заміна Сторін у Договорі страхування: 15.7.1. у разі смерті Страхувальника, який уклав Договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих осіб; 15.7.2. у разі визнання судом фізичної особи - Страхувальника недієздатною, права і обов'язки такої особи за договором страхування переходять до її опікуна; 15.7.3. у разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - Страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника. 15.8. В інших випадках права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної особи лише за згодою Страховика. 15.9. Заміна Страховика у договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає
--	--

	зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та Страхувальником або Договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону України «Про страхування». 15.10. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі: 15.10.1. закінчення строку дії Договору страхування; 15.10.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі; 15.10.3. несплати Страхувальником страхової премії або сплати страхової премії в неповному обсязі у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах. При цьому, Договір припиняє свою дію у випадку ненадходження або надходження страхових платежів в неповному обсязі на рахунок Страховика протягом 6 (шести) місяців поспіль; 15.10.4. смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»); 15.10.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; 15.10.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним; 15.10.7. досягнення Застрахованою особою 70 років. Договір припиняє свою дію в разі досягнення Застрахованою особою 70 років в останній день сплаченого місячного періоду страхування, в якому Застрахована особа досягла 70 років. В разі досягнення Застрахованою особою віку 70 років в неоплачений або оплачений в неповному обсязі період страхування, Договір страхування не може бути відновлений незалежно від дати припинення Договору страхування, що вказана в п.7.1. Частини I Договору; 15.10.8. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування. 15.11. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Страховик має право достроково припинити Договір страхування без згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України. 15.12. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування. 15.13. У разі дострокового припинення Договору страхування за згодою Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору страхування. 15.14. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування: 15.14.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами Договору, за таких обставин: 15.14.1.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору страхування; 15.14.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування; 15.14.1.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу України;
--	---

	15.14.2. особі, визначеній на підставі законодавства України, - в разі смерті Страхувальника - фізичної особи, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування». 15.15. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у п. 10.2. Частини 1 Договору страхування. 15.16. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченої страхової премії (страхову премію, сплачену за період страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення - для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування) у разі дострокового припинення дії Договору страхування у випадку: 15.16.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування; 15.16.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування; 15.16.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля; 15.16.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним. 15.17. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору страхування Страхувальником відповідно до статті 56 Закону України «Про страхування» здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі Страховиком страхового портфеля. 15.18. Сплачена страхова премія не повертається, у разі дострокового припинення дії Договору страхування, у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. 15.19. Сплачена страхова премія (її частина) або частина сплаченої страхової премії за період страхування, що залишився до припинення строку дії Договору страхування, у разі дострокового припинення дії Договору страхування, підлягає поверненню Застрахованій особі, яка її сплатила, якщо згідно з умовами Договору страхування на Застраховану особу покладено обов'язок зі сплати страхової премії (її частини) і така особа сплатила страхову премію (її частину). 15.20. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору страхування, крім випадків, передбачених законодавством України. 15.21. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися не врегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати. 15.22. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
16. Порядок відмови від договору страхування	16.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів, з дня укладення Договору страхування, відмовитись від такого Договору без пояснення причин, крім: 16.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів; 16.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування. 16.2. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання такої

	заяви, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. 16.3. Про намір відмовитись від Договору страхування страхувальник повідомляє страховика у письмовій (електронній) формі.
17. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	17.1. Дії Страхувальника / Застрахованої особи / Вигодонабувача у разі настання події, що має ознаки страхового випадку: 17.1.1. Застрахована особа зобов'язана звернутись за медичною допомогою, використовуючи будь-які доступні способи комунікації, протягом 48 (сорока восьми) годин з моменту настання події; 17.1.2. протягом 2-х (двох) робочих днів з моменту настання події (за класом страхування 1) або отримання медичного документа (за класом страхування 2, ризик «страхування на випадок хвороби») (з дня встановлення діагнозу або закінчення першого періоду стаціонарного/амбулаторного лікування)) або протягом 6 (шести) місяців з дати смерті Застрахованої особи - повідомити Страховика шляхом подання електронної заяви через Особисту сторінку, доступну за посиланням чи QR-кодом, зазначеними у п. 13.1.2. Частини 1 Договору. Дата подання електронної заяви вважається датою повідомлення про страховий випадок. Для подання заяви Страхувальник повинен заповнити встановлену форму, доступну на Особистій сторінці. У разі технічної неможливості подання заяви через Особисту сторінку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) має право повідомити Страховика за номером телефону 0-800-500-467 (безкоштовно по Україні зі стаціонарних номерів) / 890 (з мобільного безкоштовно) або на електронну адресу medpay@krayina.com; 17.1.3. не пізніше 30 (тридцяти) днів з дня встановлення діагнозу хвороби, отримання травматичного ушкодження, закінчення лікування Застрахованої особи або не пізніше 12 (дванадцяти) місяців з дати смерті Застрахованої особи, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язаний надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.19.9. цих Загальних умов. Документи подаються шляхом приєднання електронних копій (фотокопій) документів, що підтверджують настання події, до електронної заяви на Особистій сторінці, доступній за посиланням чи QR-кодом, зазначеним у п. 13.1.2. Частини 1 Договору. У разі технічної неможливості подання документів через Особисту сторінку Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) має право подати/надіслати їх одним з наступних способів: - в електронному вигляді на електронну пошту: medpay@krayina.com; - в паперовому вигляді за адресою: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, пов. 9-10; - відокремленому підрозділу Страховика: за адресою відповідного відокремленого підрозділу, розміщеною на вебсайті Страховика на сторінці «Контакти» в розділі «Регіональні представництва» за посиланням https://krayina.com/contacts. 17.2. Якщо згідно з Постановою Національного банку України від 15 липня 2024 року № 85 "Про затвердження Положення про порядок застосування підпунктів 165.1.27 та 165.1.28 пункту 165.1 статті 165 розділу IV Податкового кодексу України під час здійснення діяльності із страхування" для належного підтвердження факту заподіяння шкоди Страховик приймає оригінали / належним чином засвідчені копії документів, то строк подання Страховику документів згідно з п. 17.1.3 збільшується до 60 (шестидесяти) календарних днів. Якщо для здійснення страхової виплати протягом такого строку Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач не надав оригіналів або належним чином підтверджених копій документів по страховому випадку, Страховик здійснює страхову виплату з утриманням та перерахуванням до Державного бюджету податку на доходи фізичних осіб та воєнного збору, передбачених законодавством на день здійснення страхової виплати.

	Страхові виплати підлягають оподаткуванню на умовах, визначених податковим законодавством та Постановою Національного банку України від 15 липня 2024 року № 85 "Про затвердження Положення про порядок застосування підпунктів 165.1.27 та 165.1.28 пункту 165.1 статті 165 розділу IV Податкового кодексу України під час здійснення діяльності із страхування".
18. Порядок розрахунку страхових виплат	18.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату: 18.1.1. у випадку настання страхового випадку, зазначеного в п. 12.2.1.1. та п. 12.2.2.1. цих Загальних умов - спадкоємцю у розмірі 100% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи; 18.1.2. у випадку настання страхового випадку, зазначеного в п. 12.2.1.2. цих Загальних умов - Застрахованій особі у розмірі відсотку від страхової суми, залежно від характеру розладу здоров'я відповідно до Таблиці страхових виплат. Якщо Застрахована особа отримала декілька ушкоджень, розмір виплати визначається шляхом підсумовування виплат за кожну травму, розрахованих на підставі відповідного відсотку від страхової суми залежно від характеру ушкодження. У разі невідповідності діагнозу, зазначеного в довідці закладу охорони здоров'я, характеру ушкодження або його наслідків, зазначених у Таблиці страхових виплат і неможливості внаслідок цього здійснити страхову виплату, згідно умов цього пункту Загальних умов, страхове відшкодування виплачується в розмірі 0,2 % від страхової суми за кожний день непрацездатності, але не більше 90 (дев'яноста) днів за рік; 18.1.3. у випадку настання страхового випадку, зазначеного в п. 12.2.2.2. та п. 12.2.2.3. цих Загальних умов - Застрахованій особі у розмірі визначеного в Переліку хвороб відсотку від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи; 18.2. Страхова виплата здійснюється лише за остаточним, уточненим та обґрунтованим діагнозом захворювання, згідно нормативних документів МОЗ України. 18.3. Страхова виплата за однаковим захворюванням здійснюється не більше 1 (одного) разу протягом строку дії Договору. У разі причинно-наслідкового зв'язку декількох захворювань однієї групи органів, страхова виплата здійснюється по найбільш тяжкому. 18.4. Якщо випадок призвів до розладу здоров'я і Застрахованій особі (Страховальнику) була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж випадку було проведено хірургічне втручання або настала смерть Застрахованої особи (Страховальника), страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому Договором за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати. 18.5. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися з однією Застрахованою особою в період дії Договору, не може перевищувати страхову суму. 18.6. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 12.2.1.1. та п. 12.2.2.1. цих Загальних умов, із суми страхової виплати Страховик має право утримати суму страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до припинення строку дії Договору страхування. 18.7. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж в повному обсязі, та після завершення періоду очікування страхового випадку.
19. Умови здійснення страхових виплат	19.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Страховальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), всіх необхідних, належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та після складання Страховиком страхового акту. 19.2. Рішення про здійснення страхової виплати (про відмову у виплаті) приймається Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання усіх необхідних документів, зазначених в п. 19.9. цих Загальних умов, та оформляється Страховим актом.

