

Загальні умови страхового продукту
«Комплексне страхування здоров'я»

1.	Ведення редакції в дію	Ця редакція Загальних умов страхового продукту «Комплексне страхування здоров'я» (далі – Загальні умови) діє з 27.12.2024 р. та припиняє дію із введенням у дію нової редакції або скасування Загальних умов.
2.	Клас страхування, ризик	2.1. 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, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання. 2.2. Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Ризик у межах класу страхування: 2.2.1. страхування на випадок хвороби; 2.2.2. медичне страхування.
3.	Сфера застосування загальних умов	3.1. Ці Загальні умови поширюються на окремо визначенні Страховиком Договори комплексного страхування, що розробляються індивідуально для конкретного Страхувальника за рішенням Страховика. 3.2. Загальні умови розробляються і затверджуються Страховиком відповідно до Закону України «Про страхування» (далі – Закон про страхування), внутрішньої політики Страховика з андерайтингу, внутрішньої політики Страховика з розроблення та впровадження страхових продуктів, а також інших внутрішніх документів Страховика. 3.3. Загальні умови визначають загальні умови і порядок здійснення страхування за страховим продуктом. 3.4. Обсяг страхового покриття, включаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню, визначаються в договорі страхування при його укладенні відповідно до цих Загальних умов. 3.5. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами.
4.	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	4.1. Аматорський (любительський) спорт – безоплатний напрям діяльності у спорті, в якому відсутній дохід у будь якій формі та спеціальна фізкультурно-оздоровча чи спортивна освіта. 4.2. Альтернативна консультація - це консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку винятків), за яким вже є встановлений попередній та/або остаточний діагноз і надані рекомендації. 4.3. Амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі в поліклінічних медичних закладах, на умовах Договору та Програми страхування. 4.4. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства. 4.5. 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.

	<p>4.6. Гострий біль - реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.</p> <p>4.7. Договір (Договір страхування) – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату особі, визначеній договором страхування або законодавством шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості, в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.</p> <p>4.8. Додаткові розхідні матеріали (витратні матеріали) – вироби медичного призначення, окрім наступного переліку: спирт, шприци та голки одноразові для ін'єкцій, катетери для системи кровообігу, засоби для вливання крові; марля медична, пакети перев'язочні, пов'язки перев'язочні, вата медична, бинти марлеві, гіпсові бинти; лейкопластири; рукавички латексні (стерильні та нестерильні), рукавички спеціальні (вінілові, нітрилові); рентгенівські плівки; шовний матеріал; голки та набори для анестезії (епідуральний, спинальний); скальпелі, леза.</p> <p>4.9. Екстремальні види спорту – види спорту, що несуть підвищену небезпеку для життя та здоров'я Застрахованої особи включаючи, але не обмежуючись заняття альпінізмом, скелелазінням, спелеологією; планеризмом, стрибками з парашутом та іншими подібними видами спорту та розваг, в яких існує елемент «вільного падіння»; верховою їздою, кінним спортом, катанням на тваринах; фрістайл-акробатикою; дайвінгом, підводними видами спорту чи розваг; мото- та автоспортом, а також іншими видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин; контактними видами спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, рукопашний бій, традиційне карате, кікбоксінг, бокс, дзюдо, боротьба самбо); хокеєм з шайбою; важкою атлетикою; спортивною гімнастикою; багатоборством; регбі; гірськолижним (у т.ч. катання на сноуборді) та лижним спортом (крім бігових лиж); бобслеєм; катанням на ковзанах (крім непрофесійного катання в спеціально обладнаних для цього місцях); водним туризмом; слаломом; художньою гімнастикою; легкою атлетикою; стрільбою з лука; стендовою та кульовою стрільбою; фехтуванням; віндсерфінгом; вітрильним спортом; акробатикою; стрибками на батуті; велосипедним спортом (участью в будь-яких змаганнях та гонках з велоспорту; заняття (в тому числі аматорське) видами велосипедного спорту, що несуть підвищений ризик травмування включаючи, але не обмежуючись: крос-кантрі, швидкісний спуск, байкер-крос, фрірайд, BMX, дерт, флетленд, тріал, дуал, інші види маунтінбайкінгу та мотокросу).</p> <p>4.10. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин) стаціонарному лікуванні.</p>
--	---

	<p>4.11. Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога – це комплекс заходів, що надається Застрахованій особі при гострому зубному болю, в екстреному порядку, при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до Страховика. Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога надається виключно при: гострому глибокому карієсі, всіх формах пульпітів, загостренні всіх хронічних форм періодонтитів, періоститі, альвеоліті, остеомієліті, перікоронариті, флегмоні і абсцесі щелепно-лицьової області, невралгії трійчастого нерва, закупорці проток слинних залоз.</p> <p>4.12. Загострення хронічного захворювання – період перебігу хронічного захворювання впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та/або іншого лікування до досягнення стадії ремісії, зняття стадії загострення, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я, структурних змін та функціональних розладів тканин та органів та/або загрожувати життю Застрахованої особи.</p> <p>4.13. Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.</p> <p>4.14. Застрахована особа (ЗО) – фізична особа – працівник Страхувальника, прийнятий на роботу на відповідну посаду або з яким встановлені інші форми трудових відносин, член сім'ї працівника та інша фізична особа, яка вказана в Договорі за погодженням Сторін.</p> <p>4.14. Зняття больового синдрому - в рамках Договору – зняття болю, що надається в обсязі забезпечення препаратами із знеболювальною дією протягом 7 днів на один випадок.</p> <p>4.15. Картка Застрахованої особи (Картка) – індивідуальна пластикова або електронна картка, що видається Страховиком кожній Застрахованій особі та засвічує факт страхування цієї особи.</p> <p>4.16. Категорія закладу охорони здоров'я – категорія, що присвоюється кожному закладу охорони здоров'я за рішенням Страховика в залежності від вартості послуг та сервісної політики закладу охорони здоров'я.</p> <p>4.17. Лікарський засіб - будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.</p> <p>4.18. Ліміт страхової суми – встановлене Договором страхування обмеження в сумі виплати по одному чи ряду (групі) страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, виду збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо. Ліміт страхової суми не може перевищувати розміру страхової суми, в рамках якої він встановлюється.</p> <p>4.19. ЛКК - Лікарсько-консультативна комісія – орган, який проводить медико-соціальну експертизу хворим, що не досягли</p>
--	--

	<p>повноліття, і потерпілим від нещасного випадку на виробництві дітям віком від 15 до 18 років, дітям з інвалідністю з метою встановлення ступеня обмеження життєдіяльності під час взаємодії із зовнішнім середовищем та часу настання інвалідності.</p> <p>4.20. Медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.</p> <p>4.21. Медичне устаткування – це товари медичного призначення, що передбачені Українською класифікацією товарів зовнішньоекономічної діяльності (коди 9018 11 00 00 – 9021 90 90 00).</p> <p>4.22. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) - документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Чинною вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнається розділ МКХ.</p> <p>4.23. МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія – орган, який проводить медико-соціальну експертизу хворим, що досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, особам з інвалідністю з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації.</p> <p>4.24. Медико-соціальна експертиза – експертиза, що проводиться особам, що звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.</p> <p>4.25. Невідкладна (екстрена) медична допомога (Невідкладна допомога) – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям. Невідкладна медична допомога включає: виїзд бригади екстреної медичної допомоги, реанімаційні заходи, діагностичні та лікувальні процедури в рамках ресурсів бригади, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого, медикаментозне забезпечення в рамках ресурсів бригади виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги, медичну допомогу травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше), транспортування каретою невідкладної допомоги за медичними показаннями.</p> <p>4.26. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування.</p>
--	---

	<p>4.23.1. Під заподіянням шкоди здоров'ю 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.</p> <p>4.23.2. 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 ЗО, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання ЗО або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо.</p> <p>4.27. Нозологічна одиниця – це певна хвороба, яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів.</p> <p>4.28. Оздоровчі послуги - послуги, що надаються оздоровчим закладом чи особою, що мають ліцензію на надання відповідного виду оздоровчих послуг.</p> <p>4.29. Організація послуги – факт запису Застрахованої особи на консультацію, здійснення виклику лікаря або швидкої невідкладної допомоги, відправки заявки на отримання лікарських засобів в аптеку тощо.</p> <p>4.30. Основне захворювання – основним вважається те захворювання (травма), яке саме по собі або через свої ускладнення стало приводом для звернення за медичною допомогою, стало причиною госпіталізації та/або смерті. В якості основного захворювання повинна фігурувати тільки певна нозологічна одиниця.</p> <p>4.31. Основний клінічний діагноз - діагноз, який має бути сформульованим протягом трьох днів від початку обстеження Застрахованої особи, на його підставі виробляється подальша діагностична і терапевтична тактика.</p> <p>4.32. Остаточний діагноз - діагноз, який формується після завершення обстеження Застрахованої особи (тобто, коли діагноз є повністю обґрунтованим).</p> <p>4.33. 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, з урахуванням умов п. 8.9.3.1. Загальних умов), 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 терміну дії Договору.</p> <p>4.34. Планова медична допомога (лікування в плановому порядку) – комплекс медичних послуг, що надається при розладах здоров'я Застрахованої особи, що не становлять безпосередньої загрози її життю.</p> <p>4.35. Планова операція – операція, що може бути відкладеною більше, ніж на 48 годин від моменту постановки діагнозу.</p> <p>4.36. Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі за письмовим</p>
--	---

	<p>направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками протягом 24 годин.</p> <p>4.37. Планова стоматологічна допомога – це комплекс стоматологічних маніпуляцій, що включає лікування карієсу і його ускладнень, усунення дефектів тканин зуба некаріозної природи шляхом пломбування, видалення зубних відкладень, лікування захворювань тканин пародонту, видалення зруйнованих зубів і їх коренів, що не підлягають консервативному лікуванню, ортодонтичне та ортопедичне лікування (при наявності у Програмі страхування).</p> <p>4.38. Повторна консультація – консультація по результатах досліджень та/або проведеного лікування протягом 10 (десяти) днів після закінчення курсу лікування/результатів досліджень, якщо інший термін не передбачений Програмою страхування.</p> <p>4.39. Попередній діагноз – діагноз, який оформлюється безпосередньо при зверненні Застрахованої особи за медичною допомогою, визначає обсяг первинного діагностичного обстеження і початкову терапевтичну тактику.</p> <p>4.40. Провідні фахівці – провідні спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники клінік та будь-які інші спеціалісти закладу охорони здоров'я, вартість послуг яких перевищує вартість аналогічних послуг інших спеціалістів у преїскуранті цього закладу охорони здоров'я.</p> <p>4.41. Професійний спорт - комерційний напрям діяльності у спорті, пов'язаний з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні з метою отримання прибутку.</p> <p>4.42. Реконструктивні операції – втручання, що відновлюють або корегують функцію органу, частини тіла.</p> <p>4.43. Розлад здоров'я Застрахованої особи – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем її організму.</p> <p>4.44. Стабілізація стану – перебування Застрахованої особи в стані свідомості при відсутності прямої загрози життю.</p> <p>4.45. 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.</p> <p>4.46. Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.</p> <p>4.47. Страховий премія (страховий платіж, страховий внесок) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.</p> <p>4.48. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору або закону.</p> <p>4.49. Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.</p> <p>4.50. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства</p>
--	--

		<p>зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.</p> <p>4.51. Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.</p> <p>4.52. Супутнє захворювання – нозологічна форма (одиниця), етіологічно і патогенетично не пов'язана з основним захворюванням і його ускладненнями, яка не зробила на їх розвиток несприятливого впливу і не сприяла настанню смерті. Супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень.</p> <p>4.53. Травма - ушкодження тканин внаслідок впливу зовнішніх факторів (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення, розрив або втрата органів, поранення або розрив сухожилля, розтягнення зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дії іншої особи).</p> <p>4.54. Фітопрепарат – будь-який лікарський засіб, що містить виключно діючу(і) речовину(и) з однієї або більше рослинних субстанцій.</p> <p>4.55. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування та/або законодавством.</p> <p>4.56. Хондропротектор – будь-який лікарський засіб з діючою речовиною хондроїтин сульфат або глюкозамін.</p> <p>4.57. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.</p> <p>4.58. Хронічне захворювання в стадії ремісії (поза стадією загострення) - період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів).</p> <p>4.59. Член сім'ї Застрахованої особи - особи першого ступеня споріднення із Застрахованою особою – чоловік/дружина, які перебувають в зареєстрованому шлюбі з Застрахованою особою, діти, батьки, віком не старших 60 років (станом на останній день дії Договору).</p> <p>4.60. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 4 Загальних умов перелік понять та термінів.</p>
5.	Умови страхового покриття за договором страхування	<p>5.1. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованих осіб, зазначених в Договорі.</p> <p>5.2. Страховим ризиком є</p> <p>5.2.1. за класом страхування 1 – нещасний випадок, що з певною ймовірністю може відбутись в період дії Договору страхування, наслідком якого є тимчасова або стійка (встановлення груп інвалідності) втрата працездатності, розлад здоров'я Застрахованої особи та/або її смерть (загибель);</p> <p>5.2.2. за класом страхування 2, ризик в межах класу «страхування на випадок хвороби» - гостре захворювання та/або загострення хронічного захворювання, що було діагностовано вперше в житті Застрахованої особи під час дії Договору страхування та виникло після завершення періоду очікування.</p> <p>5.2.3. за класом страхування 2, ризик в межах класу «медичне страхування» - гостре захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.</p> <p>5.3. Страховим випадком є:</p>

