

1. Загальні положення. Визначення понять та термінів.

1.1. Ці Загальні умови стандартного страхового продукту «Моя опора» (надалі – Умови) є невід’ємною частиною договору страхування життя за стандартним страховим продуктом «Моя опора» (надалі – Договір, Договір страхування).

1.2. Умови затверджені Наказом №41 від 12.10.2026 р., вступають в дію з 12.10.2026 р. та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням: https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/umovy_moya_opora_12.10.2026.pdf.

1.3. Договори за цим страховим продуктом укладаються за класом страхування 19 «Страхування життя (інше, ніж передбачено класами 20, 21, 22, 23)», та включають основний ризик у межах класу страхування – Смерть застрахованої особи, а також допоміжні ризики.

1.4. Предметом Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов’язаного з об’єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

1.5. Об’єкт страхування: життя, здоров’я, працездатність Застрахованої особи.

1.6. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі:

Анкета про стан здоров’я (медична анкета) – встановлений Страховиком перелік питань загального та медичного характеру, у т. ч. щодо стану здоров’я Застрахованої особи та перенесених нею захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень тощо, на підставі якого Страховиком приймається рішення про можливість та умови прийняття на страхування такої Застрахованої особи. Анкета про стан здоров’я заповнюється для проведення додаткового андеррайтингу при укладанні Договору, а також відновленні дії Договору, збільшенні страхової суми та в інших випадках на вимогу Страховика. Анкета про стан здоров’я є складовою частиною Заяви на страхування.

Ануїтетна виплата (додаткова щомісячна Страхова виплата) - грошова сума у фіксованому розмірі, що виплачується Страховиком щомісячно протягом визначеного періоду. Ануїтетна виплата є самостійною формою Страхової виплати, що виплачується понад основну Страхову виплату та не входить до Страхової суми за відповідним ризиком.

Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору та/або відповідно до законодавства. За цими Умовами Вигодонабувачем може бути юридична або фізична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні Договору для одержання Страхової виплати у разі настання Страхового випадку. В період дії Договору до настання Страхового випадку, Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право змінити особу Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово.

Викупна сума – сума грошових коштів, що виплачується Страховиком Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором або законодавством) у разі дострокового припинення дії Договору.

Вік Застрахованої особи (Страхувальника) – кількість повних років життя Застрахованої особи (Страхувальника).

Дата в Договорі – дата, що розпочинається з 00 годин 00 хвилин за київським часом та закінчується о 24:00 за київським часом, зазначена в Договорі з метою встановлення конкретного терміну, початку та/або закінчення певного строку чи періоду.

Додатковий андеррайтинг – процес оцінки ризиків Страховиком з метою уточнення наявних ризиків стану здоров’я та життєдіяльності Застрахованої особи.

Допоміжні ризики - страхові ризики, інші, ніж основні ризики, пов’язані з життям, здоров’ям та/або працездатністю Застрахованої особи (уключаючи смерть у результаті нещасного випадку, травми, критичні захворювання, хвороби, тілесні ушкодження, тимчасову та/або постійну (стійку) втрату застрахованою особою працездатності), які можуть бути включені до Договору додатково до основних ризиків;

Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи.

Інформаційно-комунікаційна система (надалі – ІКС) – сукупність інформаційних та електронних комунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле.

Заняття спортом на професійному рівні – залучення з метою отримання прибутку або винагороди до комерційного напрямку діяльності у спорті, пов'язаного з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні. Особа набуває статусу професійного спортсмена з моменту набрання чинності контракту з відповідними суб'єктами сфери фізичної культури і спорту про участь у змаганнях серед спортсменів-професіоналів, що є основним джерелом його доходів.

Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатності, якої є об'єктом страхування за Договором.

Заява на страхування – заповнений та підписаний Заявником документ встановленої Страховиком форми про намір укласти Договір, який містить інформацію, необхідну для визначення умов страхування. Якщо Страхувальник та Застрахована особа є різними особами, Заява на страхування підписується Страхувальником та Застрахованою особою (законним представником Застрахованої особи, якщо особа молодше 18 років). Заява на страхування є підставою для укладення Договору, та підтверджує згоду Заявника з умовами страхування. Заява на страхування є невід'ємною частиною Договору та може містити Анкету про стан здоров'я.