19.3. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на строк збирання Страховиком необхідних для підтвердження та/або перевірки факту та обставин настання страхового випадку додаткових документів та/або інформації від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією та/або документами, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) днів з моменту подання всіх документів особою, яка має право на отримання страхової виплати.

19.4. Страхова виплата проводиться протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення Страхового акту).

19.5. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті або про продовження строку прийняття рішення про визнання випадку страховим Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) в письмовій/електронній формі з обґрунтуванням причини відмови або продовження строку прийняття рішення.

19.6. Страхові виплати за Договором здійснюються Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) шляхом зарахування на його поточний рахунок, відкритий в національній валюті України в банківській установі, суми страхової виплати, визначеної згідно умов Договору, в національній валюті України.

19.7. Днем страхової виплати вважається день списання коштів з поточного рахунку Страховика.

19.8. Страхова виплата за Договором здійснюється незалежно від суми, яку має отримати Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена, як відшкодування збитків за таким забезпеченням.

19.9. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі наступних документів:

19.9.1. заяви на отримання страхової виплати за формою, встановленою Страховиком. Сторони погоджуються, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, може заповнюватися і подаватися в електронній формі за допомогою ІКС Страховика або його Страхового посередника в порядку, передбаченому чинним законодавством України. Сторони домовились, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, складена в електронній формі за допомогою ІКС Страховика або його Страхового посередника прирівнюється до письмової форми заяви.

19.9.2. документів, що посвідчують Застраховану особу та особу - отримувача страхової виплати – копії паспорту (всі сторінки, що містять інформацію)/ паспорту, виготовленого у формі картки (дві сторони) разом з Довідкою (Витягом) про реєстрацію місця проживання, копії довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера або реєстраційного номера облікової картки платника податків (у разі подання паспорту у формі картки, у якому внесено податковий номер, окрема довідка про присвоєння ідентифікаційного податкового номера або реєстраційного номера облікової картки платника податків не є обов'язковою); якщо Застрахована особа є дитиною, додається свідоцтво про її народження;

19.9.3. копії довідки/виписного епікризу/копії амбулаторної карти з медичного закладу, встановленої форми, із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові Застрахованої особи, точного діагнозу, дати травми/захворювання, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, які містять відомості про лікувальний процес, підписана та завірена печаткою відповідальної особи та/або завірена печаткою медичного закладу;

	19.9.4. на вимогу Страховика - листка непрацездатності (категорії осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності не видається, надають довідку або медичну документацію за формою, передбаченою чинним законодавством, які підтверджують тривалість лікування); 19.9.5. на вимогу Страховика - при настанні нещасного випадку додатково - акт (копії акту) про нещасний випадок, завіреного оригінальною печаткою закладу, який склав акт: форми Н-1 (або НПВ) - у разі травм виробничого характеру; форми НТ - у разі травм невиробничого характеру; форми Н-Н, якщо нещасний випадок стався під час навчально-виховного процесу у навчальному закладі; 19.9.6. на вимогу Страховика - копії виписки з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписки із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином; фотокопія історії хвороби стаціонарного хворого, амбулаторної карти; 19.9.7. на вимогу Страховика - копії довідки медичної установи про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання страхового випадку; 19.9.8. витягу з Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЄРДР) у випадку порушення кримінального провадження; 19.9.9. у разі смерті Застрахованої особи (додатково до документів визначених у п.п. 19.9.1. – 19.9.8.) надаються: 19.9.9.1. свідоцтво про смерть Застрахованої особи; 19.9.9.2. свідоцтво про право на спадщину; 19.9.9.3. документ медичного закладу і/або судово-медичної експертизи, який підтверджує, що смерть Застрахованої особи настала внаслідок нещасного випадку/захворювання. 19.9.10. інші документи, які мають відношення до встановлення причин та наслідків страхового випадку, враховуючи обставини настання та характер страхового випадку. В залежності від особливостей конкретного страхового випадку, за рішенням Страховика може бути зменшено або збільшено перелік документів, що підтверджують факт настання та обставини страхового випадку, розмір страхової виплати, і які повинні бути надані Страховику. 19.10. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином. 19.11. Документи, оригінали яких складено на іноземній мові, повинні бути перекладені на українську мову (бюро перекладів) та завірені в порядку, визначеному чинним законодавством України. 19.12. Страховиком не приймаються до розгляду документи та інформація одержані від квазідержавних утворень (невизнаних держав, виданих на тимчасово окупованих територіях) незалежно від суб'єкта їх видачі. 19.13. До розгляду, за згодою Страховика, можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 19.9. цих Загальних умов, в тому числі в електронному вигляді. 19.14. Копією документу є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Страховиком або Страховим посередником від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-комунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам Договору. На вимогу Страховика або Страхового посередника та у визначений ними строк Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу
--	---

	документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату. 19.15. Документ, цифрова копія якого надається Страховику та/або Страховому посереднику, має відповідати наступним вимогам: 19.15.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду; 19.15.2. документ, що містить текст, таблиці та зображення має мати розширення .doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx або .pdf з розпізнаним текстом; 19.15.3. документ, що містить графічні зображення має мати розширення .pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi; 19.15.4. повинен бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не має бути порушено. 19.16. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що надаючи Страховику (Страховому посереднику) копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки; Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Страхувальник розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі ж права і обов'язки та матимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі. 19.17. Якщо згідно з Постановою Національного банку України від 15 липня 2024 року № 85 "Про затвердження Положення про порядок застосування підпунктів 165.1.27 та 165.1.28 пункту 165.1 статті 165 розділу IV Податкового кодексу України під час здійснення діяльності із страхування" для належного підтвердження факту заподіяння шкоди Страховик приймає належним чином засвідчені копії або оригінали документів, то Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) має право подати їх одним з наступних способів: - в паперовому вигляді за адресою: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, пов. 9-10; - відокремленому підрозділу Страховика за адресою відповідного відокремленого підрозділу, розміщеною на вебсайті Страховика на сторінці «Контакти» в розділі «Регіональні представництва» за посиланням - https://krayina.com/contacts.
20. Суброгація (перехід права вимоги)	Не передбачена
21. Причини відмови у страховій виплаті	21.1. Причинами відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є: 21.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями; 21.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; 21.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; 21.1.4. одержання Страхувальником повного відшкодування шкоди (збитків) від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково,

	страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування шкоди (збитків); 21.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її законним представником, Вигодонабувачем) 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); 21.1.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 23 цих Загальних умов; 21.1.7. несвоєчасне подання Страховику заяви та документів, необхідних для здійснення страхової виплати, згідно п. 17.1. Розділом 17 цих Загальних умов; 21.1.8. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я; 21.1.9. відмова Застрахованої особи від обстеження лікарем, призначеним Страховиком, співпраці з незалежним експертом Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін; 21.1.10. настання страхового випадку до дати початку періоду страхування, або після дати припинення строку дії Договору страхування, або протягом періоду очікування страхового випадку; 21.1.11. події, не обумовлені як страховий випадок у Договорі страхування; 21.1.12. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.
22. Порядок укладення договору страхування	22.1. Договір укладається у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ. Договір укладається за допомогою ІКС Страховика або Страхового посередника. 22.2. Цей Договір укладається шляхом приєднання, він складається з Частини 1 (Індивідуальна частина) та Частини 2 (Публічна частина), якою є ці Загальні умови страхового продукту «Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»)), розміщені на вебсторінці Страховика, які надаються Страхувальнику шляхом надання посилання https://krayina.com/page/pos-krayina-zhivitsya-a-bank. Датою надання Частини 2 Договору Страхувальнику є дата укладення Договору, а саме момент підписання Частини 1 Договору Страхувальником. Страховик гарантує, що Частина 1 та Частина 2 Договору захищені від внесення будь-яких змін до них, крім тих, що вносяться у порядку, визначеному цим Договором. 22.3. Підписанням Частини 1 Договору, Страхувальник приєднується до Договору в цілому та погоджується дотримуватись умов, викладених в цьому Договорі, включаючи Частину 1 та Частину 2. 22.4. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію. 22.5. Договір укладається на умовах Публічної пропозиції (оферти) укласти Договір, якою виступають Загальні умови страхового продукту (Частина 2 (Публічна частина) Договору), що розміщуються на офіційному вебсайті Страховика та прийняття пропозиції (акцепту) клієнтом з використанням ІКС Страховика та/або Страхового посередника відповідно до Закону України «Про

електронну комерцію», Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги» та Цивільного кодексу України. Реєстрація клієнта в ІКС Страховика або Страхового посередника здійснюється на підставі наданих клієнтом даних, необхідних для укладення Договору страхування, та підтверджується наданням одноразового ідентифікатора, який передається клієнту засобом електронного зв'язку, вказаному під час реєстрації в ІКС Страховика або Страхового посередника. В подальшому вказаний одноразовий ідентифікатор використовується клієнтом для підписання електронного Договору страхування.

22.6. Безумовним прийняттям (акцептом) пропозиції (оферти) Страховика вважається здійснення Страхувальником дій, направлених на оформлення Договору, а саме заповнення Страхувальником Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору та її підписання електронним підписом, яким є одноразовий ідентифікатор, який направляється Страховиком або його Страховим посередником на електронну пошту та/або на мобільний телефон Страхувальника та вводиться Страхувальником в ІКС Страховика або Страхового посередника. При цьому, підписання Страхувальником акцепту таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору страхування відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». Страхувальник для підписання Договору може використовувати удосконалений електронний підпис з кваліфікованим сертифікатом (УЕП), або кваліфікований електронний підпис (КЕП).