	<p>5.3.1. за класом страхування 1 - події, які передбачені Договором страхування та не підпадають під виключення або обмеження страхування, які сталися внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none">5.3.1.1. смерть (загибель) Застрахованої особи;5.3.1.2. стійка втрата працездатності (встановлення інвалідності (в тому числі, зміна групи інвалідності на вищу)) Застрахованої особи;5.3.1.3. травматичне ушкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи, передбачений Таблицею № 1 страхових виплат, що є додатком № 1 до цих Загальних умов (далі - Таблиця № 1 страхових виплат);5.3.1.4. тяжке травматичне ушкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи, передбачений Таблицею № 2 страхових виплат, що є додатком № 2 до цих Загальних умов (далі - Таблиця № 2 страхових виплат);5.3.1.5. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи. <p>5.3.2. за класом страхування 2, ризик в межах класу «страхування на випадок хвороби» - події, які передбачені Договором страхування та не підпадають під виключення або обмеження страхування, які сталися внаслідок виникнення гострого захворювання та/або загострення хронічного захворювання, що було діагностовано вперше в житті Застрахованої особи під час дії Договору страхування та виникло після завершення періоду очікування, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none">5.3.2.1. смерть Застрахованої особи;5.3.2.2. стійка втрата працездатності (встановлення інвалідності (в тому числі, зміна групи інвалідності на вищу)) Застрахованої особи;5.3.2.3. захворювання Застрахованої особи однією із хвороб за переліком, зазначеним в Додатку 3 до Загальних умов (далі – Перелік хвороб);5.3.2.4. захворювання Застрахованої особи однією із критичних хвороб за наступним переліком (далі – Перелік критичних хвороб):<ul style="list-style-type: none">• інфаркт міокарду;• порушення мозкового кровообігу (інсульт);• злоякісне новоутворення;• доброякісна пухлина головного мозку;• цукровий діабет, що виявився гіперглікемічною комою;• гострий менінгіт, енцефаліт, менінгоенцефаліт;• позаматкова вагітність;• розповсюджений перитоніт;• гостра ниркова недостатність;• панкреонекроз. <p>5.3.3. за класом страхування 2, ризик в межах класу «медичне страхування» - факт отримання Застрахованою особою в закладах охорони здоров'я медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, у межах переліку та в обсягах, передбачених Договором, у зв'язку з настанням подій, зазначених у п.5.2.3. Загальних умов, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату, відповідно до умов Договору та Програми страхування.</p> <p>5.4. Конкретний перелік страхових випадків за кожним окремим Договором страхування визначається Страхувальником та Страховиком і зазначається в Договорі.</p>
--	--

		<p>5.5. Особа вважається застрахованою за класом (ризиком) страхування, якщо для цієї особи зазначені відповідні розміри страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів щодо цих класів (ризиків) страхування.</p> <p>5.6. За класом страхування 1:</p> <p>5.6.1. смерть Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності (у тому числі зміна групи інвалідності на вищу) внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору, визнається страховим випадком, якщо вона сталася (встановлена) протягом строку, що не перевищує 6 (шість) місяців від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення дії Договору;</p> <p>5.6.2. страхові випадки, зазначені в п. 5.3.1.3-5.3.1.5. Загальних умов, не можуть бути одночасно застраховані в межах одного Договору страхування.</p> <p>5.7. За класом страхування 2, ризик в межах класу «страхування на випадок хвороби» встановлюється Період очікування. Період очікування страхового випадку щодо кожного з захворювань встановлюється в календарних днях та наведений в Переліку хвороб. У разі відсутності захворювання в Переліку хвороб, період очікування складає 90 календарних днів. Період очікування не застосовується, якщо Застрахована особа була безперервно застрахована у Страховика за Договором страхування на випадок хвороби (коли строк дії Договору починається з дня наступного за останнім днем строку дії попереднього Договору страхування).</p> <p>5.8. За класом страхування 2, ризик в межах класу «медичне страхування» для конкретної Застрахованої особи Договором передбачається Програма страхування, що містить перелік та обсяг видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, категорії ЗОЗ, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).</p> <p>5.9. Строк дії Договору встановлюються Договором.</p> <p>5.10. Страхова сума для кожної окремої Застрахованої особи встановлюється Договором. Страхова сума є агрегатною, тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати.</p> <p>5.11. Страхова премія для кожної окремої Застрахованої особи та загальна страхова премія за Договором встановлюються Договором.</p> <p>5.12. Страховий тариф для кожної окремої Застрахованої особи встановлюється Договором.</p> <p>5.13. Територія дії Договору – Україна, крім території Луганської, Донецької областей, Автономної Республіки Крим та/або тимчасово окупованих територій російською федерацією, та/або територій та населених пунктів, на яких ведуться бойові дії, та/або територій, які вийшли з-під контролю органів державної влади України, та/або територій, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.</p> <p>5.14. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведені у Розділі 5 Загальних умов умови страхового покриття за Договором.</p>
6.	Права та обов'язки Сторін	<p>6.1. Страхувальник має право:</p> <p>6.1.1. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відмовитись від Договору страхування на умовах, визначених у Розділах 8 та 9 Загальних умов;</p>

	<p>6.1.2. отримати дублікат цього Договору у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника;</p> <p>6.1.3. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;</p> <p>6.1.4. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;</p> <p>6.1.5. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.</p> <p>6.2. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>6.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;</p> <p>6.2.2. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;</p> <p>6.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;</p> <p>6.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;</p> <p>6.2.5. повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування);</p> <p>6.2.6. ознайомити Застраховану особу з умовами цього Договору, роз'яснити порядок її дій у разі настання страхового випадку, при цьому отримання згоди Застрахованої особи на укладення Договору є необов'язковим;</p> <p>6.2.7. забезпечити за письмовою вимогою Страховика заповнення Застрахованими особами Декларації про Здоров'я встановленого Страховиком зразка;</p> <p>6.2.8. 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 Застраховану особу (її законного представника, спадкоємця) права на отримання страхової виплати.</p> <p>6.3. Страховик має право:</p> <p>6.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про Здоров'я;</p> <p>6.3.2. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладання Договору, так і протягом дії Договору;</p> <p>6.3.3. визначати для конкретних Застрахованих осіб індивідуальні умови страхування, зокрема, перелік страхових випадків, розмір страхової премії, страхової суми, а також відмовити в укладенні Договору щодо певних осіб;</p> <p>6.3.4. відстрочити страхову виплату на строк до 90 (дев'яносто) днів у випадку виникнення сумнівів щодо факту та обставин настання страхового випадку з обов'язковим повідомленням про це</p>
--	---

	<p>Страховальника (Застрахованої особи, її законного представника, спадкоємця);</p> <p>6.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору страхування;</p> <p>6.3.6. 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 самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;</p> <p>6.3.7. вимагати від Страховальника (Застрахованої особи, її законного представника, спадкоємця) повернення страхової виплати, якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страховальника (Застраховану особу, спадкоємця) згідно умов Договору або чинного законодавства України права на отримання страхової виплати (повністю або частково);</p> <p>6.3.8. у разі виявлення факту, що Застрахована особа входила на момент укладення Договору до переліку осіб, на користь яких не може бути укладено Договір згідно п. 15.1. Загальних умов, достроково припинити дію Договору відносно такої особи без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору;</p> <p>6.3.9. включати заклади охорони здоров'я у Перелік закладів охорони здоров'я та аптек Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і за Договором в цілому. При цьому, Страховик письмово повідомляє Страховальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого включення;</p> <p>6.3.10. виключити із Переліку закладів охорони здоров'я та аптек Страховика окремі заклади охорони здоров'я за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та закладом охорони здоров'я. При цьому, Страховик письмово повідомляє Страховальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого виключення;</p> <p>6.3.11. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відповідно до умов Договору;</p> <p>6.3.12. у разі відмови Страховальника від внесення змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому законодавством України .</p> <p>6.4. Страховик зобов'язаний:</p> <p>6.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;</p> <p>6.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування;</p> <p>6.4.3. контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування.</p> <p>6.5. Застрахована особа має право:</p> <p>6.5.1. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному в Програмі страхування;</p>
--	---

	<p>6.5.2. отримати від Страховика своєчасну організацію медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, передбачених Договором у відповідності до його умов;</p> <p>6.5.3. вчиняти дії, передбачені п. 6.1.3, 6.1.4., 6.1.5. Загальних умов.</p> <p>6.6. Застрахована особа зобов'язана:</p> <p>6.6.1. при укладенні Договору повідомляти на вимогу Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, тощо);</p> <p>6.6.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги;</p> <p>6.6.3. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;</p> <p>6.6.4. дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у ЗОЗ;</p> <p>6.6.5. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги, наданої внаслідок:</p> <ul style="list-style-type: none">6.6.5.1. передачі Застрахованою особою страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;6.6.5.2. ускладнення захворювання внаслідок порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;6.6.5.3. отримання медичної допомоги по страховому випадку, під час настання якого Застрахована особа була у стані алкогольного сп'яніння (наявність етанолу в крові незалежно від його кількості), під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;6.6.5.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;6.6.5.5. необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту), а саме: виклик здійснено для обслуговування нестрахованої особи; при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду; виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллю надання планових медичних маніпуляцій тощо); виклик лікаря (доставка медикаментів) здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від медичного закладу, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома тощо);6.6.5.6. відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЗОЗ та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації.
--	--

		<p>6.6.6. витрати Страховика, зазначені в п.п.6.6.5. п.6.6 Розділу 6 Загальних умов, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 10 (десяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.</p> <p>6.6.7. при отриманні медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, де передбачена франшиза, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати розмір франшизи закладу охорони здоров'я одразу під час звернення.</p> <p>6.7. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведені у Розділі 6 Загальних умов права та зобов'язки Сторін.</p>
7.	Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору	<p>7.1. Відповідальність Сторін:</p> <p>7.1.1. 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).</p> <p>7.1.2. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорними обставинами). Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), зобов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза 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, безлади, 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, що мали місце 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</p>

		<p>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.</p> <p>7.1.3. 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 цей Договір, здійснювати страхування або перестрахування або сплачувати страхове відшкодування за цим Договором або за договором перестрахування.</p>
8.	Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	<p>8.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страхувальника на підставі заяви однієї зі Сторін, оформлюються додатковими угодами до Договору страхування.</p> <p>8.2. 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 дії Договору згідно з 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.</p> <p>8.3. Сторони можуть вносити зміни до Переліку (списку) Застрахованих осіб. Порядок внесення змін в Договір, що стосується виключення та / або включення Застрахованих осіб до переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, зміни для окремих Застрахованих осіб Програми страхування, строків повідомлення Страхувальником про зміни в переліку Застрахованих осіб та строки внесення відповідних змін до Договору Сторонами, застосування передбачених Договором формул, розрахунків та умов для визначенні страхової премії по відношенню до осіб, які підлягають страхуванню на термін менше 1 (одного) року, порядок розрахунку лімітів за опціями Програми страхування для таких осіб, формулу розрахунку суми до повернення у разі виключення Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, умови та порядок застосування зміни Програми страхування для окремих Застрахованих осіб за Договором страхування, випадки та умови заміни однієї Застрахованої особи іншою, а також інші випадки, формули та розрахунки, погоджуються Сторонами в Договорі страхування.</p> <p>8.4. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках:</p> <p>8.4.1. 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;</p>

	<p>8.4.2. 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.</p> <p>8.5. 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.</p> <p>8.6. Заміна Сторін у Договорі страхування:</p> <p>8.6.1. 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;</p> <p>8.6.2. у разі визнання судом фізичної особи - Страхувальника недієздатною, права і обов'язки такої особи за Договором страхування переходять до її опікуна;</p> <p>8.6.3. у разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - Страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника;</p> <p>8.6.4. якщо Страхувальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.</p> <p>8.7. 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».</p> <p>8.8. В інших випадках права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика.</p> <p>8.9. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>8.9.1. закінчення строку дії Договору страхування;</p> <p>8.9.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;</p> <p>8.9.3. несплати Страхувальником страхової премії (або відповідної її частини) у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах. При цьому дія цього Договору автоматично припиняється з 00:00 годин 10 (десятого) дня, що йде за днем, зазначеним як строк внесення чергової частини страхової премії. Страховик не зобов'язаний пред'являти вимогу про сплату страхової премії.</p> <p>8.9.3.1. У випадку несплати чергової частини страхової премії у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах, страховий захист по цьому Договору призупиняється з 00:00 годин дня, що визначений як строк внесення страхової премії або її чергової частини. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена у період 10 (десять) днів від дати, яка визначена у Договорі як дата сплати чергової частини страхового платежу, Страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин, наступного за днем зарахування коштів на рахунок Страховика (без застосування</p>
--	---

	<p>нового Періоду очікування за класом страхування 2 (ризик «страхування на випадок хвороби»), відповідно до п. 4.33. Загальних умов). Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період призупинення дії страхового захисту, при цьому призупинення страхового захисту не впливає на строк дії Договору страхування, дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.</p> <p>8.9.3.2. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена після припинення його дії, відповідно до п.8.9.3 цього Розділу. Сторони погодили, що дія Договору відновлюється з дати сплати страхового платежу на рахунок Страховика, а страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин 11 (одинадцятого) дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика. При цьому за класом страхування 2 (ризик «страхування на випадок хвороби») діє новий Період очікування. Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період з 00-00 годин дня, наступного за днем прострочення (несплати) Страхувальником чергової частини страхової премії, по 00-00 годин дня, 11 (одинадцятого) дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика, при цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.</p> <p>8.9.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);</p> <p>8.9.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;</p> <p>8.9.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;</p> <p>8.9.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.</p> <p>8.10. 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.</p> <p>8.11. 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.</p> <p>8.12. 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.</p> <p>8.13. 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:</p> <p>8.13.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами Договору, за таких обставин:</p> <p>8.13.1.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору страхування;</p>
--	--

	<p>8.13.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>8.13.1.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 393 Податкового кодексу України;</p> <p>8.13.2. особі, визначеній на підставі законодавства України, - в разі ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи - підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування».</p> <p>8.14. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у Договору страхування.</p> <p>8.15. 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 та перевищує один рік) у разі дострокового припинення дії Договору страхування у випадку:</p> <p>8.15.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;</p> <p>8.15.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>8.15.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;</p> <p>8.15.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.</p> <p>8.16. 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.</p> <p>8.17. 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.</p> <p>8.18. При достроковому розірванні договору повернення страхових платежів здійснюється виключно Страхувальнику.</p> <p>8.19. 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.</p> <p>8.20. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані 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.</p> <p>8.21. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.</p> <p>8.22. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 8 Загальних умов</p>
--	---

		порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки.
9.	Порядок відмови від договору страхування	<p>9.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів, з дня укладення Договору страхування відмовитись від такого Договору без пояснення причин, крім:</p> <p>9.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</p> <p>9.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.</p> <p>9.2. 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.</p> <p>9.3. Про намір відмовитись від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.</p>
10.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>10.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку за класом страхування 1 та за класом страхування 2 (ризик «страхування на випадок хвороби»):</p> <p>10.1.1. Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно звернутися до медичного закладу для отримання відповідної медичної допомоги та, за необхідності, повідомити відповідні компетентні органи (поліцію, пожежну частину тощо), зареєструвати факт настання нещасного випадку впродовж 5 (п'яти) календарних днів.</p> <p>10.1.2. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємець) повинен повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту її настання (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)), одним з наступних способів:</p> <p>10.1.2.1. на електронну адресу Страховика med@krayina.com;</p> <p>10.1.2.2. за номером телефону 0-800-500-467 (безкоштовно по Україні зі стаціонарних номерів) / 890 (з мобільного безкоштовно з функцією «Call-Back»).</p> <p>10.1.3. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємець) повинен повідомити Страховика протягом 48 (сорока восьми) годин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, про погіршення стану здоров'я або смерть Застрахованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про втрату працездатності або розлад здоров'я.</p> <p>10.1.4. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємець) має подати Страховику заяву та документи, необхідні для здійснення страхової виплати, протягом 30 (тридцяти) календарних днів від дати настання страхового випадку, закриття листка тимчасової непрацездатності при лікуванні в стаціонарі або дати виписки зі стаціонару, а у випадку смерті Застрахованої особи – не пізніше 8 (восьми) місяців (якщо отримання необхідних документів відповідно до законодавства здійснюється у більш тривалий строк - у строк не пізніше 10 днів з дня отримання такого документу) з моменту настання страхового випадку.</p> <p>10.1.5. Документи подаються одним з наступних способів:</p>

	<p>10.1.5.1. в електронному вигляді на пошту medpay@krayina.com;</p> <p>10.1.5.2. в паперовому вигляді за адресою: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, пов. 9-10;</p> <p>10.1.5.3. “відокремленому підрозділу Страховика” за адресою згідно посилання - https://krayina.com/contacts.</p> <p>10.2. У разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком за класом страхування 2 (ризик «медичне страхування»), Застрахована особа для одержання медичної допомоги зобов’язана:</p> <p>10.2.1. негайно, але не пізніше 1 (одного) календарного дня з моменту виявлення хвороби, звернутися до Страховика за тел.: 0-800-500-467 (безкоштовний по Україні) або 890 (з мобільного безкоштовно з функцією «Call-Back») або за іншим номером телефону, вказаному в Договорі страхування або до уповноваженої особи в закладі охорони здоров’я для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг. Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім’ї застрахованої особи, її опікунами, піклувальниками або іншими особами (в залежності від стану здоров’я застрахованої особи). Якщо при настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа не мала змоги на момент настання такого випадку зв’язатися зі Страховиком та самостійно звернулася до закладу охорони здоров’я, або, якщо Застраховану особу доставляють до закладу охорони здоров’я силами екстреної медичної допомоги (таксі, власним транспортом тощо) для надання невідкладної медичної допомоги, то Застрахована особа або її уповноважений представник при першій наявній можливості повинні негайно, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту звернення до закладу охорони здоров’я або госпіталізації, повідомити Страховика про такий випадок.</p> <p>10.2.2. Для запису на консультацію до лікаря Застрахована особа може використовувати альтернативний зв’язок через офіційні канали компанії у месенжерах Viber, Telegram та Facebook. Запис до лікаря онлайн bot: www.krayina.com/bots.</p> <p>10.2.3. При зверненні до Страховика або до уповноваженої особи в закладі охорони здоров’я Застрахована особа має надати наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none">– П.І.Б.;– номер та строк дії цього Договору;– індивідуальний номер картки застрахованої особи;– місце роботи, місце проживання;– причину звернення (скарги, проблеми, що пов’язані із здоров’ям або замовлення медичних та інших послуг, передбачених Програмою страхування);– місце перебування;– контактний телефон. <p>10.2.4. далі діяти за вказівкою Страховика або лікаря-координатора уповноваженого закладу охорони здоров’я. Підбір ЗОЗ здійснюється Страховиком із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. При такому зверненні Застрахована особа безкоштовно в межах ліміту відповідальності отримує необхідні медичні послуги, згідно з умовами Програми страхування, включаючи медикаменти. Всі розрахунки з приводу наданої Застрахованій особі допомоги Страховик проводить із закладами охорони здоров’я та аптеками.</p>
--	---

		<p>10.2.5. пред'явити координатору Страховика (адміністратору закладу охорони здоров'я) документ, що посвідчує особу та картку Застрахованої особи. У випадку відсутності у Застрахованої особи картки, ЗОЗ з переліку Страховика має право відмовити Застрахованій особі в наданні послуг за рахунок Страховика;</p> <p>10.2.6. виконувати призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зменшення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків.</p> <p>10.2.7. повідомити (надати) Страховику всю інформацію, яка має відношення до цього страхового випадку, вжити заходів щодо збору і передачі Страховику всіх необхідних документів для прийняття рішення про страхову виплату та її розмір;</p> <p>10.2.8. попередити заклад охорони здоров'я про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причин страхового випадку;</p> <p>10.3. Неможливість організації амбулаторної допомоги Застрахованій особі, в т.ч. виклику лікаря додому, при зверненні у вечірні години (з 16:00), або у вихідні (святкові) дні не є підставою для виклику бригади екстреної медичної допомоги, якщо немає прямих показань для надання такого виду допомоги.</p> <p>10.4. Про стани, які потребують ліжкового режиму та візиту лікаря додому, Застрахована особа інформує Страховика не пізніше 12:00 години (16:00 для мешканців м. Київ) дня, у який візит повинен відбутись. Страховик організовує виїзд лікаря до Застрахованої особи протягом поточного дня. У випадку звернення до Страховика пізніше 12:00 (16:00 для мешканців м. Київ) Страховик організовує виїзд лікаря на наступний день.</p> <p>10.5. У разі необхідності отримання медичних та інших послуг в закладі охорони здоров'я, не передбаченому Договором, Застрахована особа повинна негайно повідомити про це Страховика і узгодити обсяг та вартість необхідних послуг до моменту їх отримання. Страхова виплата у таких випадках здійснюється в обсязі, зазначеному в Програмі страхування, що не перевищує рівень вартості послуг у закладах, передбачених умовами Програми страхування.</p> <p>10.6. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 10 Загальних умов Договору порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.</p>
11.	Порядок розрахунку страхових виплат	<p>11.1. За класом страхування 1:</p> <p>11.1.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату:</p> <p>11.1.1.1. у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - Вигодонабувачу або спадкоємцю у розмірі 100% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи;</p> <p>11.1.1.2. у випадку стійкої втрати працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - Застрахованій особі у наступних розмірах:</p> <ul style="list-style-type: none">- при встановленні I групи інвалідності, категорії «дитина з інвалідністю підгрупи А» – 100% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи;

	<ul style="list-style-type: none">- при встановленні II групи інвалідності, категорії «дитина з інвалідністю» – 80% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи;- при встановленні III групи інвалідності – 60% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи; <p>11.1.1.3. у випадку травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, внаслідок нещасного випадку - Застрахованій особі у розмірі відсотку страхової суми, залежно від характеру розладу здоров'я і відповідно до Таблиці № 1 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;</p> <p>11.1.1.4. у випадку тяжкого травматичного ушкодження організму Застрахованої особи, внаслідок нещасного випадку - Застрахованій особі у розмірі відсотку страхової суми, залежно від характеру розладу здоров'я і відповідно до Таблиці № 2 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;</p> <p>11.1.1.5. у випадку тимчасової непрацездатності Застрахованої особи, внаслідок нещасного випадку - Застрахованій особі у розмірі 0,2% страхової суми за кожний день непрацездатності (незалежно від дати закінчення дії Договору), але не більше 50 % страхової суми по кожному окремому страховому випадку.</p> <p>11.1.2. У разі невідповідності діагнозу, зазначеного в довідці закладу охорони здоров'я, характеру ушкодження або його наслідків, зазначених у Таблиці № 1 або № 2 страхових виплат і неможливості внаслідок цього здійснити страхову виплату, згідно умов п.п. 11.1.1.3.-11.1.1.4. цього Договору страхування, страхове відшкодування виплачується в розмірі 0,2 % від страхової суми за кожний день непрацездатності, але не більше 90 (дев'яноста) днів за рік.</p> <p>11.1.3. У разі одночасного зазначення в Договорі страхування покриття страхових випадків: тимчасової непрацездатності та травматичного ушкодження / тяжкого травматичного ушкодження організму Застрахованої особи, внаслідок нещасного випадку, страхова виплата здійснюється за одним із цих випадків, що передбачає виплату в найбільшому розмірі.</p> <p>11.2. За класом страхування 2, ризик «страхування на випадок хвороби»:</p> <p>11.2.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату:</p> <p>11.2.1.1. у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок виникнення гострого захворювання та/або загострення хронічного захворювання - Вигодонабувачу або спадкоємцю у розмірі 100% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи;</p> <p>11.2.1.2. у випадку стійкої втрати працездатності Застрахованої особи внаслідок виникнення гострого захворювання та/або загострення хронічного захворювання - Застрахованій особі у наступних розмірах:</p> <ul style="list-style-type: none">- при встановленні I групи інвалідності, категорії «дитина з інвалідністю підгрупи А» – 100% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи;
--	---

	<ul style="list-style-type: none">- при встановленні II групи інвалідності, категорії «дитина з інвалідністю» – 80% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи;- при встановленні III групи інвалідності – 60% від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи; <p>11.2.1.3. у випадку захворювання Застрахованої особи однією із хвороб згідно Переліку хвороб, визначеного в Додатку № 3 до цих Загальних умов - Застрахованій особі у розмірі визначеного в Переліку хвороб відсотку від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи;</p> <p>11.2.1.4. у випадку захворювання Застрахованої особи однією із критичних хвороб згідно Переліку критичних хвороб, визначеного в п.п.5.3.2.4 цих Загальних умов - Застрахованій особі у розмірі 50 % від страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи.</p> <p>11.2.2. Страхова виплата здійснюється лише за остаточним, уточненим та обґрунтованим діагнозом захворювання, згідно нормативних документів МОЗ України.</p> <p>11.2.3. 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 важкому.</p> <p>11.2.4. У разі одночасного зазначення в Договорі страхування покриття страхових випадків згідно п. 5.3.2.3. та п. 5.3.2.4. Загальних умов страхова виплата здійснюється за одним із цих випадків, що передбачає виплату в найбільшому розмірі.</p> <p>11.3. Якщо випадок призвів до розладу здоров'я і Застрахованій особі (Страхувальнику) була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж випадку Застрахованій особі була встановлена інвалідність (в тому числі зміна групи інвалідності на вищу) або настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому цим Договором за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.</p> <p>11.4. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися з однією Застрахованою особою в період дії цього Договору, не може перевищувати страхову суму, визначену по кожній окремій Застрахованій особі і класу (ризик у межах класу).</p> <p>11.5. За класом страхування 2, ризик «медичне страхування»:</p> <p>11.5.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та / або медичних виробів в обсязі, що зазначений у Програмі страхування для конкретної Застрахованої особи за Договором страхування.</p> <p>11.5.2. Розмір страхової виплати дорівнює вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Програмою страхування, але не більше страхової суми, встановленої Договором страхування та/або лімітів страхової суми на послуги/захворювання, передбачені умовами Програми страхування.</p> <p>11.5.3. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхування страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.</p>
--	--

12.	Умови здійснення страхових виплат	<p>12.1. За класом страхування 1 та класом страхування 2 (ризик «страхування на випадок хвороби»:</p> <p>12.1.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємця), всіх необхідних, належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та після складання Страховиком страхового акту.</p> <p>12.1.2. Рішення про здійснення страхової виплати (про відмову у виплаті) приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання усіх необхідних документів, зазначених в п. 12.1.9. Загальних умов, і оформляється страховим актом.</p> <p>12.1.3. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцем) документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) днів з моменту подання всіх документів особою, яка має право на отримання страхової виплати.</p> <p>12.1.4. Страхова виплата проводиться протягом 7 (семи) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту).</p> <p>12.1.5. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті або про продовження строку прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача, спадкоємця) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови або продовження строку прийняття рішення.</p> <p>12.1.6. Страхові виплати за Договором здійснюються Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу, спадкоємцю) шляхом зарахування на її поточний рахунок, відкритий в національній валюті України в банківській установі, суми страхової виплати, визначеної згідно умов Договору, в національній валюті України.</p> <p>12.1.7. Днем страхової виплати вважається день списання коштів з поточного рахунку Страховика.</p> <p>12.1.8. Страхова виплата за Договором здійснюється незалежно від суми, яку має отримати Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємець) за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена, як відшкодування збитків за таким забезпеченням.</p> <p>12.1.9. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі наступних документів:</p> <p>12.1.9.1. заяви на отримання страхової виплати за формою, встановленою Страховиком;</p> <p>12.1.9.2. примірника цього Договору;</p> <p>12.1.9.3. документів, що засвідчують Застраховану особу та особу - отримувача страхової виплати – копію паспорту (всі сторінки, що містять інформацію)/ паспорту, виготовленого у формі картки (дві сторони) разом з Довідкою (Витяг) про реєстрацію місця проживання, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера або реєстраційного номера облікової картки платника податків;</p>
-----	-----------------------------------	---