Заявник – фізична або юридична особа (у особі свого представника), яка має намір укласти зі Страховиком Договір страхування та, з цією метою, заповнила, підписала та надала Страховику відповідну Заяву на страхування. У разі укладення Страховиком Договору страхування з Заявником, останній набуває прав і обов'язків Страхувальника.

Компетентні органи – державні органи (установи, організації), заклади охорони здоров'я, рятувальні, аварійні, пожежні служби, інші підприємства, установи, організації до компетенції яких, згідно чинного законодавства України або іншої держави, громадянином якої є Застрахована особа, належить визначення фактів, причин, наслідків та/або обставин подій, які вважаються Страховими випадками відповідно до умов Договору, та оформлення (засвідчення) відповідних підтверджуючих документів.

Медичний огляд – процедура комплексного обстеження стану здоров'я Застрахованої особи, яка проводиться у випадках передбачених Умовами на вимогу Страховика уповноваженими ним медичними спеціалістами. Медичний огляд може включати: медичний огляд лікарем, лабораторні дослідження, інструментальні обстеження, консультації суміжних лікарів спеціалістів, аналіз наданої Застрахованою особою медичної документації. За результатами медичного огляду складається медичний (експертний) висновок.

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ) розміщена на сайті ВООЗ за посиланням: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions>.

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

Нещасний випадок на транспорті - не спричинена навмисно Застрахованою особою раптова подія, що сталась внаслідок використання транспортного засобу (повний перелік транспортних засобів визначено законодавством України) за прямим призначенням під час перевезення Застрахованої особи таким транспортним засобом (у якості пасажирів або водія), незалежно від того чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та приземлення, або внаслідок зіткнення з транспортним засобом. При цьому, якщо вимагається відповідним законодавством України або іншої країни, на території якої стався випадок, такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до використання в якості транспортного засобу та (за потреби) пасажирських перевезень. Для цілей цього продукту період посадки та висадки в/з транспортного засобу включає час безпосереднього фізичного контакту Застрахованої особи з конструктивними елементами транспортного засобу (двері, підніжки, поручні, сходинки) під час входу до або виходу з нього.

Обставини непереборної сили (форс-мажор) – надзвичайні події або обставини, що не могли бути передбачені або відвернені Сторонами доступними їм засобами, у тому числі, але не виключно: стихійні лиха (урагани, смерчі, повені, землетруси тощо); масові заворушення, бунти, воєнні дії та інші обставини.

Основні ризики - страхові ризики, пов'язані з життям Застрахованої особи, включення до договору страхування життя одного чи кількох з яких є обов'язковим. За цим страховим продуктом основним ризиком є смерть застрахованої особи.

Передіснуючий стан – будь-які порушення здоров'я, захворювання та/або клінічні стани Застрахованої особи (включаючи вроджені захворювання, аномалії та/або пороки органів, за виключенням вродженої сліпоти або глухоти) та/або симптоми та обставини, які Застрахована особа вже мала до дати початку дії страхового покриття за Договором у відношенні до такої Застрахованої особи, та/або про які вона могла бути обізнаною (незалежно від того, чи було їй поставлено медичний діагноз), зокрема:

- 1) такі, стосовно яких Застрахована особа зверталася за медичною допомогою; або
- 2) які були діагностовано у Застрахованої особи як захворювання або як такі, що є ознакою захворювання; або
- 3) такі, що потребують або можуть потенційно потребувати медичної допомоги для Застрахованої особи; або
- 4) такі, стосовно яких Застрахованій особі надавалося або рекомендувалося лікування, медична допомога, консультація лікаря, лікарський догляд, виписувалися ліки; або
- 5) такі, стосовно яких Застрахована особа очікує отримати результати аналізів та/або має намір здійснити медичне обстеження, лікування та/або отримати консультацію лікаря; або
- 6) такі, що мали місце, однак були проігноровані Застрахованою особою.

Період відстрочення — це визначений цими Умовами проміжок часу протягом якого події, що сталися із Застрахованою особою, не визнаються Страховими випадками та, відповідно, Страхові виплати за такими подіями не здійснюються.