22.7. Заповнення Страхувальником Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору без накладення електронного підпису не зобов'язує останнього укласти Договір страхування. У випадку не підписання Страхувальником Договору, Договір вважається неукладеним. Підписанням електронним підписом Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частині 1 (Індивідуальній частині) та Частині 2 (Публічній частині) Договору.

22.8. Після підписання електронним підписом Договору Страхувальником, уповноважена особа Страховика присвоює номер Договору та підписує Договір за допомогою КЕП або УЕП із кваліфікованим сертифікатом (з використанням кваліфікованої позначки часу). У разі не підписання Договору Страховиком або Страховим посередником, Договір вважається неукладеним.

22.9. Використання електронного підпису Сторонами Договору не може тлумачитись як таке, що обмежує право Сторін вчиняти правочини у вигляді паперових документів (змінювати, доповнювати або припиняти дію електронного Договору правочинами викладеними в паперовій формі і навпаки).

22.10. Страховик або Страховий посередник направляє на електронну адресу або іншим способом, обраним Страхувальником, примірник Договору страхування з додатками, підписаний обома Сторонами, Страхувальнику одразу після підписання такого Договору Страховиком або Страховим посередником, але не пізніше початку строку його дії або не пізніше дня укладення Договору страхування, якщо Договором страхування визначено ретроактивну дату. Страховик за зверненням Страхувальника зобов'язаний виготовити паперову копію Договору, укладеного в електронній формі протягом 3 (трьох) робочих днів з дня звернення.

22.11. Страхувальник, що приєднався до цього Договору, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування в порядку та з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.

22.12. Підписуючи Частину 1 цього Договору, Страховик або Страховий посередник засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.

	22.13. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЄП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик або Страховий посередник підписує договір УЄП з кваліфікованим сертифікатом. 22.14. 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.
23. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	23.1. Не визнаються страховими випадками події, які: 23.1.1. не обумовлені як страховий випадок в Договорі; 23.1.2. обумовлені дією причин та обставин, що виникли до початку дії Договору; 23.1.3. сталися внаслідок захворювань, що вперше виявлені у Застрахованої особи до початку дії Договору, після припинення строку його дії, в період страхування, за який не сплачено страховий платіж в повному обсязі або в період очікування страхового випадку; 23.1.4. відбулися поза вказаною в Договорі страхування територією дії Договору; 23.1.5. сталися із Застрахованою особою, яку визнано в порядку, встановленому чинним законодавством такою, що зникла безвісти, в період дії Договору страхування, навіть якщо в подальшому буде отримана інформація про отримання нею тілесних ушкоджень/травм та/або встановлений факт її смерті; 23.1.6. сталися із Застрахованою особою в місцях тимчасового тримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших слідчих (розшукових) дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України. 23.2. За класом страхування 1 не визнаються страховими випадками події, що сталися внаслідок: 23.2.1. будь-яких дій Застрахованої особи, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (у тому числі за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин; 23.2.2. отруєння Застрахованої особи алкоголем або іншими речовинами, використаними з метою або в стані сп'яніння; 23.2.3. керування Застрахованою особою транспортним засобом, на керування яким Застрахована особа не мала права, або за відсутності у Застрахованої особи посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії; 23.2.4. перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, яким керувала особа, яка не мала прав на керування транспортними засобами, або прав на керування транспортними засобами відповідної категорії, або вживала алкоголь, наркотичні речовини, токсичні речовини; 23.2.5. використання транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації) з власною корисною метою та/або без дозволу адміністрації; 23.2.6. самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного травмування; 23.2.7. порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті; 23.2.8. самолікування (в тому числі самостійне здійснення медичних маніпуляцій), вживання Застрахованою особою ліків без призначення лікарів; медичної помилки; 23.2.9. смерті Застрахованої особи, що була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент нещасного випадку;

	23.2.10. наявних у Застрахованої особи психічних захворювань або епілепсії в разі причинно-наслідкового зв'язку між захворюванням та нещасним випадком; 23.2.11. масових заворушень, що супроводжуються насильством над особою, погромами, підпалами, знищенням майна, захопленням будівель або споруд, насильницьким виселенням громадян, опором представниками влади із застосуванням зброї або інших предметів, які використовуються як зброя, повстання, революції, заколоту, бунту, путчу, державного перевороту, дій, що призвели до грубого порушення громадського порядку або суттєвого порушення роботи транспорту, підприємства, установи чи організації, страйків, терористичних актів (дій, що прямо або опосередковано викликані чи пов'язані з тероризмом) та/або дії по їх запобіганню; 23.2.12. воєнних дій, військових заходів будь-якого роду, використання зброї, військової техніки та знарядь війни, дій військових сил та/або спеціальних формувань (підрозділів) будь-якої держави, будь-якого роду недержавних збройних сил або збройних формувань, дій бойовиків, збройних та інших воєнізованих угруповань, їх окремих учасників (незалежно від факту оголошення війни чи введення воєнного стану) з врахуванням наступних умов: 23.2.12.1. цей пункт не застосовується до застрахованої особи, якщо Договором передбачено страхування за Варіантом «Воєнні ризики» та «Спорт + Воєнні ризики», крім застрахованих осіб, зазначених в п.п. 23.2.12.2. Частини 2 Договору; 23.2.12.2. цей пункт застосовується до застрахованої особи, яка на момент настання страхового випадку за класом страхування 1 є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та/або військовослужбовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, Сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших воєнізованих утворень, служб, підрозділів, формувань незалежно від форми та способу їх утворення при страхуванні за будь-яким Варіантом страхування. 23.2.13. участі Застрахованої особи у воєнних (бойових) діях, в тому числі але не виключно в складі Збройних сил України, Сил оборони, будь-яких інших служб, підрозділів, формувань, в тому числі але не виключно одноособово, незалежно від форми та способу їх утворення, зокрема, з метою: відбиття нападу або запобігання загрози нападу на військові та/або цивільні об'єкти, що охороняються; запобігання вчиненню та/або припинення протиправних дій чи діяльності осіб, причетних до збройної агресії; звільнення захоплених військових та/або цивільних об'єктів або запобігання (перешкоджання) такому захопленню; знищення зброї, бойової техніки, транспортних або технічних засобів, які перебувають у користуванні осіб, причетних до збройної агресії; захисту цивільних осіб, військових та/або цивільних об'єктів від нападу; запобігання та/або припинення діяльності, затримання, роззброєння або знешкодження осіб, причетних до збройної агресії; припинення дій осіб, які вчинили або вчиняють правопорушення; припинення дій осіб, які перешкоджають виконанню законних вимог осіб, залучених до виконання завдань, пов'язаних із запровадженням і здійсненням заходів правового режиму воєнного стану; відбиття нападу на осіб, залучених до виконання завдань, пов'язаних із запровадженням і здійсненням заходів правового режиму воєнного стану, або інших осіб, у разі виникнення загрози їх життю чи здоров'ю; 23.2.14. впливу іонізуючого випромінювання, ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження; 23.2.15. свідомого знаходження в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, військові полігони,
--	---

	стрільбища тощо), нараження на невиправданий ризик, небезпеку, якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя; 23.2.16. польотів Застрахованою особою на літальних апаратах та їх керування, крім випадку польоту як пасажир на літаку цивільної авіації, яким керував професійний пілот, або керування літальним апаратом Застрахованою особою, яке є професійним; 23.2.17. участі у спортивних змаганнях та конкурсах під час занять активними видами спорту чи відпочинку. Цей пункт не застосовується, якщо Договором передбачено страхування за Варіантом «Спорт» та «Спорт+Воєнні ризики»; 23.2.18. занять екстремальними видами спорту та екстремальний відпочинок/розваги; 23.2.19. занять професійним спортом. 23.3. За класом страхування 2 (ризик «страхування на випадок хвороби»): 23.3.1. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття події, що виникли внаслідок: 23.3.1.1. або під час вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів; 23.3.1.2. отруєння Застрахованої особи наркотичними, токсичними речовинами, медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря, з метою сп'яніння або у стані сп'яніння алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо); 23.3.1.3. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень; 23.3.1.4. самогубства, замаху на самогубство; 23.3.1.5. ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження та опромінення Застрахованої особи; 23.3.1.6. захворювання та хірургічні втручання, які не зазначені в Додатку 2 до Загальних умов «Перелік хвороб»; 23.3.1.7. вживання Застрахованою особою ліків без призначення лікаря, самолікування; 23.3.1.8. інфаркту, який стався або гостра фаза якого мала місце в момент укладення Договору; 23.3.1.9. цукрового діабету (крім вперше діагностованого), гіпертонічної хвороби, а також наслідки та ускладнення гіпертонічної хвороби та цукрового діабету (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока); 23.3.1.10. захворювання, за яким Застрахованій особі встановлена будь-яка група інвалідності (I, II, III групи інвалідності). 23.3.2. Не визнаються страховим випадком та страхова виплата не здійснюється у разі: 23.3.2.1. звернення Застрахованої особи протягом року вдруге та більше за страховою виплатою за ідентичним захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату у відповідності до Переліку хвороб, що наведений в Додатку 2 до Загальних умов; 23.3.2.2. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я; 23.3.2.3. відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем, співпраці з незалежним експертом Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін; 23.3.2.4. будь-якої пункції порожнин тіла (грудної, черевної порожнини, спинномозкові та потиличні черепні пункції, пункції порожнин кіст, абсцесів
--	--