	<p>12.1.9.4. документів, що засвідчують право Вигодонабувача на отримання страхової виплати;</p> <p>12.1.9.5. 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, завірена печаткою медичного закладу;</p> <p>12.1.9.6. листка непрацездатності. Категорії осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством;</p> <p>12.1.9.7. при настанні нещасного випадку додатково - акту (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;</p> <p>12.1.9.8. 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 (на вимогу Страховика);</p> <p>12.1.9.9. довідки медичної установи про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання страхового випадку (за вимогою Страховика);</p> <p>12.1.9.10. у разі встановлення Застрахованій особі стійкої втрати працездатності (первинна інвалідність або інвалідності I, II, III групи) (додатково до документів визначених у п.п. 12.1.9.1. – 12.1.9.9.) надаються:</p> <ul style="list-style-type: none">- висновок МСЕК про встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі I, II або III групи внаслідок нещасного випадку/захворювання (для Застрахованих осіб, що досягли повноліття) або висновок ЛКК про встановлення категорії «дитина з інвалідністю» або «дитина з інвалідністю підгрупи А»;- витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЕРДР) у випадку порушення кримінального провадження; <p>12.1.9.11. У разі смерті Застрахованої особи (додатково до документів визначених у п.п. 12.1.9.1. – 12.1.9.9.) надаються:</p> <ul style="list-style-type: none">- свідоцтво про смерть Застрахованої особи, свідоцтво про право на спадщину;- документ медичного закладу і/або судово-медичної експертизи, який підтверджує, що смерть Застрахованої особи настала внаслідок нещасного випадку/захворювання. <p>12.1.9.12. інші документи, які мають відношення до встановлення причин та наслідків страхового випадку, враховуючи обставини настання та характер страхового випадку.</p> <p>12.2. За класом страхування 2, ризик «медичне страхування»:</p> <p>12.2.1. Страхова виплата здійснюється:</p> <p>12.2.1.1. закладам охорони здоров'я на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та такими закладами, на</p>
--	--

	<p>підставі документів, що підтверджують надані ними послуги (відпущені медикаменти та витратні матеріали) та їх вартість;</p> <p>12.2.1.2. Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю), у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадках передбачених Договором страхування), після надання Застрахованою особою (її законним представником, спадкоємцем) всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.</p> <p>12.2.2. Оплата вартості медичних та інших послуг, передбачених Договором та Програмою страхування, закладу охорони здоров'я здійснюється на підставі рахунку закладу із зазначенням діагнозу, переліку фактично наданих послуг і їх вартості, загальної суми витрат на всі послуги, надані Застрахованій особі (Застрахованим особам – кожній окремо), строків лікування, витягу з історії хвороби та/або з амбулаторної карти, завіреного печаткою закладу охорони здоров'я та підписом відповідальних осіб (на вимогу Страховика).</p> <p>12.2.3. Страховик здійснює страхову виплату закладу охорони здоров'я (аптеці) за надані медикаменти та витратні матеріали, призначені лікарем, на підставі копій рецептів, накладних та рахунків аптеки за відпущені медикаменти та витратні матеріали.</p> <p>12.2.4. Якщо (у разі настання страхового випадку) Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість отриманих медичних чи інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними лікарем рецептами, то для отримання страхової виплати Застрахована особа (її законний представник або, у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець), повинна звернутись до Страховика із заявою щодо страхової виплати.</p> <p>12.2.5. До заяви мають бути додані такі документи:</p> <p>12.2.5.1. документи, що засвідчують Застраховану особу та/або особу - отримувача страхової виплати – копію паспорту (всі сторінки, що містять інформацію)/ паспорту, виготовленого у формі картки (дві сторони) разом з Довідкою (Витяг) про реєстрацію місця проживання, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера або реєстраційного номера облікової картки платника податків; якщо Застрахована особа неповнолітня — додатково копію свідоцтва про її народження;</p> <p>12.2.5.2. копію Договору страхування (картки Застрахованої особи) або вказати номер Договору страхування та картки застрахованої особи;</p> <p>12.2.5.3. копію висновку лікаря медичного закладу з діагнозом і переліком призначених у зв'язку з встановленим захворюванням медичних та інших послуг (обстеження, процедури і т.п.) та медикаментів;</p> <p>12.2.5.4. фіскальний чек або банківська квитанція про сплату отриманих Застрахованою особою послуг чи медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку або в банківській квитанції назви придбаних медикаментів та/або наданих послуг необхідно додатково надати товарний чек з переліком конкретних медикаментів, що були придбані та/або послуг, що були надані);</p> <p>12.2.5.5. акт виконаних робіт (рахунок-калькуляцію) про надання Застрахованій особі послуг (з детальним переліком), результати додаткових обстежень;</p> <p>12.2.5.6. протоколи, постанови, рішення, акти, вирoki, видані відповідними компетентними (уповноваженими) державними органами (посадовими особами), у яких зазначені обставини і</p>
--	---

	<p>причини виникнення страхової події, розмір збитку або понесені витрати – при необхідності;</p> <p>12.2.5.7. у випадку смерті Застрахованої особи: копію свідоцтва про смерть, виданого відповідним державним органом реєстрації актів громадянського стану, довідку з закладу охорони здоров'я про причини смерті, а у випадку оголошення застрахованої особи померлою або визнання безвісно відсутньою – судове рішення, яке набрало законної сили – подаються спадкоємцями Застрахованої особи;</p> <p>12.2.5.8. документи, що підтверджують право на спадщину, а також посвідчують особу та містять відомості про спадкоємців (П.І.Б., місце проживання, паспортні дані тощо) – подаються спадкоємцями Застрахованої особи;</p> <p>12.2.5.9. листок непрацездатності або його копію.</p> <p>12.2.5.10. у разі придбання Застрахованою особою за власні кошти медикаментів (витратних медичних матеріалів) в період лікування в стаціонарі, Застрахована особа надає виписку з медичної карти з переліком призначених медикаментів (витратних медичних матеріалів), необхідних для проведення призначеного курсу лікування.</p> <p>12.2.5.11. інші документи, які мають відношення до встановлення причин та наслідків страхового випадку, враховуючи обставини настання та характер страхового випадку.</p> <p>12.2.6. До документів, на підставі яких не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:</p> <p>12.2.6.1. документи, які оформлені не у відповідності з вимогами чинного законодавства України, та/або документи ЗОЗ, підприємств, установ, закладів та/або організацій, які створені та/або діють не на підставі чинного законодавства України;</p> <p>12.2.6.2. замовлення на доставку ліків та/чи надання медичної допомоги;</p> <p>12.2.6.3. довідки, талони, накладні, направлення на лікування, консультативні висновки, не завірені належним чином, калькуляції витрат;</p> <p>12.2.6.4. квитанції банку без порядкового номеру, коду ЄДРПОУ, підпису, печатки;</p> <p>12.2.6.5. товарні чеки;</p> <p>12.2.6.6. рахунки-фактури закладів охорони здоров'я без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій банку), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;</p> <p>12.2.6.7. документи, що підтверджують факт сплати на користь інших страхових компаній.</p> <p>12.2.7. Документи на здійснення страхової виплати повинні бути надані Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після проведення оплати вартості послуг, медикаментів Застрахованою особою. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, документи подаються як тільки це стане можливим, з обґрунтуванням причин затримки.</p> <p>12.2.8. Якщо документи видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня їх отримання Застрахованою особою чи спадкоємцями Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи.</p>
--	--

		<p>12.2.9. Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю) приймається протягом 10 (десяти) робочих днів від дати подання всіх необхідних документів Застрахованою особою.</p> <p>12.2.10. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, і повідомляється в письмовій формі з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.</p> <p>12.2.11. Страхову виплату Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю) Страховик здійснює протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату.</p> <p>12.3. Документи надаються Страховику у формі оригінального або нотаріально завіреного примірника, або простих копій за умови надання Страховику можливості порівняння цих копій з оригінальними примірниками документів.</p> <p>12.4. Документи, оригінали яких складено на іноземній мові, повинні бути перекладені на українську мову (бюро перекладів) та завірені в порядку, визначеному чинним законодавством України.</p> <p>12.5. Страховиком не приймаються до розгляду документи та інформація одержані від квазідержавних утворень (невизнаних держав, з тимчасово окупованих територій) незалежно від суб'єкта їх видачі.</p> <p>12.6. За рішенням Страховика документи можуть надаватися в електронному вигляді, в т.ч. скановані копії, фотокопії документів.</p> <p>12.7. Сторони погодили, що перелік документів, що можуть бути подані та підписані в електронному вигляді не є вичерпним і погоджується в кожному випадку Страховиком індивідуально. При цьому, Страховик має право вимагати надання документів, необхідних для здійснення виплати страхового відшкодування, у формі, визначеній в п. 12.3. Загальних умов.</p> <p>12.8. Якщо страхова виплата, згідно вимог законодавства щодо фінансового моніторингу підлягає перевірці, то Застрахована особа (її законний представник, спадкоємець) зобов'язана заповнити та надати Страховику Анкету фінансового моніторингу (форма надається Страховиком) разом з документами, необхідними для здійснення виплати страхового відшкодування, у формі, визначеній в п. 12.3. Загальних умов.</p> <p>12.9. Сплата страхових виплат здійснюється у безготівковій формі в національній валюті України.</p> <p>12.10. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено умови здійснення страхових виплат, наведені у Розділі 12 Загальних умов.</p>
13.	Підстави відмови у страховій виплаті	<p>13.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:</p> <p>13.1.1. 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;</p>

		<p>13.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p>13.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;</p> <p>13.1.4. одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;</p> <p>13.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її законним представником, спадкоємцем) 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);</p> <p>13.1.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 15 Загальних умов;</p> <p>13.1.7. несвоєчасне подання Страховику заяви та документів, необхідних для здійснення страхової виплати, згідно п. 10.1.4., 12.2.7.-12.2.8. Загальних умов;</p> <p>13.1.8. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я;</p> <p>13.1.9. відмова Застрахованої особи від обстеження лікарем, призначеним Страховиком, співпраці з незалежним експертом Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін;</p> <p>13.1.10. перевищення суми страхової виплати над страховою сумою та/або сумою загального корпоративного ліміту, та/або індивідуального ліміту на медичні послуги (допомогу), згідно з умовами Договору та Програми страхування;</p> <p>13.1.11. за класом страхування 2 (ризик «страхування на випадок хвороби») - повторне звернення Застрахованої особи протягом року за страховою виплатою за однаковим захворюванням, якщо Страховиком протягом цього строку вже було здійснено страхову виплату за таким же захворюванням;</p> <p>13.1.12. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.</p> <p>13.2. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 13 Загальних умов перелік підстав для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат.</p>
14.	Порядок укладення Договору страхування	<p>14.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.</p>

		<p>14.2. У паперовій формі Договір укладається на паперовому носії шляхом підписання (проставлянням власноручних підписів) Договору за формою Страховика обома Сторонами. Підписанням Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з його умовами. Підписаний обома Сторонами Договір та додатки до нього (за наявності) видаються Страхувальнику одразу після його підписання.</p> <p>14.3. У електронному вигляді Договір укладається шляхом підписання Договору обома Сторонами з використанням кваліфікованого електронного підпису (КЕП) або удосконаленого електронного підпису (УЕП) з кваліфікованим сертифікатом.</p> <p>14.4. 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).</p> <p>14.5. Страховик направляє на електронну адресу або іншим способом, обраним Страхувальником, примірник Договору страхування з додатками, підписаний обома Сторонами, Страхувальнику одразу після підписання такого Договору, 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.</p> <p>14.6. Страхувальник, підписуючи Договір, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.</p> <p>14.7. Підписуючи Договір, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.</p> <p>14.8. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЕП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик підписує договір УЕП з кваліфікованим сертифікатом.</p> <p>14.9. 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.</p> <p>14.10. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 14 Загальних умов порядок укладення Договору страхування.</p>
15.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	<p>15.1. Договір не може бути укладений на користь осіб:</p> <p>15.1.1. визнаних у встановленому порядку недієздатними;</p> <p>15.1.2. які на час укладення Договору перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);</p> <p>15.1.3. інвалідів I групи, дітей з інвалідністю; хворих на тяжкі неврологічні та 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,</p>

	<p>цироз печінки; туберкульоз, важку форму цукрового діабету, злоякісні новоутворення; хронічну ниркову недостатність; захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами. При цьому, страхування цих осіб може здійснюватися Страховиком на інших умовах (індивідуальних), ніж страхування працівників Страхувальника;</p> <p>15.1.4. які знаходяться на обліку в психоневрологічних, наркологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;</p> <p>15.1.5. осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі;</p> <p>15.1.6. віком понад 65 років на дату укладання Договору.</p> <p>15.2. За класом страхування 1:</p> <p>15.2.1. Не визнаються страховими випадками події, які:</p> <p>15.2.1.1. не обумовлені як страховий випадок в Договорі;</p> <p>15.2.1.2. відбулися до початку дії Договору чи після його закінчення;</p> <p>15.2.1.3. обумовлені дією причин та обставин, що виникли до початку дії Договору;</p> <p>15.2.1.4. відбулися поза вказаною в Договорі страхування територією дії Договору;</p> <p>15.2.1.5. сталися із Застрахованою особою в місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших – слідчих (розшукових) дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України;</p> <p>15.2.1.6. сталися із Застрахованою особою, яку визнано згідно законодавства такою, що зникла безвісти, в період дії Договору страхування навіть, якщо в подальшому буде отримана інформація про отримання нею тілесних ушкоджень/травм та/або встановлена її смерть;</p> <p>15.2.1.7. сталися із Застрахованою особою, визнаною в судовому порядку померлою (або щодо якої в судовому порядку встановлено факт смерті).</p> <p>15.2.2. Не визнаються страховими випадками події, що сталися внаслідок:</p> <p>15.2.2.1. 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;</p> <p>15.2.2.2. отруєння Застрахованої особи алкоголем або іншими речовинами, використаними з метою або в стані сп'яніння;</p> <p>15.2.2.3. 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;</p> <p>15.2.2.4. 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;</p> <p>15.2.2.5. використання транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації) з власною корисною метою та/або без дозволу адміністрації;</p> <p>15.2.2.6. самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного травмування;</p>
--	---