Період відстрочення не застосовується повторно щодо одного і того самого Страхового ризику:

- після відновлення Строку страхового покриття у випадку, передбаченому п. 2.5 Умов;
- якщо між датою закінчення Строку дії ризику за попереднім договором страхування, який укладено за цим Страховим продуктом, та датою початку Строку дії цього ж ризику за новим договором страхування, який укладено за цим же Страховим продуктом, минуло не більше ніж 30 (тридцять) календарних днів.

Період відстрочення застосовується повторно щодо одного і того самого Страхового ризику у разі якщо Строк дії ризику за попереднім Договором страхування було достроково припинено та укладається новий договір страхування за цим же Страховим продуктом, який передбачає Страховий захист за відповідним ризиком.

Період страхування - визначений у Страховому свідоцтві проміжок часу, за який сплачується відповідний страховий платіж. У рамках загального строку дії Договору можуть встановлюватись річні, піврічні, кварталні періоди страхування.

Річниця дії Договору (страхова річниця) - календарна дата, місяць та день якої збігаються з визначеною (передбаченою) Договором датою початку його дії. У разі, якщо страхова річниця припадає на 29 лютого, у невисокосні роки річницею вважається 28 лютого.

Смерть – припинення фізіологічних функцій організму Застрахованої особи, які підтримують її життєдіяльність, зафіксоване лікарем належним чином шляхом оформлення акту констатації смерті або аналогічного за змістом і призначенням документа.

Споживач - фізична особа, яка звернулася за отриманням або отримує страхову послугу для задоволення особистих потреб, не пов'язаних з підприємницькою або незалежною професійною діяльністю, а також інші особи, визначені Договором як Застраховані особи та/або Вигодонабувачі, які є фізичними особами, або інші фізичні особи, які мають право на отримання Страхової виплати.

Стандартний страховий продукт – страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

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

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору та/або законодавства зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку.

Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону. Страхове покриття включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

Страхове свідоцтво – частина Договору, що посвідчує факт його укладення.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі або відповідно до законодавства.

Страховий захист – захист страхових інтересів Застрахованих осіб при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування.

Страховий платіж (Страхова премія) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором. Страховий платіж за кожним страховим ризиком розраховується як добуток страхового тарифу та страхової суми за відповідним страховим ризиком.

Страховий продукт - умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

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

Страховий рік - дорівнює 365 або 366 календарним дням (якщо рік високосний) від дати початку Строку дії Договору та кожної наступної Річниці дії Договору.

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

Страхувальник – особа, яка уклала із Страховиком договір страхування або є страхувальником відповідно до законодавства.

Строк дії ризику – строк дії Договору по відношенню до певного страхового ризику, протягом якого надається Страховий захист за цим ризиком.

Строк страхового покриття – період, протягом якого діє Страхове покриття, та під час якого, в разі настання Страхового випадку, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором та/або законодавством.

1.7. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених в Умовах, та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

1.8. Якщо інше не визначено Договором, то значення термінів, які у Договорі вжито з великої літери, відповідає значенню, визначеному в цих Умовах.

2. Строк дії Договору. Порядок вступу в дію Договору. Період страхування

2.1. Строк дії Договору зазначається у п. 12 Страхового свідоцтва. Строк дії Договору визначається строком дії основного ризику. Строк дії Допоміжних страхових ризиків встановлюється в межах строку дії Договору, може відрізнятися від нього та зазначається у Страховому свідоцтві.

2.2. Договір набирає чинності та починає діяти щодо кожного ризику з 00:00 годин за київським часом дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страхового платежу (за перший Період страхування або першої частини Страхового платежу, якщо Страховий платіж сплачується частинами) в розмірі та у строк, зазначені відповідно у п. 9 та 10 Страхового свідоцтва, але не раніше 00:00 годин за київським часом дати, зазначеної у п. 12 Страхового свідоцтва як дата початку строку дії Договору (дата початку дії відповідного ризику), а також отримання Страховиком належним чином заповненої Заяви на страхування. Строк страхового покриття починається з дня, наступного за закінченням Періоду відстрочення.