	без їх подальшого хірургічного видалення, діагностичні пункції та пункції для отримання матеріалу для біопсії); 23.3.2.5. внутрішньосудинних втручань (стентування, лазерна реканалізація і подібні втручання); 23.3.2.6. ендоскопічних втручань (окрім лапароскопічних та торакокопічних операцій), а також накладання трахеостоми; 23.3.2.7. накладання швів та видалення доброякісних утворень шкіри, слизової оболонки ротової порожнини; 23.3.2.8. хірургічних втручань з приводу видалення сторонніх тіл, каміння з сечових шляхів, жовчних шляхів (ендоскопічні, за допомогою зондування); 23.3.2.9. повторних оперативних втручань з приводу одного і того самого захворювання протягом строку дії Договору; 23.3.2.10. будь-яких хірургічних втручань, що мали місце в період дії Договору за хворобами, які було діагностовано до початку дії Договору, крім випадків продовження дії Договору, якщо захворювання вперше діагностовано в період дії, що починається з початку дії вперше укладеного договору щодо Застрахованої особи на аналогічних умовах страхового покриття за умови відсутності перерви у страхуванні, тобто дата початку дії договору (продлонгованого) слідує за датою припинення дії договору страхування, що був укладений Сторонами щодо Застрахованої особи, та Страхувальник сплатив страхову премію за наступний період страхування у розмірі та у строки, визначені в Частині 1 нового договору страхування; 23.3.2.11. будь-яких хірургічних втручань, що мали місце після припинення дії Договору за хворобами, які були діагностовані в період дії Договору; 23.3.2.12. будь-яких хірургічних втручань, що проводились без медично-обґрунтованих показань або поза стаціонарного лікування (включно з амбулаторним лікуванням або лікуванням в умовах денного стаціонару); 23.3.2.13. будь-яких хірургічних втручань, що проведені особами, які не мають відповідної медичної кваліфікації або лікарями, що не мають відповідної лікарської спеціалізації, або хірургічні втручання проведені у медичних закладах, що не мають відповідної спеціалізації; 23.3.2.14. будь-яких хірургічних втручань, які мали місце після закінчення періоду 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати встановлення діагнозу захворювання, з приводу якого такі втручання проводились. 23.4. За Договором не відшкодовуються витрати на пошук і рятування Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку, на лікування, на транспортування до лікарні /з лікарні або до місця проживання Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку; будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, послуги перекладача, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.
24.Порядок вирішення спорів	24.1. Механізм захисту прав споживачів фінансових послуг в АТ «СК «КРАЇНА» визначений в «Порядку реєстрації, розгляду та опрацювання звернень до АТ «СК «КРАЇНА» громадян, юридичних осіб, органів державної влади України та місцевого самоврядування». Спірні питання по Договору страхування між Страхувальником, Застрахованою особою (її законним представником, Вигодонабувачем) та Страховиком вирішуються шляхом переговорів. Якщо переговори по спірних питаннях не призведуть до обопільної домовленості Сторін, вирішення спору здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України, в тому числі шляхом звернення до суду. 24.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhivachiv-finansovikh-poslug
25. Контактні дані для звернення у	25.1. Адреса для листування: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, поверх 9-10

разі настання події, що має ознаки страхового випадку	25.2. Телефон: 0-800-500-467 (безкоштовно по Україні зі стаціонарних номерів) / 890 (з мобільного безкоштовно) 25.3. Адреса електронної пошти: med@krayina.com 25.4. Адреса електронної пошти для подання документів на здійснення страхової виплати в електронному вигляді: medpay@krayina.com; 25.5. Вебсайт Страховика: www.krayina.com
26. Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику	26.1. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник при укладенні Договору: інформація має бути достовірною, однозначною та вичерпною. 26.2. Індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику по Застрахованій особі: 26.2.1. умови праці, пов'язані з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруень/травм; 26.2.2. вік Застрахованих осіб; 26.2.3. заняття аматорським спортом / активним відпочинком чи професійним спортом; 26.2.4. належність Застрахованих осіб до категорій осіб, на користь яких не може бути укладений Договір страхування згідно п. 10.1. Загальних умов. Відсутність зазначених обставин та хвороб підтверджується Страхувальником шляхом підписання Частини 1 Договору; 26.2.5. відомості про Застраховану особу (застосовується за рішенням Страховика): отримані травми, перенесені захворювання, наявність хронічних хвороб та хвороб, що потребують диспансерного нагляду, встановлена група інвалідності, заняття професійним та/або екстремальним спортом тощо. 26.2.6. інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування; 26.2.7. інформація про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування. 26.3. Вказана вище інформація може надаватися Страхувальником у письмовій формі шляхом заповнення заяви на страхування або надсилання повідомлень засобами електронного зв'язку.
27. Гранична максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування	60 %
28. Інші умови	28.1. Сторони погодилися, що місцем виконання Договору (місцем виконання зобов'язання) є місцезнаходження Страховика. 28.2. Сторони погодили, що якщо інше не передбачено Договором страхування, усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком, вручені особисто, відправлені чи доставлені кур'єром на адреси Сторін, зазначені у Договорі або направлені з використанням ІКС Страховика або Страхового посередника, електронних адрес Сторін Договору, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника, в т.ч. через мобільний додаток Страхового посередника, через Особисту сторінку Страхувальника за посиланням чи QR-кодом, які вказуються в Частині 1 Договору, а також месенджери. Страховик також може направляти повідомлення Страхувальнику в інший спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення. 28.3. Сторони погодили, що у разі направлення повідомлень (листів, запитів, заяв, рішень) в електронній формі (електронною поштою та/або з

	використанням ІКС Страховика або Страхового посередника, через Особисту сторінку Страхувальника за посиланням чи QR-кодом тощо) такі документи повинні бути підписані електронним підписом в порядку, визначеному законодавством України про електронну комерцію. 28.4. Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення, рішення, запиту тощо) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІКС Страховика або Страхового посередника; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін та Застрахованої особи адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту настання таких змін (якщо інший строк не погоджений Сторонами), то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні. 28.5. Якщо будь-яке положення цього Договору буде визнано недійсним, це не тягне за собою недійсність Договору в цілому. 28.6. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», Страхувальник/Застрахована особа, згідно цього Договору страхування, надають згоду АТ «СК «КРАЇНА» на обробку їх персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Порядком обробки та захисту персональних даних, розміщеному на офіційному сайті Страховика за посиланням: https://krayina.com/about/documents. 28.7. 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», підписанням Частини 1 цього Договору, Страхувальник підтверджує, що йому у повному обсязі надана доступна та вичерпна інформація про страховий продукт, шляхом надання посилання - https://krayina.com/page/pos-krayina-zhivitsya-a-bank, Страховика та Страхового посередника, шляхом надання посилання - https://krayina.com, https://krayina.com/page/rozkrittya-informatsii, а рішення укласти договір прийнято усвідомлено. Страхувальнику доведений до відома Порядок розгляду звернень споживачів фінансових послуг Страховиком, розміщений на вебсайті Страховика за посиланням: https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozvivachiv-finansovikh-poslug. Захист прав споживачів фінансових послуг здійснює Національний банк України та інші державні органи в межах своєї компетенції. 28.8. Страхувальник, Вигодонабувач, одержувач страхового відшкодування, Застрахована особа, потерпілий надає дозвіл (згоду) на здійснення використання відкритих мережесервісів 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).
--	--

Підпис Страховик
Прізвище, ініціали

Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту
«Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»))»
Публічної частини Договору страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку
(Частина 2)

Таблиця страхових виплат

№ статті	Найменування	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
1	2	3
Травми кісток черепа, нервової системи		
1.	Перелом кісток черепа: a) Зовнішньої пластинки кісток склепіння b) Склепіння c) Основи d) Склепіння і основи	5 15 20 25
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: a) Епідуральна b) Субдуральна, внутрішньо мозкова c) Епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	10 15 20
3.	Ушкодження головного мозку: a) Струс головного мозку при строку лікування від 3 до 13 днів b) Струс головного мозку при строку лікування 14 і більше днів c) Забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив d) Невидалені сторонні тіла з порожнини черепа (крім шовного і пластичного матеріалу) e) Розмічування речовини головного мозку (без опису симптоматики) Примітки: 1. якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово; 2. у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснюється за одним з підпунктів, в якому враховане найтяжче ушкодження. При ушкодженнях, вказаних у різних положеннях цього Додатку, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	3 5 10 15 50
4.	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до: a) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років b) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту; c) епілепсії; d) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки) e) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті); f) моноплегії (параліча однієї кінцівки); g) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції); h) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів. Примітки:	5 10 15 30 40 60 70

	- страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними в цій статті, проводиться за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у випадку, коли вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3 (трьох) місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи. Загальний розмір страхової виплати не може перевищувати 100 % страхової суми; - у випадку, коли Застрахованою особою (Страховальником) подані довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, страхова виплата проводиться за статтями 1, 2, 3, 5, 6 цього Додатку і цього пункту шляхом підсумовування; - у разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми, страхова виплата проводиться з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними пунктами цього Додатку шляхом підсумовування.	100
5.	Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється згідно із пунктом першим цього Додатку; положення даного пункту при цьому не застосовуються.	10
6.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, «кінського хвоста», поліомієліт, без зазначення симптомів: - струс спинного мозку; - ушиб спинного мозку; - здавлення спинного мозку, гематомієлія, поліомієліт; - частковий розрив спинного мозку; - повний розрив спинного мозку. Примітка: - у тому випадку, коли страхова виплата була проведена згідно підпунктами а), б), с), d) цього пункту, а надалі виникли ускладнення, перелічені у пункті 4 цього Додатку, що підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, страхова виплата за пунктом 4 цього Додатку здійснюється додатково до виплаченої раніше; - якщо у зв'язку із травмою хребта і спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково виплачується 15 % страхової суми одноразово.	5 10 30 50 100
7.	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів)	5
8.	Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плачового, поперекового, крижового сплетінь: - травматичний плексит сплетіння; - частковий розрив сплетіння; - повний розрив сплетіння. Примітки: - пункти 7 та 8 цього Додатку одночасно не застосовуються; - невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для страхової виплати.	10 40 70
9.	Розрив нервів: - гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кісті руки; - одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевозап'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів; - двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевозап'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів;	5 10 20

	d) одного: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного стегнового; e) двох і більше: пахового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового. Примітка: ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи і кисті руки не дають підстав для страхової виплати.	25 40
Травми органів 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:	
	a) неконцентричне;	10
	b) концентричне.	15
13.	Пульсуєчий екзофтальм одного ока	20
14.	Ушкодження ока, що не призвело до зниження гостроти зору: a) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема; b) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм. Примітки: 1. опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для страхової виплати; 2. у випадку, коли ушкодження, перелічені в цій статті, призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до пункту 20 цього Додатку; Даний пункт при цьому не застосовується. Якщо у зв'язку з ушкодженням очного яблука проводилася страхова виплата згідно з цим пунктом, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для страхової виплати в більшому розмірі, та така виплата зменшується на раніше виплачену суму; 3. поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для страхової виплати.	3 5
15.	Ушкодження слізопровідних шляхів одного ока: a) що не призвели до порушення функції слізопровідних шляхів; b) що призвели до порушення функції слізопровідних шляхів.	5 10
16.	Наслідки травми ока: a) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт; b) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихаз (неправильний ріст вій), заворот віка, невидалені сторонні тіла в очному яблуці та на тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та вік (крім шкіри). Примітки: 1. якщо внаслідок однієї травми настане декілька патологічних змін, перелічених у цій статті, страхова виплата здійснюється з урахуванням найтяжчого наслідку одноразово; 2. у випадку, коли лікар-окуліст не раніше, ніж через три місяці після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, що перелічені у пунктах 10, 11, 12, 13, 15 б), 16 цього Додатку і зниження гостроти зору, то страхова виплата проводиться з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше 50 % за одне око.	5 10
17.	Ушкодження ока (очей), що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, що мали зір не нижче 0,01	100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока	10
19.	Перелом орбіти ока	10
20.	Зниження гостроти зору (дивись Таблицю страхових виплат при зниженні гостроти зору внаслідок нещасного випадку)	
	Примітки:	

	1. рішення про страхову виплату у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеної травми. В таких випадках попередньо може бути проведена страхова виплата з урахуванням факту травми за пунктами 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. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче, ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0; 3. якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0; 4. у випадку, коли у зв'язку з після травматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована коригуюча лінза, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.	
Травми органів слуху		
21.	Ушкодження вушної раковини, що призвели до: a) перелому хряща; b) відсутності до 1/3 частини вушної раковини; c) відсутності 1/3 - 1/2 частини вушної раковини; d) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини. Примітка: рішення про страхову виплату згідно з підпунктами b), c), d) цього пункту приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата здійснена згідно з цим пунктом, положення пункту 58 цього Додатку не застосовуються.	3 5 10 30
22.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху: a) шепітна мова на відстані від 1 до 3 метрів; b) шепітна мова – до 1 метра; c) цілковита глухота (розмовна мова – 0). Примітка: рішення про страхову виплату у зв'язку із зниженням слуху внаслідок травми приймається після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня одержання травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до ЛОР-лікаря для визначення наслідків перенесеної травми. В таких випадках попередньо може бути проведена страхова виплата з урахуванням факту травми відповідно до умов цього пункту та підпункту a) пункту 24 цього Додатку (якщо є підстави).	5 15 25
23.	Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми і не призвів до зниження слуху Примітки: 1. якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, страхова виплата розраховується відповідно до пункту 22 цього Додатку. Даний пункт в такому випадку не застосовується; 2. якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), пункт 23 не застосовується.	5
24.	Ушкодження одного вуха, що призвело до після травматичного отиту: a) гострого отиту; b) хронічного отиту. Примітка: страхова виплата згідно з підпунктом b) цього пункту проводиться додатково у	3 5

	випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-лікарем через три місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата з урахуванням факту травми проводиться за відповідним пунктом цього Додатку.	
Травми органів дихальної системи		
25.	Перелом, вивих кісток, хряща носу, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки Примітка: якщо у зв'язку з травмою хряща носу станеться його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу й результатами лікарського огляду, страхова виплата проводиться згідно із цим пунктом та пунктом 58 цього Додатку (якщо є підстави для застосування цього пункту) шляхом підсумовування.	5
26.	Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини: а) з однієї сторони; б) з обох сторін. Примітки: 1. пневмонія, що розвинулась в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (крім ушкодження грудної клітини та органів грудної порожнини) не дає підстав для страхової виплати; 2. якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених у цьому пункті, страхова виплата за цим пунктом здійснюється додатково до виплат, передбачених пунктами 28 та 29 цього Додатку.	5 10
27.	Ушкодження грудної клітини та її органів, що призвело до: а) легеневої недостатності (після трьох місяців від дня травми); б) видалення долі, частини легені; с) видалення однієї легені. Примітка: при страховій виплаті згідно з підпунктами б), с) цього пункту, підпункт а) цього пункту не застосовується.	10 40 60
28.	Перелом грудини	5
29.	Перелом ребер: а) одного ребра; б) кожного наступного ребра. Примітка: 1. при переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата проводиться за загальних умов; 2. перелом хрящової частини ребра дає підставу для проведення страхової виплати; 3. якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість пошкоджених ребер, страхова виплата проводиться з урахуванням більшого числа поламаних ребер.	5 3
30.	Проникаючі поранення грудної клітини, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою: а) торакоскопія, торакоцентез, проникаючі поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не вимагало проведення торакотомії; торакотомія: б) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини; с) при ушкодженні органів грудної порожнини; д) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості). Примітки: 1. якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітини та її органів було проведено видалення легені чи її частини, страхова виплата проводиться відповідно до пункту 27 цього Додатку; даний пункт в такому випадку не застосовується;	5 10 15 10

	2. якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з урахуванням найскладнішого втручання одноразово.	
31.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не призвели до порушення функцій Примітка: якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія) додатково виплачується 5 % страхової суми.	5
32.	Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеотомія (трахеотомія), проведена у зв'язку з травмою, що призвели до: а) осиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менш ніж три місяці після травми; б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше, ніж шість місяців після травми. Примітка: страхова виплата згідно з цим пунктом проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою згідно з пунктом 31 цього Додатку. У випадку, коли Застрахована особа у своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, необхідно одержати висновок фахівця по закінченні трьох місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється згідно зі підпунктом 31 цього Додатку.	10 20
Травми серцево-судинної системи		
33.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не призвели до серцево-судинної недостатності	10
34.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності: а) I ступеня; б) II-III ступеня. Примітки: 1. до великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів; 2. якщо в довідці лікувального закладу не вказаний ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата проводиться згідно з підпунктом а) цього пункту.	10 25
35.	Ушкодження великих периферичних судин, що не призвели до порушення кровообігу, на рівні: а) плеча, стегна; б) передпліччя, гомілки.	10 5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, що призвели до судинної недостатності Примітки: 1. до великих периферичних судин слід відносити: підключичні, пахові, плечові, ліктьові та променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні та задні великогомілкові артерії; плече головні, підключичні, під пахові, стегнові й підколінні вени; 2. якщо Застрахована особа в своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, слід одержати висновок спеціаліста; 3. страхова виплата згідно з пунктом 34 цього Додатку та цим пунктом здійснюється додатково, якщо вказані в цих пунктах ускладнення травми будуть встановлені у лікувально-профілактичних закладах по закінченні трьох місяців після травми, та підтверджені довідкою цього закладу; 4. якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою встановлення судинного русла, додатково виплачується 10 %	20

	страхової суми.	
Травми органів травлення		
37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи: а) перелом однієї кістки, вивих щелепи; б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки. Примітки: 1. при переломі щелепи, що стався випадково під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних умовах; 2. перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для страхової виплати; 3. якщо у зв'язку з травмою щелепи, виличних кісток проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.	5 10
38.	Звичайний вивих щелепи Примітка: при звичному вивиху нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до виплати, що проводилась згідно з пунктом 37 цього Додатку, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної під час дії Договору страхування та протягом трьох років після неї. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.	10
39.	Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності: а) частини щелепи (крім альвеолярного відростка); б) щелепи. Примітки: 1. при страховій виплаті у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості; 2. у тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, процент страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування; 3. при страховій виплаті згідно з цим пунктом, додаткова страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.	40 80
40.	Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, обмороження), що призвели до утворення рубців (незалежно від їх розміру)	3
41.	Ушкодження язика, що призвели до: а) відсутності кінчика язика; б) відсутності дистальної третини язика; в) відсутності язика на півні середньої третини; г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика.	10 15 30 60
42.	Ушкодження зубів, що призвели до: а) відлому коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня); б) втрати: - одного зуба; - 2-3 зубів; - 4-6 зубів; - 7-9 зубів; - 10 і більше зубів. Примітки: 1. при переломі чи втраті внаслідок травми зубів з незнімними протезами страхова виплата проводиться з урахування втрати лише опорних зубів. При ушкодженні внаслідок травми знімних протезів страхова виплата не проводиться; 2. при втраті або переломі молочних зубів у дітей віком до п'яти років страхова виплата проводиться на загальних умовах;	3 5 10 15 20 25