	<p>15.2.2.7. самолікування, вживання Застрахованою особою ліків без призначення лікарів, неправильних медичних маніпуляцій;</p> <p>15.2.2.8. 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;</p> <p>15.2.2.9. 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 угруповань, їх окремих учасників (незалежно від факту оголошення війни чи введення воєнного стану);</p> <p>15.2.2.10. впливу іонізуючого випромінювання, ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин;</p> <p>15.2.2.11. 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;</p> <p>15.2.2.12. 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;</p> <p>15.2.2.13. занять екстремальними видами спорту, професійним спортом, участь у змаганнях, тренуваннях та/або показових виступах професійних спортсменів, а також участь у будь-якій іншій діяльності, що несе підвищену небезпеку для життя або здоров'я, в т.ч. заняття полюванням. До занять спортом не відносяться: заняття фізкультурою в рамках навчальної програми.</p> <p>15.2.3. Не є страховим випадком смерть та/або інвалідність Застрахованої особи від захворювання, що не є наслідком нещасного випадку.</p> <p>15.2.4. Не є страховим випадком загострення хронічного захворювання, раптове захворювання, інфекційне захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту, та інших хвороб, які мають трансмісивний шлях передачі (через укуси тварин та комах).</p> <p>15.3. За класом страхування 2 (ризик «страхування на випадок хвороби»:</p> <p>15.3.1. Не визнаються страховими випадками події, які:</p> <p>15.3.1.1. не обумовлені як страховий випадок в Договорі;</p> <p>15.3.1.2. сталися внаслідок захворювань, що вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору, після його закінчення, в несплачений період страхування або в період очікування страхового випадку;</p>
--	--

	<p>15.3.1.3. відбулися поза вказаною в Договорі страхування територією дії Договору;</p> <p>15.3.1.4. сталися із Застрахованою особою в місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших – слідчих (розшукових) дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України.</p> <p>15.3.2. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття події, що виникли внаслідок:</p> <p>15.3.2.1. або під час вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів;</p> <p>15.3.2.2. 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);</p> <p>15.3.2.3. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;</p> <p>15.3.2.4. самогубства, замаху на самогубство;</p> <p>15.3.2.5. керування транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передача управління ним (нею) особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом;</p> <p>15.3.2.6. вживання Застрахованою особою ліків без призначення лікаря, самолікування;</p> <p>15.3.2.7. військових дій, громадянських безладів, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;</p> <p>15.3.2.8. порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;</p> <p>15.3.2.9. польотів на будь-яких літаючих апаратах та управління ними, а також стрибків із парашутом;</p> <p>15.3.2.10. участі у професійних чи аматорських спортивних змаганнях та під час тренувань;</p> <p>15.3.2.11. заняття екстремальними видами розваг та спорту;</p> <p>15.3.2.12. інфаркту, який стався або гостра фаза якого мала місце в момент укладення Договору;</p> <p>15.3.2.13. захворювання, за яким Застрахованій особі встановлена будь-яка група інвалідності (I, II, III групи інвалідності).</p> <p>15.3.3. Винятками з переліку страхових випадків є наступні захворювання, а також події, що сталися, внаслідок наступних захворювань:</p> <p>15.3.3.1. СНІД, ВІЛ-інфекції, а також захворювання, що є їх наслідками чи проявами;</p> <p>15.3.3.2. лепра;</p> <p>15.3.3.3. венеричні захворювання або захворювання, що передаються статевим шляхом;</p> <p>15.3.3.4. психічні розлади здоров'я;</p> <p>15.3.3.5. хронічні хвороби, що вперше діагностовано до моменту укладання Договору страхування;</p> <p>15.3.3.6. ожиріння та дистрофія, косметичні чи косметологічні послуги, естетичні оперативні втручання, операції по заміні статі;</p>
--	---

	<p>15.3.3.7. вроджені вади розвитку, деформації та генетичні аномалії, спадкові хвороби;</p> <p>15.3.3.8. чоловіче та жіноче безпліддя, імпотенція, заходи по регулюванню народжуваності;</p> <p>15.3.3.9. ускладнення або штучне переривання вагітності;</p> <p>15.3.3.10. симптоми, ознаки та неточно визначені стани;</p> <p>15.3.3.11. гострі респіраторні захворювання, бронхіти, гайморити і синусити, ларингіти, фарингіти і трахеїти, риніти;</p> <p>15.3.3.12. харчові отруєння (окрім зазначених у Переліку хвороб);</p> <p>15.3.3.13. цукровий діабет (окрім вперше діагностованого), гіпертонічна хвороба, а також наслідки та ускладнення гіпертонічної хвороби та цукрового діабету (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока);</p> <p>15.3.3.14. стенокардія, ІХС;</p> <p>15.3.3.15. геморой;</p> <p>15.3.3.16. гастрити, дуоденіти, гастродуоденіти, коліти;</p> <p>15.3.3.17. остеохондроз та його ускладнення;</p> <p>15.3.3.18. хвороби м'язів, фасцій, сухожилків, міжреберна невралгія;</p> <p>15.3.3.19. кон'юнктивити;</p> <p>15.3.3.20. бактеріальні кишкові інфекції;</p> <p>15.3.3.21. пов'язані з епідеміями при введенні комплексу карантинних заходів;</p> <p>15.3.3.22. які є наслідками лікування методами нетрадиційної медицини;</p> <p>15.3.3.23. грибкові захворювання, крім враження внутрішніх органів;</p> <p>15.3.3.24. захворюванням на особливо небезпечні інфекції, що пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів на відповідному підприємстві, організації, установі, де працює Застрахована особа та/або на певних адміністративно-територіальних дільницях;</p> <p>15.3.3.25. події пов'язані з патологічними переломами кісток, що викликані вродженими або набутими організмом фізичними вадами чи хронічними хворобами.</p> <p>15.4. За класом страхування 2, ризик «медичне страхування»:</p> <p>15.4.1. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до ЗОЗ та не підлягають відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):</p> <p>15.4.1.1. вроджені, спадкові, генетичні вади та захворювання; стани, що є фізіологічними віковими особливостями або варіантами розвитку (дентація; хорди в шлуночках або незакрите овальне вікно; синехії зовнішніх статевих органів та інше); захворювання, за якими встановлена група інвалідності, інвалідність з дитинства та їх ускладнення, наслідки;</p> <p>15.4.1.2. алкоголізм, наркотична залежність, токсикоманія або інший стан залежності, будь-якого виду, а також будь-які захворювання чи травми та/або їх наслідки, що спричинені станом такої залежності або які є наслідком алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння; також лікування наслідків подій, щодо яких у Страховика є обґрунтована підозра, що вони стались у стані алкогольного сп'яніння, якщо Застрахована особа протягом 5 годин після випадку не звернулася до медичного закладу і не пройшла</p>
--	--

	<p>дослідження на наявність алкоголю в крові. Предметом дослідження біологічної середовища також може бути слина, сеча, змиви з поверхні губ, шкіряного покриву обличчя та рук;</p> <p>15.4.1.3. професійні хвороби, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);</p> <p>15.4.1.4. венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, м'який шанкр, пахова гранульома, тощо); захворювання, що передаються переважно статевим шляхом відповідно до класифікації ВООЗ (хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз, гарденельоз, кандидоз, трихомоніаз та папіломавірусна інфекція, у т.ч. аногенітальні кондиломи, тощо);</p> <p>15.4.1.5. TORCH-інфекції, у т.ч. токсоплазмоз, краснуха та інфекції, викликані вірусами герпетичної групи (віруси простого герпесу 1/2 типу, вітряної віспи, Епштейна-Барр, цитомегаловірус, герпесвіруси 6, 7, 8 типу), парвовірусом В19, вірусом Зіка, крім оперізуючого лишая та герпетичних гангліонітів;</p> <p>15.4.1.6. ерозія (ектопія, дисплазія та інші синоніми переродження/зміни нормального епітелію шийки матки) шийки матки, вагінальний дисбіоз (гарднерельоз), ендометріоз, мастопатія, дисгормональні та інші запальні захворювання жіночих статевих органів, визначення гормонального стану при даних захворюваннях;</p> <p>15.4.1.7. безпліддя (первинне, вторинне, чоловіче, жіноче), сексуальна та еректильна дисфункція, наслідки патологічної вагітності;</p> <p>15.4.1.8. хронічна печінкова недостатність, хронічний гепатит, стеатогепатит, цироз та гепатоз печінки, вірусні гепатити В, С, D і т.д.;</p> <p>15.4.1.9. ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейроциркуляторна дистонія), ДЕП (дисциркуляторна енцефалопатія), АГ(артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), атеросклероз, астено-невротичний синдром, синдром хребцевої артерії, синдром порушення венозного відтоку, ангіодистонія, венозні дисциркуляції та хронічні хвороби периферійних судин (у т.ч. хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба, геморої та ін.), (крім невідкладних станів);</p> <p>15.4.1.10. психічні захворювання, психопатії, неврози (в т.ч. нейрогенний сечовий міхур, енурез, тощо), безсоння (в т.ч. забезпечення снодійними препаратами, заспокійливими), епілепсія, порушення мови, межові розлади, а також їх ускладнення, соматичні захворювання та травми, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;</p> <p>15.4.1.11. інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.), окрім диференційної діагностики, але не більше двох збудників;</p> <p>15.4.1.12. функціональні порушення (синдром подразненого кишечника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів, дисбактеріоз, дисбіоз, диспепсія, функціональний закреп тощо) у Застрахованих осіб віком старше 16 років;</p> <p>15.4.1.13. пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну, метаболічний синдром, подагра, тощо);</p> <p>15.4.1.14. синдром набутого імунodefіциту (СНІД), похідний комплекс СНІД, вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) та пов'язані з ними захворювання, а також їх наслідки;</p>
--	--

	<p>15.4.1.15. онкологічні захворювання, доброякісні новоутворення, захворювання крові і кровотворної системи (в тому числі встановлення причин анемії, якщо немає вказівок на гостру кровотечу).</p> <p>15.4.2. Не підлягають відшкодуванню витрати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування після встановлення остаточного діагнозу наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):</p> <p>15.4.2.1. цукровий діабет та його ускладнення, окрім станів, що загрожують життю застрахованої особи (кома, прекома); у таких випадках допомога надається до стабілізації стану не більше 24-48 годин;</p> <p>15.4.2.2. системні захворювання сполучної тканини, дегенеративні захворювання хрящової та кісткової тканин (ревматоїдний артрит, ревматоїдні хвороби серця, системний червоний вовчак, колагенози, хвороба Бехтерева, артропатії, остеопороз, хондромалія, тощо), саркоїдоз, муковісцидоз, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона та їх наслідків;</p> <p>15.4.2.3. ендокринні, аутоімунні захворювання, дегенеративні і демієлінізуючі хвороби нервової системи, екстрапірамідні порушення (хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера, розсіяний склероз і інші), енцефалопатія, епілепсія (крім невідкладних станів);</p> <p>15.4.2.4. хронічна ниркова недостатність, у т.ч. гемодіаліз;</p> <p>15.4.2.5. захворювання шкіри, волосся та нігтів (вугри, псоріаз, екзема, вітіліго, демодекоз, педикульоз, мікози, пухирчатка, лишай, себорея, тощо);</p> <p>15.4.2.6. катаракта, порушення зору (міопія, далекозорість, пресбіопія, астигматизм та інші), комп'ютерний синдром (синдром сухого ока, спазм акомодатії тощо), косокість, астенія, кератоконус; глаукома, дегенеративно-дистрофічних захворювань сітківки, відшарування сітківки, крім станів, що потребують невідкладної допомоги;</p> <p>15.4.2.7. особливо небезпечні інфекції відповідно до переліку, затвердженого центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я та/або захисту населення від інфекційних хвороб (Наказ МОЗ України № 133 від 19.07.95 з наступними змінами або документ, що його замінює) (чума, холера, натуральна віспа, жовта гарячка, СНІД, пастерельоз, хвороба Марбург, гарячка Ласса, гарячка Ебола, контагіозні вірусні гарячки, енцефаломієліти, енцефаліти, бруцельоз, туляремія, сибірка, сап, меліойдоз, орнітоз, лістеріоз, сказ, еризипелюїд, легіонельоз, епідемічний висипний тиф, хвороба Брілла, КУ - гарячка, мишиний тиф, марсельська гарячка, кліщовий поворотний висипний тиф, туберкульоз, псевдотуберкульоз, геморагічна гарячка, кримська гарячка, омська гарячка, гарячка з нирковим синдромом, лептоспіроз, ящур, кліщовий енцефаліт, хвороба Лайма), а також небезпечних та особливо небезпечних інфекційних захворювань, поширення яких має характер епідемії та/або потребує проведення карантинних заходів, крім карантину у навчальних та виховних закладах;</p> <p>15.4.2.8. захворювання і травми, що настали внаслідок та/або в місці військових дій будь-якого роду, воєнного стану, оголошеної або неоголошеної війни, громадянської війни, надзвичайного стану,</p>
--	--

	<p>заколоту, бунту, революції, громадського заворушення, повстання, путчів, терористичних актів, народних хвилювань, страйків, диверсії, безладів, масових заворушень, узурпації влади, введення військової влади або військового положення або стану облоги, загальної мобілізації, збройного або воєнного конфлікту, блокади, військового ембарго, що є відкритою інформацією; розлади здоров'я, викликані іонізуючим випромінюванням або радіоактивним забрудненням;</p> <p>15.4.2.9. травми, отримані внаслідок злочинних дій ЗО, що підтверджено рішенням суду; травми, отруєння, опіки та інші розлади здоров'я, отримані Застрахованою особою у результаті навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку; медичні послуги, необхідність надання яких настала в зв'язку із самогубством чи спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;</p> <p>15.4.2.10. захворювання імунної системи (в тому числі вторинна діагностика і консультації імунолога, імунограма, інші методи діагностики та лікування, лікування, яке спрямоване на корекцію імунітету), алергічні захворювання (в тому числі, алергопроби, скринінги, специфічна імунотерапія) - крім невідкладних станів;</p> <p>15.4.2.11. розлади менструального циклу та подальша діагностики (в тому числі визначення гормонів репродуктивної групи) після встановлення цих діагнозів клінічно (менопаузи, пременопаузи, порушення менструального циклу, синдром виснажених/полікістозних яєчників, гіперпролактинемія, гіперандрогенія, тощо);</p> <p>15.4.2.12. загострення хвороб опорно-рухового апарату строком більше 14 днів; МРТ-діагностика ступеню дегенеративних змін хребта, результати якої не впливають на тактику лікування гострого стану; МРТ-діагностика при загостренні хвороб опорно-рухового апарату без проходження курсу лікування призначеного лікарем.</p> <p>15.4.3. Страховик не сплачує та не відшкодовує вартість (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):</p> <p>15.4.3.1. лікування в плановому порядку (у т.ч. планові операції), лікування залишкових явищ та наслідків будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії цього Договору, крім випадків їх загострення;</p> <p>15.4.3.2. медичних послуг та медикаментів отриманих поза межами території та строку дії договору; медичних послуг та медикаментів, не передбачених умовами Програми страхування;</p> <p>15.4.3.3. вживання медичних препаратів та інших речовин, а також застосування методів лікування, не призначених лікарем (самолікування); експериментального або науково-дослідного лікування, медичних послуг чи медичних препаратів, які недозволені та/або незареєстровані в Україні; препаратів та засобів у вартість яких включено ПДВ 20%;</p> <p>15.4.3.4. послуг, надання яких не погоджене зі Страховиком до моменту їх отримання, в закладах охорони здоров'я як з переліку Страховика, так і поза цим переліком, крім випадків надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги при настанні страхового випадку, що загрожує життю Застрахованої особи;</p> <p>15.4.3.5. медичних послуг, наданих з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами (як-то:</p>
--	---