2.3. Договір та Страхове покриття діє до 24:00 годин за київським часом дати, що зазначена у п.12 Страхового свідоцтва як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини згідно з п.2.6 та розділу 12 Умов не призвели до дострокового припинення дії Договору. Якщо строк дії Допоміжного ризику відрізняється від строку дії Договору, то Страховий захист за таким ризиком діє до 24:00 годин за київським часом дати зазначеної як дата закінчення дії захисту за таким ризиком в Страховому свідоцтві.

2.4. У випадку несплати чергового Страхового платежу повністю або частково у термін, що зазначений у п. 10 Страхового свідоцтва, гранична дата сплати чергового Страхового платежу переноситься на 30 (тридцять) календарних днів. При цьому Строк Страхового покриття за Договором зупиняється з 00 годин за київським часом наступного дня після граничної дати сплати Страхового платежу з урахуванням такого перенесення.

2.5. Якщо чергову частину Страхового платежу сплачено в повному обсязі протягом 60 (шістдесяти) календарних днів після граничної дати сплати чергової частини Страхового платежу, з урахуванням перенесення цієї дати згідно з п. 2.4 Умов, строк Страхового покриття поновлюється з 00 годин за київським часом дати наступної за датою зарахування відповідної частини Страхового платежу на поточний рахунок Страховика. При цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

2.6. Якщо чергову частину Страхового платежу не сплачено в повному обсязі протягом 60 (шістдесяти) календарних днів після граничної дати сплати чергового Страхового платежу, з урахуванням перенесення цієї дати згідно з п. 2.4 Умов, Договір припиняє свою дію на 61 (шістдесят перший) календарний день після граничної дати сплати чергової частини Страхового платежу без можливості поновлення Строку страхового покриття.

2.7. Датою оплати Страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

2.8. У випадку несплати Страхового платежу (першої частини Страхового платежу, якщо Страховий платіж сплачується частинами) у розмірі та у строки, визначені відповідно п. 9 та 10 Страхового свідоцтва, Договір вважається таким, що не набув чинності та у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором.

3. Страхова сума. Страховий платіж. Страховий тариф. Валюта Договору

3.1. Розмір Страхової суми визначається за згодою Сторін при укладанні Договору або внесенні змін в межах мінімальної та максимальної Страхової суми, встановленої Страховиком на день укладання Договору страхування або відповідно до обраного Страхувальником розміру Страхового платежу, зазначеного під час укладення Договору або внесення змін до Договору. Розмір Страхової суми за кожним страховим ризиком зазначається у п. 8 Страхового свідоцтва. Страхова сума за Договором у цілому складає суму страхових сум за кожним страховим ризиком.

3.2. Страховик бере на себе зобов'язання здійснювати страхові виплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу, відповідно до Договору та Умов, у разі настання Страхових випадків, визначених п. 8 Страхового свідоцтва, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

3.3. Розмір страхового тарифу, страхового платежу зазначається в Страховому свідоцтві за домовленістю Сторін відповідно до андеррайтингової та тарифної політики Страховика.

3.4. Страхові суми по кожному ризику індивідуальні, тобто страхова виплата за будь-яким ризиком не зменшує страхову суму по іншим ризикам.

3.5. Валюта Договору страхування – гривня.

3.6. Сплата страхових внесків та страхові виплати здійснюються у валюті Договору страхування.

4. Територія дії Договору

4.1. Цей Договір діє на території всіх країн світу (за виключенням Республіки Білорусь та Російської Федерації), 24 години на добу, 365 днів на рік (366 днів на рік, якщо рік високосний). Виконання зобов'язань за цим Договором здійснюється на території України.

4.2. Дія Договору не поширюється на:

4.2.1. тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно-правовими актами України, а також на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії розмежування та (або) лінії зіткнення;

4.2.2. території проведення воєнних дій будь-якого характеру (крім випадків передбачених п.4.3 Умов);

4.2.3. тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території іноземних держав, території невизнаних Україною в установленому порядку держав, території іноземних держав на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження;

4.2.4. території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.