	3. при втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати визначається згідно з пунктом 37 цього Додатку та цим пунктом шляхом підсумовування; 4. якщо у зв'язку з травмою зуба була проведена виплата згідно з підпунктом а) цього пункту, а в подальшому цей зуб був видалений, то з суми, належної до виплати, вираховується сума раніше виплачена; 5. якщо видалений у зв'язку з травмою зуб був імплантований, то страхова виплата здійснюється на загальних умовах згідно з цим пунктом. У випадку видалення цього зуба, додаткова виплата не здійснюється.	
43.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогастростомія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями 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; б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу. Примітка: процент страхової виплати згідно з цим пунктом визначається не раніше, ніж через шість місяців від дня травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється попередньо відповідно до пункту 43 цього Додатку, та цей відсоток вираховується, коли приймається остаточне рішення.	40 100
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвело до: а) холециститу, дуоденіту, гастриту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту; б) рубльового звуження(деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору; в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності; г) кишкового свища, кишково-піхвового свища, свища підшлункової залози; д) протиприродного заднього проходу (колостоми). Примітки: 1. при ускладненнях травми, передбачених у підпунктах а), б), в) цього пункту, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченні трьох місяців після травми, а передбачені в пунктах г) та д) цього пункту – по закінченні шести місяців після травми. Вказані ускладнення травми визнаються лише в тому випадку, коли вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється згідно з пунктом 43 цього Додатку і цей відсоток не вираховується при прийнятті остаточного рішення; 2. якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному підпункті, то страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних підпунктах цього пункту, страхова виплата здійснюється з урахування кожного з них шляхом підсумовування.	5 10 25 50 100
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 Примітки: 1. страхова виплата згідно з цим пунктом виплачується додатково до страхової виплати, призначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми;	10

	2. грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошонкові), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для страхової виплати.	
47.	Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до: а) під капсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатозу; б) печінкової недостатності	5 10
48.	Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до: а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура; б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура; в) видалення частини печінки; г) видалення частини печінки та жовчного міхура	15 20 25 35
49.	Ушкодження селезінки, що призвело до: а) під капсульного розриву селезінки, що не вимагав оперативного втручання; б) видалення селезінки	5 30
50.	Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечника, брижі, що призвели до: а) утворення псевдокісти підшлункової залози; б) резекції шлунку, кишечника, підшлункової залози; в) видалення шлунку	20 30 60
51.	Ушкодження органів черева, у зв'язку з якими проведені: а) лапароскопія (лапароцентез); б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом); в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом); г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості). Примітки: 1. якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати згідно з пунктами 47-50 цього Додатку, та дана стаття (крім підпункту г) не застосовується; 2. якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, та страхова виплата здійснюється згідно з відповідними пунктами та підпунктом а) цього пункту одноразово; 3. у тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть пошкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статеві системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата в розмірі 5 % згідно з пунктом 55 цього Додатку.	5 10 15 10
Травми сечовивідної та статеві систем		
52.	Ушкодження нирки, що призвело до: а) забою нирки, під капсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання; б) видалення частини нирки; в) видалення нирки	5 30 60
53.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до: а) циститу, уретриту; б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу; в) зменшення об'єму сечового міхура; г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу; д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-	5 10 15 25

	синдрому, синдрому розміжчення), хронічної ниркової недостатності; f) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів Примітки: - якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, то розмір страхової виплати визначається згідно з одним з підпунктів цього пункту, що враховує найважчі наслідки ушкодження; - страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в підпунктах а), с), d), е), f) цього пункту здійснюється в тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченні трьох місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється згідно з пунктом 52 або 55 а) цього Додатку і цей відсоток не враховується, коли приймається остаточне рішення стосовно страхової виплати.	30 40
54.	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи: - цистостомія; - при підозрі на ушкодження органів; - при пошкодженні органів; - повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості). Примітка: Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється згідно з пунктом 52 (b, c) цього Додатку; цей пункт при цьому не застосовується.	5 10 15 10
55.	Ушкодження органів статеві або сечовидільної системи: - поранення, розрив, опік, відмороження; - згвалтування особи у віці: - до 15-ти років; - від 15-ти до 18-ти років; 18-ть років і більше	5 50 30 15
56.	Ушкодження статеві системи, що призвело до: - видалення одного (єдиного) яєчника, одної (єдиної) маткової труби, яєчка; - видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена; - втрати матки у жінок віком: - до 40 років; - від 40 до 50 років; 50 і більше. - втрати статевого члена, у тому числі разом з яєчками.	15 30 50 30 15 50
Травми м'яких тканин		
57.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні ший, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до: - утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 сантиметрів; - утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 сантиметри і більше; - значного порушення косметики; - різкого порушення косметики; - спотворення. Примітки: - до косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над поверхнею шкіри, стягують тканини. Спотворення – це різка зміна природного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій; - якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням	3 5 10 30 70

	відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, та страхова виплата здійснюється з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичу в тому чи іншому ступені; 3. якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була здійснена відповідна страхова виплата, а потім Застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), то страхова виплата здійснюється знову з урахуванням наслідків повторної травми.	
58.	Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею: a) від 2,0 см² до 5,0 см² або довжиною 5 см і більше; 3 b) від 5,0 см² до 0,5 % поверхні тіла; 5 c) від 0,5 % до 2,0 % поверхні тіла; 10 d) від 2,0 % до 4,0 % поверхні тіла; 15 e) від 4,0 % до 6,0 % поверхні тіла; 20 f) від 6,0 % до 8,0 % поверхні тіла; 25 g) від 8,0 % до 10 % поверхні тіла; 30 h) від 10 % до 15 % поверхні тіла; 35 i) від 15 % та більше поверхні тіла. 40 Примітки: 1. 1 % поверхні тіла Застрахованої особи дорівнює площині поверхні долоні його кисті та пальців. Ця площа визначається у квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променезап'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, яка вимірюється на рівні гілок II-V п'ястних кісток (без урахування I пальця); 2. при визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на січці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри; 3. якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів), цей пункт не застосовується.	
59.	Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею: a) від 1 % до 2 % поверхні тіла; 3 b) від 2 % до 10 % поверхні тіла; 5 c) від 10 % до 15 % поверхні тіла; 10 d) 15 % і більше. 15 Примітки: 1. рішення про здійснення страхової виплати згідно з пунктом 59 цього Додатку приймається з урахуванням даних лікарського огляду, що проводиться після загоєння поверхонь ран, але не раніше, ніж через один місяць після травми; 2. загальна сума страхових виплат згідно з цим пунктом не повинна перевищувати 40 % страхової суми, встановленої в Договорі страхування.	
60.	Опікова хвороба, опіковий шок Примітка: страхова виплата згідно цим пунктом здійснюється додатково до страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з опіком.	10
61.	Ушкодження м'яких тканин: a) забій, садна м'яких тканин; 1 b) ушкодження, розтягнення зв'язок, сухожилок; 3	

	с) невидалені сторонні тіла; д) м'язова грижа, після травматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 см²; е) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття аутотрансплантата, розрив м'язів. Примітки: 1. страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язовою грижею або після травматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення травми мають місце по закінченні одного місяця від дня травми; 2. рішення про здійснення страхової виплати згідно з підпунктом д) цього пункту приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через один місяць після травми.	3 3 5
Травми хребта		
62.	Перелом, переломо-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (крім крижів та куприка): а) одного – двох; б) трьох – п'яти; в) шести і більше.	20 30 40
63.	Розрив між хребцевих зв'язків (при строку лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (крім куприка) Примітка: при рецидивах підвивиху хребця страхова виплата не здійснюється.	5
64.	Перелом окремого остистого або поперекового відростка	3
65.	Перелом крижів	10
66.	Ушкодження куприк: а) підвивих куприкових хребців; б) вивих куприкових хребців; в) перелом куприкових хребців. Примітки: 1. якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижів та куприка) проводились оперативні втручання, то додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово; 2. у випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата здійснюється з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування; 3. у випадку, коли внаслідок однієї травми стався перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата здійснюється одноразово згідно з пунктом, що передбачає найважче ушкодження.	3 5 10
Травми верхніх кінцівок		
67.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудино-ключичного зчленувань: а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування; б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, переломо-вивих ключиці; в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування; г) незрощений перелом (псевдосуглоб). Примітки: 1. у випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у цьому пункті 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 здійснення страхової виплати згідно	5 10 15 15