	<p>туберкульоз, бронхіальна астма, педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення та інші) тощо);</p> <p>15.4.3.6. підбору та придбання окулярів, лінз; операцій по корекції зору, оптична та лазерна корекція зору, використання лазерних технологій;</p> <p>15.4.3.7. проведення косметичних операцій і процедур та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, операцій та інших видів лікування з приводу ожиріння (в тому числі виявлення причини захворювання); проведення пластичних естетичних операцій; гігієнічних процедур (гігієнічні ванни, клізми, видалення сірчаних пробок тощо);</p> <p>15.4.3.8. масажу всіх видів та реабілітації, окрім випадків необхідної ЛФК та фізіотерапії після стаціонарного лікування гострих захворювань або загострень хронічних захворювань протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) діб;</p> <p>15.4.3.9. альтернативної медицини — голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, діагностика та лікування по Фолло, мікрохвильова, інформаційна терапія, еферентні методи, PRP-терапія (плазмоліфтинг), гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія, гомеопатичне лікування та інше;</p> <p>15.4.3.10. лікарських засобів, необхідних для тривалого прийому (крім стадії загострення, в період якої покриваються усі витрати до стабілізації стану здоров'я, строком не більше 30 днів), підтримуючої та замісної терапії; лікування захворювань поза межами стадії загострення; лікування захворювань строком більше 30 діб;</p> <p>15.4.3.11. будь-якого протезування, в т.ч. постановку стентів, серцевих клапанів; металоконструкції для остеосинтезу, імпланти, фіксатори, гвинти, пластини, в т. ч. інші витратні матеріали, що використовуються для проведення артроскопічних та інших операцій; підбору та використання протезів різного характеру і призначення; медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів та інших); допоміжні засоби медичного користування (милиць, інвалідних візочків, бандажів, естетичних фіксуючих пов'язок (пластеркасти, фасткасти та інші);</p> <p>15.4.3.12. профілактичних, диспансерних та лікувально-оздоровчих заходів (медикаментів, призначених з метою профілактики, імунізації, вакцинації, санаторно-курортне лікування тощо);</p> <p>15.4.3.13. діагностики та лікування супутніх захворювань, які не є необхідними для лікування основного захворювання;</p> <p>15.4.3.14. додаткових витратних матеріалів, крім спирту, шприців та голок одноразових для ін'єкцій, катетерів для системи кровообігу, засобів для вливання крові, марлі медичної, пакетів перев'язочних, пов'язок перев'язочних, вати медичної, бинтів марлевих, гіпсових бинтів, лейкопластирів, рукавичок латексних (стерильних та нестерильних), рукавичок спеціальних (вінілових, нітрилових), рентгенівських плівок, шовного матеріалу, голок та наборів для анестезії (епідуральних, спинальних), скальпелів, лез; медичного устаткування, інструментарію (набори для емболізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, електроди, ріжучі петлі, деартеріалізації, артроскопічні набори, набори для лапароскопічних та ендоскопічних втручань, витратні матеріали для</p>
--	---

	<p>металоостеосинтезу тощо); медичної апаратури (небулайзери, тонометри, електроди, глюкометри тощо);</p> <p>15.4.3.15. послуг та товарів, що не є необхідними з медичної точки зору, для діагностики або лікування;</p> <p>15.4.3.16. штучної шкіри; плазмозамінників (альбуміни), кровозамінників та препаратів крові, парентерального харчування, харчових сумішей, які застосовуються в умовах реанімаційного відділення;</p> <p>15.4.3.17. екстракорпоральних методів лікування, у тому числі гемодіаліз, плазмофрез, гідроклонотерапію, лазеротерапію, кріотерапію, аутогематерапію і озонотерапію; гіпербаричну й нормобаричну оксигенацію (крім реанімаційних заходів), гіпокситерапію;</p> <p>15.4.3.18. реконструктивних операцій (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика тощо), септопластики, вазотомії, операції на серці та судинах, у т.ч. на коронарних судинах (стентування, шунтування);</p> <p>15.4.3.19. медикаментів, що входять в схему лікування, але не мають прямої патогенетичної дії (стимулятори загальної дії, препарати метаболічної дії, полівітамінні та вітамінно-мінеральні комплекси, гепатопротектори, хондропротектори [тобто препарати, що містять у своєму складі хондроїтин-сульфат, D-глюкозамін, або гіалуронову кислоту], імуномодулятори, системні ензими, ангіопротектори та інші); а також гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статини, окрім 1 місяця лікування при гострому інфаркті міокарда), простагландинів, матеріалів для алло- і ксенопластики, біологічно активних (харчових) добавок; дезінфікуючих засобів, предметів гігієни, шампунів, кремів, паст, сольових розчинів тощо; препаратів урсодезоксіхолієвої кислоти ("Урсофальк" та інші);</p> <p>15.4.3.20. видалення бородавок, папілом, невусів, ліпом, атером, гігром, гемангіом тощо, за винятком ускладнених випадків (травмування, кровотеча, нагноєння);</p> <p>15.4.3.21. проведення пластичних операцій; оперативних втручань, пов'язаних з пересадкою органів і тканин Застрахованій особі (окрім пересадки тканин, як етап лікування травматичного ушкодження), в т.ч. переливанням крові та її компонентів; оперативних втручань та маніпуляцій, направлених на профілактику можливих ускладнень захворювання; медичних послуг, пов'язаних з проведенням донорських операцій, коли донором є Застрахована особа, а також наслідків цих операцій;</p> <p>15.4.3.22. медичних довідок щодо придатності до керування транспортними засобами, для отримання дозволу на зброю, на вступ до учбових/дитячих закладів, довідок в басейн, проходження профілактичних оглядів, довідок для санаторно-курортного лікування та інших</p> <p>15.4.3.23. допоміжних медикаментів, призначених з метою підготовки до обстежень, якщо вони не спрямовані на безпосереднє лікування основного захворювання;</p> <p>15.4.3.24. стоматологічних послуг;</p> <p>15.4.3.25. медикаментозних препаратів при застосуванні двох або більше аналогічних препаратів (різні назви одного препарату, виробленого різними фармакологічними компаніями) та/або однакової фармакотерапевтичної групи за класифікацією АТХ ВООЗ не нижче третього рівня деталізації;</p> <p>15.4.3.26. благодійних внесків, страхових платежів за іншими Договорами страхування;</p>
--	---

	<p>15.4.3.27. перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду;</p> <p>15.4.3.28. послуг косметолога, сурдолога, подолога, трихолога, логопеда, дієтолога, генетика, андролога, сексопатолога, імунолога, нарколога, психолога, психіатра, психотерапевта, психоаналітика, психоневролога (окрім невропатолога), гомеопата;</p> <p>15.4.3.29. транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної медичної допомоги;</p> <p>15.4.3.30. комплексного лікування станів, що вимагає застосування замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.), окрім ферментів підшлункової залози терміном до 14 (чотирнадцяти) діб; застосуванням препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін тощо); гормональних спіралей типу "Мірена";</p> <p>15.4.3.31. послуг та медикаментів, у разі відмови Застрахованої особи на вимогу Страховика пройти додаткове медичне обстеження або огляд представниками медичного закладу для підтвердження встановленого їй діагнозу та необхідності отриманих послуг;</p> <p>15.4.3.32. послуг та медикаментів, необхідність отримання яких пов'язана з вагітністю, пологами, а також тестів на виявлення вагітності; будь-яких медичних послуг, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з чоловічим / жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням і вагітністю (в тому числі визначення гормонів репродуктивної групи) та наслідків патологічної вагітності (крім випадків переривання вагітності за медичними показниками при загрозі життю матері);</p> <p>15.4.3.33. лікування більше двох загострень кожного хронічного захворювання, що не є винятком зі страхових випадків, протягом строку дії Договору страхування;</p> <p>15.4.3.34. лікування важких захворювань (гострий інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу, менінгіт, енцефаліт, тощо) строком понад 2 місяці;</p> <p>15.4.3.35. будь-якої діагностики, якщо вона: направлена на уточнення причини, ступеню, стадії та / або призначення схеми лікування захворювання, оплата лікування якого не передбачена умовами договору; пошуку супутньої патології, яка не має прямого відношення до причини звернення пацієнта (гіпердіагностика); контрольної діагностики за результатами лікування;</p> <p>15.4.3.36. послуг та медикаментів, призначення яких не відповідає чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини, а також послуг/медикаментів пов'язаних з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями;</p> <p>15.4.3.37. медичної допомоги, необхідність у наданні якої виникла внаслідок заняття Застрахованою особою спортом на професійному рівні або занять екстремальними видами спорту, пов'язаних з високим ризиком для здоров'я (гірські лижі, мотоспорт, дельтапланеризм, альпінізм, бокс, стрибки з парашутом, сноуборд, дайвінг, серфінг та інші);</p> <p>15.4.3.38. послуг та медикаментів, призначених особі, що не є Застрахованою особою або при використанні картки Застрахованої особи особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг.</p>
--	--

		<p>15.5. За Договором не відшкодовуються витрати на пошук і рятування Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку, на лікування, на транспортування до 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.</p> <p>15.6. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 15 Загальних умов перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування.</p>
16.	Порядок вирішення спорів	<p>16.1. 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, спадкоємцем) та Страховиком вирішуються шляхом переговорів. Якщо переговори по спірних питаннях не призведуть до обопільної домовленості Сторін, вирішення суперечок здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України, в тому числі шляхом звернення до суду.</p> <p>16.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhivachiv-finansovikh-poslug</p>
17.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>17.1. Адреса для листування: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, поверх 9-10</p> <p>17.2. Телефон: 0-800-500-467 (безкоштовно по Україні зі стаціонарних номерів) / 890 (з мобільного безкоштовно з функцією «Call-Back»)</p> <p>17.3. Адреса електронної пошти: med@krayina.com</p> <p>17.4. Адреса електронної пошти для подання документів на здійснення страхової виплати в електронному вигляді: medpay@krayina.com;</p> <p>17.5. Сайт Страховика: www.krayina.com</p>
18.	Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику	<p>18.1. 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.</p> <p>18.2. Індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику по одній Застрахованій особі або по групі Застрахованих осіб:</p> <p>18.2.1. найменування компанії (у випадку колективного страхування);</p> <p>18.2.2. умови праці, пов'язані з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруєнь/травм;</p> <p>18.2.3. вік Застрахованих осіб;</p> <p>18.2.4. кількість Застрахованих осіб в межах одного Договору або групи Договорів, що укладається на однакових умовах;</p> <p>18.2.5. професія (рід занять) Застрахованих осіб;</p> <p>18.2.6. заняття аматорським спортом / активним відпочинком чи професійним спортом;</p> <p>18.2.7. вид спорту, якщо Застрахована особа займається спортом;</p> <p>18.2.8. місце проживання і переважного обслуговування Застрахованих осіб в ЗОЗ;</p>

		<p>18.2.9. належність Застрахованих осіб до категорій осіб, на користь яких не може бути укладений Договір страхування згідно п. 15.1 Загальних умов;</p> <p>18.2.10. 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.</p> <p>18.2.11. інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;</p> <p>18.2.12. інформація про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування.</p> <p>18.3. Вказана вище інформація може надаватися Страхувальником у письмовій формі шляхом заповнення заяви на страхування або надсилання повідомлень засобами електронного зв'язку.</p>
19.	Гранична максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування	50%

Підпис Страховик

Прізвище, ініціали

Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту
«Комплексне страхування здоров'я»

Таблиця № 1 страхових виплат

№ статті	Найменування	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
1	2	3
Травми кісток черепа, нервової системи		
1.	Перелом кісток черепа: а) Зовнішньої пластинки кісток склепіння б) Склепіння в) Основи г) Склепіння і основи	5 15 20 25
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: а) Епідуральна б) Субдуральна, внутрішньо мозкова в) Епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	10 15 20
3.	Ушкодження головного мозку: а) Струс головного мозку при строку лікування від 3 до 13 днів б) Струс головного мозку при строку лікування 14 і більше днів в) Забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив г) Невидалені сторонні тіла з порожнини черепа (крім шовного і пластичного матеріалу) д) 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: а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту; в) епілепсії; г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки) д) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті); е) моноплегії (параліча однієї кінцівки); ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції); з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів. Примітки: 1. страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними в цій статті, проводиться за одним з підпунктів, який	5 10 15 30 40 60 70 100

	<p>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;</p> <p>2. у випадку, коли Застрахованою особою (Страхувальником) 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;</p> <p>3. 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.</p>	
5.	<p>Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p>	10
6.	<p>Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, «кінського хвоста», поліомієліт, без зазначення симптомів:</p> <p>а) струс спинного мозку;</p> <p>б) ушиб спинного мозку;</p> <p>в) здавлення спинного мозку, гематомієлія, поліомієліт;</p> <p>г) частковий розрив спинного мозку;</p> <p>д) повний розрив спинного мозку.</p> <p>Примітка:</p> <p>1. у тому випадку, коли страхова виплата була проведена згідно підпунктами а), б), в), г) 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;</p> <p>2. якщо у зв'язку із травмою хребта і спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково виплачується 15 % страхової суми одноразово.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>30</p> <p>50</p> <p>100</p>
7.	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів)	5
8.	<p>Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетіння:</p> <p>а) травматичний плексит сплетіння;</p> <p>б) частковий розрив сплетіння;</p> <p>в) повний розрив сплетіння.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. пункти 7 та 8 цього Додатку одночасно не застосовуються;</p> <p>2. невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для страхової виплати.</p>	<p>10</p> <p>40</p> <p>70</p>
9.	<p>Розрив нервів:</p> <p>а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кісті руки;</p> <p>б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів;</p> <p>в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променево-зап'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів;</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>20</p>