	з пунктом 59 цього Додатку приймається виходячи з результатів лікарського огляду, проведеного після загоєння рани; 3. страхова виплата у зв'язку з незрошеним переломом (псевдосуглобом) здійснюється у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі по закінченні шести місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Така страхова виплата є додатковою.	
Травми плечового суглоба		
68.	Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків суглобової сумки): а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча; б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча; в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелом-вивих плеча.	5 10 15
69.	Ушкодження плечового поясу, що призвели до: а) звичного вивиху плеча; б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу); в) «бовтаючогося» плечового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають. Примітки: 1. страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до страхової виплати, що була проведена у зв'язку з ушкодженням ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення шести місяців з дня травми й підтверджені довідкою лікувального закладу; 2. у випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми; 3. страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом трьох років після первинного вивиху, що стався під час дії Договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилось вправлення плеча. У разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.	15 20 40
Травми плеча		
70.	Перелом плечової кістки: а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина); б) подвійний перелом.	15 20
71.	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрошеного перелому (псевдосуглобу) Примітки: 1. страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до страхової виплати, що була проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченні дев'яти місяців після травми; 2. якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми.	45
72.	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації: а) з лопаткою, ключицею або їх частиною; б) плеча на будь-якому рівні; в) єдиної кінцівки на рівні плеча.	80 75 100

	Примітка: додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
Травми ліктьового суглоба		
73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба: a) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя; b) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) над виростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки; c) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя; d) перелом плечової кістки; e) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками. Примітка: у випадку, якщо внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перераховані у цьому пункті, то страхова виплата здійснюється відповідно до підпункту, що враховує найтяжче ушкодження.	3 5 10 15 20
74.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до: a) відсутності рухів у суглобі (анкілозу); b) «бовтаючогося» ліктьового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його Примітки: 1. страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченні шести місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу; 2. у тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	20 30
Травми передпліччя		
75.	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина): a) перелом, вивих однієї кістки; b) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	5 10
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя: a) однієї кістки; b) двох кісток. Примітка: страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою передпліччя, якщо ще ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні дев'яти місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.	15 30
77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до: a) ампутації передпліччя на будь-якому рівні; b) екзартикуляції у ліктьовому суглобі; c) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя. Примітки: 1. якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово; 2. якщо страхова виплата здійснюється згідно з цим пунктом, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	65 70 100
Травми променевоzap'ястного суглоба		

78.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба: а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки; б) перелом двох кісток передпліччя; в) перілунарний вивих кисті.	5 10 15
79.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі Примітки: 1. страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до виплати у зв'язку з ушкодженням ділянки променевозап'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через шість місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу; 2. якщо у зв'язку з травмою ділянки променевозап'ястного суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми.	15
Травми кисті		
80.	Перелом або вивих кісток зап'ястя, п'ястних кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної); б) двох і більше кісток (крім човноподібної); в) човноподібної кістки; г) вивих, перелоמו-вивих кисті. Примітки: 1. якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово; 2. у разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ястних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	5 10 10 15
81.	Ушкодження кисті, що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглобу) однієї чи декількох кісток (крім відриву кісткових фрагментів); б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ястних кісток зап'ястя або променевозап'ястного суглоба; в) ампутації єдиної кисті. Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ястних кісток здійснюється додатково згідно з підпунктом а) цього пункту у тому випадку, коли ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через шість місяців від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.	10 65 100
Травми пальців кисті		
82.	Ушкодження першого пальця, що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розпінателя пальця; б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильного, суглобового, кісткового панариція. Примітки: 1. гнійне запалення навколо нігтьового валика (парохінія) не дає підстав для страхової виплати; 2. якщо у зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.	3 5

83.	Ушкодження першого пальця, що призвели до: a) відсутності рухів в одному суглобі; b) відсутності рухів у двох суглобах. Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції першого пальця здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через шість місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.	10 15
84.	Ушкодження першого пальця, що призвело до: a) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги; b) ампутації на рівні нігтьової фаланги; c) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги); d) ампутації на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця); e) ампутації пальця з п'ястною кісткою або її частиною. Примітка: якщо страхова виплата проведена згідно із цим пунктом, то додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	5 10 15 20 25
85.	Ушкодження одного пальця (крім першого), що призвело до: a) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця; b) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль). Примітки: 1. гнійне запалення навколо нігтьового валика (парохінія) не дає підстав для здійснення страхової виплати; 2. якщо у зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додаткового виплачується 5 % страхової суми одноразово.	3 5
86.	Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до: a) відсутності рухів в одному суглобі; b) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця. Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково о виплати, що проведена у зв'язку з його травмою у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через шість місяців від дня травми та підтверджена довідкою цього закладу.	5 10
87.	Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до: a) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги; b) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги; c) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг; d) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця; e) втрати пальця з п'ястною кісткою або її частиною. Примітки: 1. якщо страхова виплата здійснена згідно з цим пунктом, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється; 2. при пошкодженні декількох пальців в період чинності одного Договору страхування, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте, розмір такої виплати не повинен перевищувати 65 % страхової суми для однієї кисті та 100 % страхової суми для обох.	3 5 10 15 20
Травми тазу		
88.	Ушкодження таза:	

	a) перелом однієї кістки; b) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки; c) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань. Примітка: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	5 10 15
89.	Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у кульшових суглобах: a) в одному суглобі; b) у двох суглобах. Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції кульшового суглоба (суглобів) здійснюється за цим пунктом додатково до страхової виплати у зв'язку з травмами таза у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через шість місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.	20 40
Травми нижніх кінцівок		
90.	Ушкодження кульшового суглоба: a) відрив кісткового фрагмента (фрагментів); b) ізольований відрив рожну (рожнів); c) вивих стегна; d) перелом голівки, шийки, проксимального метафіза стегна. Примітки: 1. у тому випадку, коли внаслідок однієї травми матимуть місце різні ушкодження кульшового суглоба, страхова виплата здійснюється згідно з одним із підпунктів, що передбачає найважчі ушкодження; 2. якщо у зв'язку з травмою кульшового суглоба проводились оперативні втручання, то додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	5 10 15 25
91.	Ушкодження кульшового суглоба, що призвели до: a) відсутності рухів (анкілозу); b) незрощеного перелому шийки стегна; c) ендопротезування; d) «бовтаючогося» суглоба внаслідок резекції голівки стегна. Примітки: 1. страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у цьому пункті, здійснюється додатково до страхової виплати, проведеної у зв'язку з травмами суглоба; 2. страхова виплата згідно з підпунктом b) цього пункту здійснюється у тому випадку, якщо це ускладнення встановлено у лікувальному закладі, але не раніше ніж через дев'ять місяців від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.	20 30 40 45
92.	Перелом стегна: a) на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина); b) подвійний перелом стегна.	25 30
93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому Примітки: 1. якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово; 2. страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення встановлюється у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше ніж через дев'ять місяців від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.	30
94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що привело до ампутації	

	кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки; б) єдиної кінцівки. Примітка: якщо страхова виплата була здійснена згідно з цим пунктом, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	70 100
95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба: а) гемартроз, вивих надколінника; б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом над виростка (над виростків), перелом головки маломілкової кістки, ушкодження меніска; в) перелом: надколінника, між виросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки; г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малого мілкої кістки; д) перелом відростків стегна, вивих гомілки; е) перелом дистального метафіза стегна; ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток. Примітки: 1. при поєднанні різних пошкоджень колінного суглоба, страхова виплата здійснюється одноразово відповідно до одного з підпунктів цього пункту, що передбачає найтяжче ушкодження; 2. якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	3 5 10 15 20 25 30
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до: а) відсутності рухів у суглобі; б) «бовтаючогося» колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають; в) ендопротезування. Примітка: Страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою колінного суглоба.	20 30 40
97.	Перелом кісток гомілки (крім ділянки суглобів): а) маломілкової кістки, відрив кісткових фрагментів; б) великогомілкової кістки, подвійний перелом маломілкової кістки; в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової кістки. Примітки: 1. страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється у разі: - перелому маломілкової кістки у верхній і середній третині; - перелому діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - перелому великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та перелому маломілкової кістки у верхній або середній третині. 2. якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступеневому суглобі та перелом маломілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата здійснюється згідно з цим пунктом та пунктом 96 цього Додатку або пунктами 101 та 98 цього Додатку шляхом підсумовування.	5 10 15
98.	Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглобу (крім кісткових фрагментів): а) маломілкової кістки; б) великогомілкової кістки; в) обох кісток. Примітки:	5 15 20

	1. страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється додатково до виплати у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі але не раніше ніж через дев'ять місяців від дня травми й підтверджені довідкою такого закладу; 2. якщо у зв'язку з травмою гомілки здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.	
99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвели до: a) ампутації гомілки на будь-якому рівні; b) екзартикуляції в колінному суглобі; c) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки. Примітка: якщо страхова виплата була здійснена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	60 70 100
Травми гомілковоступеневого суглоба		
100.	Ушкодження ділянки гомілко ступневого суглоба: a) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив між гомілкового синдесмозу; b) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки; c) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки. Примітки: 1. при переломах кісток гомілко ступневого суглоба, що супроводжувались розривом між гомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово; 2. якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступеневого суглоба здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної допомоги та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово	5 10 15
101.	Ушкодження ділянки гомілко ступневого суглоба, що призвело до: a) відсутності рухів у гомілкоступневому суглобі; b) «бовтаючогося» гомілкоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають); c) екзартикуляції в гомілкоступневому суглобі. Примітка: якщо в результаті травми гомілкоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в цьому пункті, то страхова виплата здійснюється згідно з одним з підпунктів цього пункту, що враховує найбільш тяжкий наслідок.	20 40 50
102.	Ушкодження ахіллової сухожилля: a) при консервативному лікуванні; b) при оперативному лікуванні.	5 15
Травми стопи		
103.	Ушкодження стопи: a) перелом, вивих однієї кістки (крім п'яткової і таранної); b) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки; c) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яткової кістки, під таранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсневому суглобі (Лісфранка). Примітки: 1. якщо у зв'язку з переломом або вивихом кістки або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово; 2. при переломах або вивихах кісток стопи, що настали внаслідок різних травм, страхова виплата здійснюється з урахуванням факту кожної травми.	5 10 15