	<p>d) одного: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного стегнового;</p> <p>e) двох і більше: пахового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового.</p> <p>Примітка: ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи і кисті руки не дають підстав для страхової виплати.</p>	<p>25</p> <p>40</p>
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.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	20
14.	<p>Ушкодження ока, що не призвело до зниження гостроти зору:</p> <p>a) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема;</p> <p>b) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм.</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для страхової виплати; 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; поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для страхової виплати. 	<p>3</p> <p>5</p>
15.	<p>Ушкодження слюзопроводних шляхів одного ока:</p> <p>a) що не призвели до порушення функції слюзопроводних шляхів;</p> <p>b) що призвели до порушення функції слюзопроводних шляхів.</p>	<p>5</p> <p>10</p>
16.	<p>Наслідки травми ока:</p> <p>a) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт;</p> <p>b) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот віка, невидалені сторонні тіла в очному яблуці та на тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та вік (крім шкіри).</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> якщо внаслідок однієї травми настане декілька патологічних змін, перелічених у цій статті, страхова виплата здійснюється з урахуванням найтяжчого наслідку одноразово; 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. 	<p>5</p> <p>10</p>
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	

	<p>гостроти зору внаслідок нещасного випадку)</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.	<p>Ушкодження вушної раковини, що призвели до:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) перелому хряща; б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини; в) відсутності 1/3 - 1/2 частини вушної раковини; г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини. <p>Примітка:</p> <p>рішення про страхову виплату згідно з підпунктами б), в), г) 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.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>30</p>
22.	<p>Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 метрів; б) шепітна мова – до 1 метра; в) цілковита глухота (розмовна мова – 0). <p>Примітка:</p> <p>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 а) пункту 24 цього Додатку (якщо є підстави).</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>25</p>
23.	<p>Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми і не призвів до зниження слуху</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перепонки та настало зниження слуху, страхова виплата розраховується відповідно до пункту 22 цього Додатку. Даний пункт в такому випадку не застосовується; 2. якщо розрив барабанної перепонки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), пункт 23 не застосовується. 	<p>5</p>
24.	<p>Ушкодження одного вуха, що призвело до після травматичного отиту:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) гострого отиту; 	

	<p>б) хронічного отиту.</p> <p>Примітка: страхова виплата згідно з підпунктом б) цього пункту проводиться додатково у 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.</p>	<p>3</p> <p>5</p>
Травми органів дихальної системи		
25.	<p>Перелом, вивих кісток, хряща носу, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки</p> <p>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.</p>	5
26.	<p>Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:</p> <p>а) з однієї сторони; б) з обох сторін.</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 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. 	<p>5</p> <p>10</p>
27.	<p>Ушкодження грудної клітини та її органів, що призвело до:</p> <p>а) легеневої недостатності (після трьох місяців від дня травми); б) видалення долі, частини легені; с) видалення однієї легені.</p> <p>Примітка: при страховій виплаті згідно з підпунктами б), с) цього пункту, підпункт а) цього пункту не застосовується.</p>	<p>10</p> <p>40</p> <p>60</p>
28.	Перелом грудини	5
29.	<p>Перелом ребер:</p> <p>а) одного ребра; б) кожного наступного ребра.</p> <p>Примітка:</p> <ol style="list-style-type: none"> при переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата проводиться за загальних умов; перелом хрящової частини ребра дає підставу для проведення страхової виплати; якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість пошкоджених ребер, страхова виплата проводиться з урахуванням більшого числа поламаних ребер. 	<p>5</p> <p>3</p>
30.	<p>Проникаючі поранення грудної клітини, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:</p> <p>а) торакоскопія, торакоцентез, проникаючі поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не вимагало проведення торакотомії; торакотомія:</p> <p>б) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини; с) при ушкодженні органів грудної порожнини; д) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості).</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітини та її органів було 	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>10</p>

	<p>проведено видалення легені чи її частини, страхова виплата проводиться відповідно до пункту 27 цього Додатку; даний пункт в такому випадку не застосовується;</p> <p>2. якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з урахуванням найскладнішого втручання одноразово.</p>	
31.	<p>Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не призвели до порушення функцій</p> <p>Примітка: якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія) додатково виплачується 5 % страхової суми.</p>	5
32.	<p>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеотомія (трахеотомія), проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:</p> <p>а) осиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менш ніж три місяці після травми;</p> <p>б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше, ніж шість місяців після травми.</p> <p>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.</p>	10 20
Травми серцево-судинної системи		
33.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не призвели до серцево-судинної недостатності	10
34.	<p>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності:</p> <p>а) I ступеня;</p> <p>б) II-III ступеня.</p> <p>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;</p> <p>2. якщо в довідці лікувального закладу не вказаний ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата проводиться згідно з підпунктом а) цього пункту.</p>	10 25
35.	<p>Ушкодження великих периферичних судин, що не призвели до порушення кровообігу, на рівні:</p> <p>а) плеча, стегна;</p> <p>б) передпліччя, гомілки.</p>	10 5
36.	<p>Ушкодження великих периферичних судин, що призвели до судинної недостатності</p> <p>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;</p> <p>2. якщо Застрахована особа в своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, слід одержати висновок спеціаліста;</p> <p>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</p>	20

	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 % 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	3 5 10 15 20 25

	<p>протезами страхова виплата проводиться з урахування втрати лише опорних зубів. При ушкодженні внаслідок травми знімних протезів страхова виплата не проводиться;</p> <ol style="list-style-type: none"> при втраті або переломі молочних зубів у дітей віком до п'яти років страхова виплата проводиться на загальних умовах; при втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати визначається згідно з пунктом 37 цього Додатку та цим пунктом шляхом підсумовування; 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; 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.	<p>Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:</p> <ol style="list-style-type: none"> звуження стравоходу; непрохідність стравоходу (при наявності гастростомії), а також стан після пластики стравоходу. <p>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.</p>	<p>40</p> <p>100</p>
45.	<p>Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвело до:</p> <ol style="list-style-type: none"> холецистити, дуоденіту, гастриту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту; рубльового звуження(деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору; спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності; кишкового свища, кишково-піхвового свища, свища підшлункової залози; протиприродного заднього проходу (колостоми). <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> при ускладненнях травми, передбачених у підпунктах а), б), с) цього пункту, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченні трьох місяців після травми, а передбачені в пунктах d) та e) 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; 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. 	<p>5</p> <p>10</p> <p>25</p> <p>50</p> <p>100</p>

46.	Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою або стан після операції з приводу такої грижі 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; 2. грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошонкові), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для страхової виплати.	10
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 ротора, 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 сечовидільної 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	

	<p>міхура, сечовипускального каналу), що призвели до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) циститу, уретриту; 5 b) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу; 10 c) зменшення об'єму сечового міхура; 15 d) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу; 25 e) синдрому тривалого роздавлення (травматичного токсикозу, крапш-синдрому, синдрому розміщення), хронічної ниркової недостатності; 30 f) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів 30 <p>Примітки: 40</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 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; 2. страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в підпунктах a), c), d), e), 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 вираховується, коли приймається остаточне рішення стосовно страхової виплати. 	
54.	<p>Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) цистостомія; 5 b) при підозрі на ушкодження органів; 10 c) при пошкодженні органів; 15 d) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості). 10 <p>Примітка:</p> <p>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.</p>	
55.	<p>Ушкодження органів статеві або сечовидільної системи:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) поранення, розрив, опік, відмороження; 5 b) згвалтування особи у віці: <ul style="list-style-type: none"> - до 15-ти років; 50 - від 15-ти до 18-ти років; 30 - 18-ть років і більше 15 	
56.	<p>Ушкодження статеві системи, що призвело до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) видалення одного (єдиного) яєчника, одної (єдиної) маткової труби, яєчка; 15 b) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена; 30 c) втрати матки у жінок віком: <ul style="list-style-type: none"> - до 40 років; 50 - від 40 до 50 років; 30 - 50 і більше. 15 d) втрати статевого члена, у тому числі разом з яєчками. 50 	
Травми м'яких тканин		
57.	<p>Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 сантиметрів; 3 b) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 сантиметри і більше; 3 c) значного порушення косметики; 5 d) різкого порушення косметики; 5 	

	<p>е) спотворення.</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> до косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над поверхнею шкіри, стягують тканини. <p>Спотворення – це різка зміна природного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій;</p> <ol style="list-style-type: none"> якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням 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 косметику в тому чи іншому ступені; 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. 	<p>10</p> <p>30</p> <p>70</p>
58.	<p>Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:</p> <ol style="list-style-type: none"> від 2,0 см² до 5,0 см² або довжиною 5 см і більше; від 5,0 см² до 0,5 % поверхні тіла; від 0,5 % до 2,0 % поверхні тіла; від 2,0 % до 4,0 % поверхні тіла; від 4,0 % до 6,0 % поверхні тіла; від 6,0 % до 8,0 % поверхні тіла; від 8,0 % до 10 % поверхні тіла; від 10 % до 15 % поверхні тіла; від 15 % та більше поверхні тіла. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 променевозап'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); при визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на січці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри; якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів), цей пункт не застосовується. 	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p>
59.	<p>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:</p> <ol style="list-style-type: none"> від 1 % до 2 % поверхні тіла; від 2 % до 10 % поверхні тіла; від 10 % до 15 % поверхні тіла; 15 % і більше. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; загальна сума страхових виплат згідно з цим пунктом не повинна перевищувати 40 % страхової суми, встановленої в Договорі 	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>

	страхування.	
60.	Опікова хвороба, опіковий шок Примітка: страхова виплата згідно цим пунктом здійснюється додатково о страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з опіком.	10
61.	Ушкодження м'яких тканин: а) забій, садна м'яких тканин; б) ушкодження, розтягнення зв'язок, сухожилок; в) невидалені сторонні тіла; г) м'язова грижа, після травматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 см ² ; д) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття аутоотрансплантата, 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 г) цього пункту приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через один місяць після травми.	1 3 3 3 5
Травми хребта		
62.	Перелом, переломо-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (крім крижів та копчика): 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	5 10

	<p>й розрив одного зчленування;</p> <p>d) незрощений перелом (псевдосуглоб).</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> у випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у цьому пункті проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово; у випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, рішення про здійснення страхової виплати згідно з пунктом 59 цього Додатку приймається виходячи з результатів лікарського огляду, проведеного після загоєння рани; страхова виплата у зв'язку з незрощеним 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. 	<p>15</p> <p>15</p>
Травми плечового суглоба		
68.	<p>Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків суглобової сумки):</p> <ol style="list-style-type: none"> розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча; перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча; перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелом-вивих плеча. 	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
69.	<p>Ушкодження плечового поясу, що призвели до:</p> <ol style="list-style-type: none"> звичного вивиху плеча; відсутності рухів у суглобі (анкілозу); «бовтаючогося» плечового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; у випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми; 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. 	<p>15</p> <p>20</p> <p>40</p>
Травми плеча		
70.	<p>Перелом плечової кістки:</p> <ol style="list-style-type: none"> на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина); подвійний перелом. 	<p>15</p> <p>20</p>
71.	<p>Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглобу)</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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- 	<p>45</p>

	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.	
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. Примітка: додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	80 75 100
Травми ліктьового суглоба		
73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба: а) гемартроз, пронаційний підвих передпліччя; б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) над виростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки; в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя; г) перелом плечової кістки; д) 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: а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу); б) «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): а) перелом, вивих однієї кістки; б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	5 10
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя: а) однієї кістки; б) 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: а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні;	65

	б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі; с) 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.	70 100
Травми променевозап'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; с) 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 проводилися 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); с) човноподібної кістки; д) вивих, перелоמו-вивих кисті. Примітки: 1. якщо у зв'язку з травмою кисті проводилися 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; с) 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.	<p>Ушкодження першого пальця, що призвело до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розпінателя пальця; b) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильного, суглобового, кісткового панариція. <p>Примітки:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. гнійне запалення навколо нігтьового валика (парохінія) не дає підстав для страхової виплати; 2. якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово. 	<div>3</div> <div>5</div>
83.	<p>Ушкодження першого пальця, що призвели до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) відсутності рухів в одному суглобі; b) відсутності рухів у двох суглобах. <p>Примітка:</p> <p>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.</p>	<div>10</div> <div>15</div>
84.	<p>Ушкодження першого пальця, що призвело до:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Примітка:</p> <p>якщо страхова виплата проведена згідно із цим пунктом, то додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	<div>5</div> <div>10</div> <div>15</div> <div>20</div> <div>25</div>
85.	<p>Ушкодження одного пальця (крім першого), що призвело до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця; b) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль). <p>Примітки:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. гнійне запалення навколо нігтьового валика (парохінія) не дає підстав для здійснення страхової виплати; 2. якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово. 	<div>3</div> <div>5</div>
86.	<p>Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) відсутності рухів в одному суглобі; b) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця. <p>Примітка:</p> <p>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.</p>	<div>5</div> <div>10</div>
87.	Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до:	

	<ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p>
Травми тазу		
88.	<p>Ушкодження таза:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Примітка:</p> <p>якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
89.	<p>Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у кульшових суглобах:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) в одному суглобі; b) у двох суглобах. <p>Примітка:</p> <p>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.</p>	<p>20</p> <p>40</p>
Травми нижніх кінцівок		
90.	<p>Ушкодження кульшового суглоба:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) відрив кісткового фрагмента (фрагментів); b) ізольований відрив рожну (рожнів); c) вивих стегна; d) перелом голівки, шийки, проксимального метафіза стегна. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>25</p>
91.	<p>Ушкодження кульшового суглоба, що призвели до:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) відсутності рухів (анкілозу); b) незрощеного перелому шийки стегна; c) ендопротезування; d) «бовтаючогося» суглоба внаслідок резекції голівки стегна. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>20</p> <p>30</p> <p>40</p> <p>45</p>

	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.	
92.	Перелом стегна: а) на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина); б) 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 малогомілкової кістки, ушкодження меніска; в) перелом: надколінника, між виросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки; г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малогомілкової 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) малогомілкової кістки, відриви кісткових фрагментів; б) великогомілкової кістки, подвійний перелом малогомілкової кістки;	5

	<p>с) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової кістки.</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> страхова виплата згідно з цим пунктом здійснюється у разі: <ul style="list-style-type: none"> перелому малоомілкової 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 малоомілкової кістки у верхній або середній третині. якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі та перелом малоомілкової 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. 	<p>10</p> <p>15</p>
98.	<p>Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглобу (крім кісткових фрагментів):</p> <ol style="list-style-type: none"> малоомілкової кістки; великогомілкової кістки; обох кісток. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; якщо у зв'язку з травмою гомілки здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово. 	<p>5</p> <p>15</p> <p>20</p>
99.	<p>Травматична ампутація або ушкодження, що призвели до:</p> <ol style="list-style-type: none"> ампутації гомілки на будь-якому рівні; екзартикуляції в колінному суглобі; ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки. <p>Примітка:</p> <p>якщо страхова виплата була здійснена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	<p>60</p> <p>70</p> <p>100</p>
Травми гомілковоступневого суглоба		
100.	<p>Ушкодження ділянки гомілко ступневого суглоба:</p> <ol style="list-style-type: none"> перелом однієї щиколотки, ізольований розрив між гомілкового синдесмозу; перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки; перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> при переломах кісток гомілко ступневого суглоба, що супроводжувались розривом між гомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово; якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної допомоги та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово 	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
101.	<p>Ушкодження ділянки гомілко ступневого суглоба, що призвело до:</p> <ol style="list-style-type: none"> відсутності рухів у гомілоступневому суглобі; «бвтаючогося» гомілоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають); 	<p>20</p> <p>40</p>

	<p>с) екзартикуляції в гомілкоступневому суглобі.</p> <p>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.</p>	50
102.	<p>Ушкодження ахіллового сухожилля:</p> <p>а) при консервативному лікуванні;</p> <p>б) при оперативному лікуванні.</p>	<p>5</p> <p>15</p>
Травми стопи		
103.	<p>Ушкодження стопи:</p> <p>а) перелом, вивих однієї кістки (крім п'яtkової і таранної);</p> <p>б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки;</p> <p>с) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, під таранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсневому суглобі (Лісфранка).</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> якщо у зв'язку з переломом або вивихом кістки або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово; при переломах або вивихах кісток стопи, що настали внаслідок різних травм, страхова виплата здійснюється з урахуванням факту кожної травми. 	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
104.	<p>Ушкодження стопи, що призвело до:</p> <p>а) незрощеного перелому (псевдосуглобу) однієї-двох кісток (крім п'яtkової і таранної кісток);</p> <p>б) незрощеного перелому (псевдосуглобу) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток;</p> <p>с) артродез під таранного суглоба, поперекового суглоба передплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсневого (Лісфранка);</p> <p>ампутації на рівні:</p> <p>д) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи);</p> <p>е) плюсневих кісток або передплюсни;</p> <p>ф) таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи).</p> <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими підпунктами а), б), с) 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 д), е), ф) цього пункту – незалежно від строку, що мину після травми.</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>40</p> <p>50</p>
Травми пальців стопи		
105.	<p>Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль):</p> <p>а) одного пальця, крім першого;</p> <p>б) двох-трьох пальців або першого;</p> <p>с) чотирьох пальців (II – V).</p> <p>Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожиль пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % страхової суми одноразово.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p>
106.	<p>Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:</p> <p>першого пальця:</p> <p>а) на рівні нігтьової фаланги або між фалангового суглоба;</p> <p>б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба;</p> <p>другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:</p>	<p>5</p> <p>10</p>

	<p>с) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; д) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів; е) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; ф) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів.</p> <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> у тому випадку, коли страхова виплата здійснюється відповідно до цього пункту, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється; якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця плюсневою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово. 	<p>5 10 15 20</p>
107.	<p>Ушкодження, що призвело до:</p> <ol style="list-style-type: none"> утворення лігатурних свищів; лімфостазу, тромбофлебіту, порушення трофіки; остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту. <p>Примітки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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); нагною вальні запалення пальців не дають підстав для здійснення страхової виплати. 	<p>3 5 10</p>
Інші нещасні випадки		
108.	<p>Травматичний шок, геморагічний шок, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою</p> <p>Примітка:</p> <p>Страхова виплата згідно цим пунктом здійснюється додатково до виплат у зв'язку з травмою.</p>	<p>5</p>
109.	<p>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):</p> <ol style="list-style-type: none"> при стаціонарному лікуванні від двох до шести діб; від семи до тринадцяти діб; від чотирнадцяти діб і більше. <p>Примітка:</p> <p>якщо внаслідок випадків, вказаних у цьому пункті виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, страхова виплата здійснюється додатково згідно з відповідними пунктами цього Додатку.</p>	<p>3 5 10</p>

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

	<i>нижче 0,1</i>	40
	0,0	50
0,9	0,8	3
	0,7	5
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	<i>нижче 0,1</i>	40
	0,0	50
0,8	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	<i>нижче 0,1</i>	40
	0,0	50
0,7	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	<i>нижче 0,1</i>	30
	0,0	40
0,6	0,5	5
	0,4	5
	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	<i>нижче 0,1</i>	20
	0,0	25
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	<i>нижче 0,1</i>	15
	0,0	20
0,4	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	<i>нижче 0,1</i>	15
	0,0	20
0,3	0,2	5
	0,1	5
	<i>нижче 0,1</i>	10
	0,0	20
0,2	0,1	5
	<i>нижче 0,1</i>	10
	0,0	20
0,1	<i>нижче 0,1</i>	10
	0,0	20

<i>нижче 0,1</i>	<i>0,0</i>	<i>20</i>
------------------	------------	-----------

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.

Підпис Страховик
Прізвище, ініціали

Додаток 2 до Загальних умов страхового продукту
«Комплексне страхування здоров'я»

Таблиця № 2 страхових виплат

Перелік травм і ушкоджень	Розмір страхової виплати (у % від страхової суми)
Повна втрата єдиної чи обох верхніх кінцівок	100
Повна втрата єдиної чи обох нижніх кінцівок	100
Повна втрата однієї верхньої кінцівки	70
Повна втрата однієї нижньої кінцівки	70
Часткова втрата однієї верхньої або нижньої кінцівки	50
Часткова втрата єдиної верхньої або нижньої кінцівки	80
Повна втрата великого пальця кисті	15
Часткова втрата великого пальця кисті	10
Повна втрата вказівного пальця кисті	10
Часткова втрата вказівного пальця кисті	5
Повна втрата будь-якого іншого пальця кисті	5
Часткова втрата будь-якого іншого пальця кисті	2
Повна втрата великого пальця стопи	10
Часткова втрата великого пальця стопи	5
Повна втрата будь-якого іншого пальця стопи	3
Часткова втрата будь-якого іншого пальця стопи	1
Повна необоротна втрата розуму (деменція)	100
Повний необоротний параліч (повна втрата рухомості)	100
Повна необоротна втрата зору обох очей	100
Повна необоротна втрата зору одного ока	35
Повна необоротна втрата зору ока за умови попередньої сліпоты другого ока	65
Часткова необоротна втрата зору одного ока до 50%	15
Часткова необоротна втрата зору одного ока не 50% і більше	30
Будь-яка часткова втрата зору єдиного ока	40
Повна необоротна втрата слуху обох вух	50
Повна необоротна втрата слуху одного вуха	15
Повна необоротна втрата слуху одного вуха за умови попередньої глухоти другого вуха	35
Часткова необоротна втрата слуху (розмова пошепки на відстані до одного метру)	10
Часткова необоротна втрата слуху (розмова пошепки на відстані до одного метру) за умови попередньої глухоти другого вуха	25

Примітки:

Під повною втратою верхньої або нижньої кінцівки розуміється її ампутація на рівні і вище ліктьового чи колінного суглобів.

Всі інші випадки (за винятком ампутації пальців кисті та стопи) розглядаються як часткова втрата верхньої або нижньої кінцівки.

Під повною втратою будь-якого пальця верхньої або нижньої кінцівки розуміється ампутація не нижче рівня проксимальної фаланги.

Всі інші випадки ампутації пальців верхньої або нижньої кінцівки розглядаються як часткова втрата пальців верхньої або нижньої кінцівки.

Під повною втратою зору розуміється гострота зору нижча за 0,01.

Повна втрата здатності функціонування будь-якого органу або органів, вказаних у Таблиці №1, прирівнюється до повної втрати цього органу або органів.

Якщо нещасний випадок призвів до ушкоджень за декількома категоріями, відсотки страхових виплат додаються, але загальна страхова виплата не повинна перевищувати 100 % страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи.

Підпис Страховик
Прізвище, ініціали

Додаток 3 до Загальних умов страхового продукту
«Комплексне страхування здоров'я»

Перелік хвороб

№п.п	Захворювання	Розмір виплати (%)	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:			
1	Гострий інфаркт міокарду	50	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	30 днів
3	Гострий перикардит	20	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	30 днів
5	Гострий міокардит	15	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
10	Флеботромбоз	15	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	90 днів
16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	30	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	20	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:			
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення脾енектомії)	10	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	90 днів
III. Хвороби органів дихання:			
25	Гострий тонзиліт	2	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	30 днів
27	Емфізема	8	90 днів

28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	30 днів
29	Плеврит	10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	7 днів
31	Гемоторакс	10	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	30 днів
34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:			
35	Защемлена пахова, стегова кила	10	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
43	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	15 днів
44	Панкреонекроз	45	7 днів
45	Гостра кишкова непрохідність	30	7 днів
46	Гострий апендицит	15	7 днів
47	Печінкова колька	2	7 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30 днів
49	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	180 днів
50	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи			
51	Гострі нефрит, пієлонефрит гломерулонефрит, гломерулярная хвороба (вперше виявлені)	5	90 днів
52	Сечо-кам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	90 днів
53	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
54	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
55	Гострий уретрит	5	90 днів
56	Гострий цистит	2	30 днів
57	Гостра ниркова недостатність	50	7 днів
58	Гостре запальне захворювання матки	10	90 днів
59	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	90 днів
60	Гострий сальпінгіт та офорит	8	90 днів
61	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90 днів
62	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
63	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	90 днів
VI. Хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини:			
64	Ревматизм в активній фазі	10	90 днів
65	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	90 днів

66	Ревматоїдний артрит(за умови проведення оперативного лікування)	20	90 днів
67	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	90 днів
68	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	90 днів
69	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90 днів
70	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	90 днів
71	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	90 днів
72	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	90 днів
73	Ішіас (без люмбаго)	5	90 днів
74	Гострий поліартрит	8	90 днів
75	Хвороба Рейтера	15	90 днів
76	Дискогенний радикуліт	4	90 днів
77	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:			
78	Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	90 днів
79	Тиреотоксикоз з дифузним,токсичним вузловим зобом	20	90 днів
80	Гострий тиреоїдит	15	90 днів
81	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	90 днів
82	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	90 днів
83	Цукровий діабет інші типи (орім гестаційного вперше виявлений)	10	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи			
84	Ураження трійчастого нерву	5	90 днів
85	Ураження лицевого нерву	5	90 днів
86	Ураження інших черепних нервів, зокрема слухового та зорового	10	90 днів
87	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	90 днів
88	Міастенія гравіс	10	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха			
89	Кератити	5	90 днів
90	Іридоцикліти	5	90 днів
91	Склерити, епісклерити	3	90 днів
92	Катаракта (окрім вродженої та діабетичої)	10	90 днів
93	Глаукома	15	90 днів
94	Виразки роговиці	10	90 днів
95	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30 днів
96	Хвороби слізозових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого ератокон'юктивіту))	5	30 днів
97	Гострий зовнішній отит	1	30 днів
98	Гострий середній отит	2	30 днів
99	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
100	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	30 днів
X. Новоутворення			
101	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники. підшлункова залоза,	50	90 днів

	дванадцятипалої кишка)		
103	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	90 днів
104	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	90 днів
105	Злоякісна меланома шкіри	50	90 днів
106	Злоякісні новоутворення молочної залози:		
	- до 35 років	50	90 днів
	- від 35 років і старше	40	90 днів
107	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки:		
	- до 35 років	50	90 днів
	- від 35 років і старше	40	90 днів
	Злоякісні новоутворення простати та яєчок:		
	- до 35 років	40	90 днів
108	- від 35 років і старше	30	90 днів
109	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	90 днів
110	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	90 днів
111	Лейкоз	50	90 днів
112	Мієломна хвороба	60	90 днів
113	Інші злоякісні новоутворення	30	90 днів
114	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	90 днів
115	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	180 днів
116	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	180 днів
117	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини)	5	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби:			
118	Холера	15	30 днів
119	Тиф и паратиф	15	30 днів
120	Сальмонельоз	10	30 днів
121	Ботулізм	15	30 днів
122	Дизентерія (шигеліоз, амебіаз)	10	30 днів
123	Туляремія	15	30 днів
124	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	30 днів
125	Сибірська виразка	20	30 днів
126	Коклюш (кашлюк)	3	30 днів
127	Скарлатина	4	30 днів
128	Вітряна віспа	2	30 днів
129	Вітряна віспа (за умови стаціонарного лікування)	4	30 днів
130	Кір	2	30 днів
131	Краснуха	2	30 днів
132	Оперізуєчий лишай (Herpes zoster)	4	30 днів
133	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	30 днів
134	Вірусні гепатити А, Е	15	30 днів
135	Вірусні гепатити В, С.	25	180 днів

136	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	30 днів
137	Гострий поліомієліт	25	30 днів
138	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	30 днів
139	Менінгіт, арахноїдит	25	30 днів
140	Лептоспіроз	20	30 днів
141	Токсоплазмоз	10	30 днів
142	Лейшманіоз	20	30 днів
143	Інфекційний мононуклеоз	10	30 днів
144	Малярія	15	30 днів
145	Сепсис	30	30 днів

Підпис Страховик
Прізвище, ініціали