104.	Ушкодження стопи, що призвело до: a) незрощеного перелому (псевдосуглобу) однієї-двох кісток (крім п'яткової і таранної кісток); b) незрощеного перелому (псевдосуглобу) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яткової кісток; c) артродез під таранного суглоба, поперекового суглоба передплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсневого (Лісфранка); ампутації на рівні: d) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи); e) плюсневих кісток або передплюсни; f) таранної, п'яткової кісток (втрати стопи). Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими підпунктами a), b), c) цього пункту здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою стопи у тому випадку, якщо ці ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше, ніж через шість місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а у випадках, передбачених підпунктами d), e), f) цього пункту – незалежно від строку, що мину після травми.	5 15 20 30 40 50
Травми пальців стопи		
105.	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль): a) одного пальця, крім першого; b) двох-трьох пальців або першого; c) чотирьох пальців (II – V). Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожиль пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % страхової суми одноразово.	3 5 10
106.	Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації: першого пальця: a) на рівні нігтьової фаланги або між фалангового суглоба; b) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба; другого, третього, четвертого, п'ятого пальців: c) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; d) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів; e) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; f) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів. Примітки: 1. у тому випадку, коли страхова виплата здійснюється відповідно до цього пункту, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється; 2. якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця плюсневою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.	5 10 5 10 15 20
107.	Ушкодження, що призвело до: a) утворення лігатурних свищів; b) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки; c) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту. Примітки: 1. даний пункт застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через шість місяців від дня травми (крім ушкодження великих периферичних судин і нервів); 2. нагною вальні запалення пальців не дають підстав для здійснення	3 5 10

страхової виплати.		
Інші нещасні випадки		
108.	Травматичний шок, геморагічний шок, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою Примітка: Страхова виплата згідно цим пунктом здійснюється додатково до виплат у зв'язку з травмою.	5
109.	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий або після прищеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси отруйних змій, комах, правець, сказ (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів): а) при стаціонарному лікуванні від двох до шести діб; б) від семи до тринадцяти діб; в) від чотирнадцяти діб і більше. Примітка: якщо внаслідок випадків, вказаних у цьому пункті виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, страхова виплата здійснюється додатково згідно з відповідними пунктами цього Додатку.	3 5 10

Таблиця страхових виплат при зниженні гостроти зору внаслідок нещасного випадку

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

	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	нижче 0,1	30
	0,0	40
0,6	0,5	5
	0,4	5
	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	нижче 0,1	20
	0,0	25
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	нижче 0,1	15
	0,0	20
0,4	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	нижче 0,1	15
	0,0	20
0,3	0,2	5
	0,1	5
	нижче 0,1	10
	0,0	20
0,2	0,1	5
	нижче 0,1	10
	0,0	20
0,1	нижче 0,1	10
	0,0	20
нижче 0,1	0,0	20

Примітки:

1. до повної сліпоти (0,0) прирівнюється гострота зору нижча за 0,01;
2. при видаленні в результаті травми очного яблука, що володіло до нещасного випадку зором, а також при його зморщуванні виплачується 10 % страхової суми.

Додаток 2 до Загальних умов страхового продукту
«Повне особисте страхування «Країна.Живиця» (для клієнтів АТ «А-БАНК»))»
Публічної частини Договору страхування на випадок хвороби та страхування від нещасного випадку
(Частина 2)

Перелік хвороб

№	Захворювання	Розмір виплати згідно з п. 12.2.2.2. Загальних умов, % страхової суми захворювання	Розмір виплати згідно з п. 12.2.2.3. Загальних умов, % страхової суми невідкладне (ургентне) хірургічне втручання	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:				
1	Гострий інфаркт міокарду	50	+15 тільки за умови аорто-коронарного шунтування, всі інші втручання виключено)	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	+15	30 днів
3	Гострий перикардит	40	+15	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	+15	30 днів
5	Гострий міокардит	30	Не передбачено	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	+20	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	+10	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
10	Флеботромбоз	15	+10	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	+25	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40	Не передбачено	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	+20	90 днів
16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	Не передбачено	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	Не передбачено	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	50	+20 (аортопластика розшарованої ділянки аорти)	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	40	+20	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	+20	7 днів

II. Хвороби крові, кровотворних органів:				
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення脾енектомії)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	Не передбачено	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	Не передбачено	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	+10 (за умови проведення脾енектомії)	90 днів
III. Хвороби органів дихання:				
25	Гострий тонзиліт	2	+5	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	Не передбачено	30 днів
27	Емфізема	8	Не передбачено	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	+10	30 днів
29	Плеврит	10	+10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	+10	7 днів
31	Гемоторакс	10	+10	7 днів
32	Бронхоекстатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	+20	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	Не передбачено	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:				
35	Защемлена пахова, стегнова кила	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з	90 днів

			розтином тканин черевної стінки)	
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	Не передбачено	30 днів
	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	15 днів
43	Панкреонекроз	45	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
45	Гострий апендицит	15	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
46	Печінкова колька	2	+10 (видалення жовчного міхура)	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	+5	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	+5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	+10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи:				
50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	5	+15	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтином тканин черевної стінки)	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
54	Гострий уретрит	5	Не передбачено	90 днів
55	Гострий цистит	2	Не передбачено	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	Не передбачено	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	+10	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	+10	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	+10	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	+10	90 днів

61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	+10	90 днів
VI. Хвороби кістковом'язевої системи та сполучної тканини:				
63	Ревматизм в активній фазі	10	Не передбачено	90 днів
64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	Не передбачено	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	Не передбачено	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	Не передбачено	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	Не передбачено	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	Не передбачено	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	Не передбачено	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	Не передбачено	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	+10	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:				
77	Гіпотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	Не передбачено	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	+10	90 днів
79	Гострий тиреоїдит	15	+10	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	Не передбачено	90 днів
81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	Не передбачено	90 днів
82	Цукровий діабет інші типи (окрім гестаційного) (вперше виявлений)	10	Не передбачено	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи:				
83	Ураження трійчастого нерва	5	Не передбачено	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	5	Не передбачено	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	Не передбачено	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	Не передбачено	90 днів

87	Міастенія гравіс	10	Не передбачено	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха:				
88	Кератити	5	+10	90 днів
89	Іридоцикліти	5	+10	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	+10	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	+10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	+10	90 днів
93	Виразки роговиці	10	+10	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	+10	30 днів
95	Хвороби слізозових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого кератокон'юнктивіту))	5	+10	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	Не передбачено	30 днів
97	Гострий середній отит	2	Не передбачено	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	+10	30 днів
99	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	+15	30 днів
X. Новоутворення:				
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
Злоякісні новоутворення молочної залози				
105	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки				
106	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок			

	до 35 років	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
110	Лейкоз	50	+20	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	Не передбачено	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	+20	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	+10	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	+10	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти, незалежно від органу чи тканин, в яких вона утворилася)	5	+10	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби:				
117	Холера	15	Не передбачено	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	+10 (вторинні гнійні вогнища, перфорації кишківника)	30 днів
119	Сальмонельоз	10	Не передбачено	30 днів
120	Ботулізм	15	Не передбачено	30 днів
121	Дизентерія (шигелъоз, амебіаз)	10	Не передбачено	30 днів
122	Туляремія	15	Не передбачено	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	Не передбачено	30 днів
124	Сибірська виразка	20	Не передбачено	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	Не передбачено	30 днів
126	Скарлатина	4	Не передбачено	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонарного лікування)	4	Не передбачено	30 днів
128	Вітряна віспа	2	Не передбачено	30 днів
129	Кір	2	Не передбачено	30 днів
130	Краснуха	2	Не передбачено	30 днів
131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	Не передбачено	30 днів
132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	+15 (резекція легень, видалення легені, торакопластика)	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	Не передбачено	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	Не передбачено	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	Не передбачено	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	Не передбачено	30 днів

137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	Не передбачено	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	Не передбачено	30 днів
139	Лептоспіроз	20	Не передбачено	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	Не передбачено	30 днів
141	Лейшманіоз	20	Не передбачено	30 днів
142	Інфекційний мононуклеоз	10	Не передбачено	30 днів
143	Малярія	15	+15 (спленектомія)	30 днів
144	Сепсис	30	+10 (видалення вторинних гнійних вогнищ при септикопіємії)	30 днів

Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)

Загальні умови страхового продукту (Частина 2 Договору) Країна.Живиця з 06.08.26.pdf

Документ відправлено: 10:50 04.08.2026

Відправник документу**Електронний підпис**

10:50 04.08.2026

ЄДРПОУ/ІПН: 20842474

Юр. назва: АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "КРАЇНА"

Власник ключа: Наконечний Олександр Васильович

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 10:50 04.08.2026

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 3FAA9288358EC003040000001DED1700BCC7E900

Тип підпису: удосконалений

Тип сертифікату: кваліфікований

Електронна печатка

10:50 04.08.2026

ЄДРПОУ/ІПН: 20842474

Юр. назва: АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "КРАЇНА"

Власник ключа: АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "КРАЇНА"

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 10:50 04.08.2026

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 3FAA9288358EC0030400000021ED1700D6C4E500

Тип підпису: удосконалений

Тип сертифікату: кваліфікований