4.3. Страховий захист на території України (крім зазначеної в п. 4.2.1 Умов), на якій ведуться воєнні дії та/або бойові дії будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, надається за Страховими випадками, визначеними в п.5.5 Умов, які не мають причинно-наслідкового зв'язку із війною, воєнними, бойовими діями або воєнними конфліктами та будь – якими способами, методами її/їх ведення з урахуванням винятків, передбачених у розділі 6 Умов.

5. Страхові ризики. Страхові випадки

5.1. Страхові ризики у Договорі поділяються на Основні страхові ризики (обов'язково наявні в Договорі та включені у страхове покриття) та Допоміжні страхові ризики (включаються у страхове покриття виключно, якщо зазначені в Страховому свідоцтві). Строк дії Договору визначається строком дії договору за основним ризиком. Строк дії Допоміжних страхових ризиків може відрізнитись від строку дії Договору та зазначається у Страховому свідоцтві.

5.2. Основним Страховим ризиком є:

5.2.1. Смерть Застрахованої особи, яка настала протягом строку дії Договору.

5.3. Допоміжними Страховими ризиками є:

5.3.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку (надалі – **Смерть внаслідок НВ**);

5.3.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку на виробництві (надалі – **Смерть внаслідок НВ на виробництві**);

5.3.3. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку на транспорті (надалі - **Смерть внаслідок НВ на транспорті**);

5.3.4. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку за умови, що смерть її чоловіка або дружини (подружжя) настала внаслідок одного і того самого нещасного випадку (надалі - **Смерть внаслідок НВ Застрахованої особи та її/його подружжя**);

5.3.5. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку за умови, що на момент настання такого випадку Застрахована особа має щонайменше одну дитину, яка не досягла дворічного віку, у тому числі усиновлену (надалі - **Смерть внаслідок НВ Застрахованої особи (сирітство)**);

5.3.6. Постійна втрата функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку (надалі - **Постійна втрата внаслідок НВ**). Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, Постійною втратою функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи вважатиметься повне або часткове невідновне порушення природного функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи, що є наслідком Нещасного випадку, який стався з Застрахованою особою під час дії Страхового захисту за цим ризиком. Вид втрат функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи визначається за допомогою спеціальної Таблиці розмірів Страхових виплат для випадків постійної втрати функціоналу органу або частини тіла (Додаток 1 до Умов, далі – Таблиця Видів втрат). Страховик здійснює Застрахованій особі Страхові виплати, які дорівнюють відсотку Страхової суми згідно з Таблицею Видів втрат для конкретної втрати, але за умови, що така Постійна втрата функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи сталася протягом 365-ти (трьохста шістдесяти п'яти) календарних днів після дати Нещасного випадку, який зумовив таку втрату, та триває протягом решти життя такої Застрахованої особи.

5.3.7. Постійна втрата функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку на транспорті (надалі - **Постійна втрата внаслідок НВ на транспорті**). Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, Постійною втратою функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи вважатиметься повне або часткове невідновне порушення природнього функціоналу органу або частини тіла Застрахованої Особи, що є наслідком Нещасного випадку на транспорті, який стався з Застрахованою особою під час дії Страхового захисту за цим ризиком. Вид втрат функціоналу органу або частини тіла визначається за допомогою Таблиці Видів втрат. Страховик здійснює Застрахованій особі Страхові виплати, які дорівнюють відсотку Страхової суми згідно з Таблицею Видів втрат для конкретної втрати, але за умови, що така Постійна втрата функціоналу органу або частини тіла сталася протягом 365-ти (трьохста шістдесяти п'яти) календарних днів після дати Нещасного випадку на транспорті, який зумовив таку Постійну втрату функціоналу органу або частини тіла, та триває протягом решти життя такої Застрахованої особи.

5.3.8. Постійна втрата функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку на виробництві (надалі - **Постійна втрата внаслідок НВ на виробництві**). Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, Постійною втратою функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку на виробництві вважатиметься повне або часткове невідновне порушення природнього функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи, що є наслідком Нещасного випадку, який стався із Застрахованою особою протягом строку дії цього ризику під час виконання нею службових (трудових) обов'язків. Вид втрати функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи визначається за допомогою Таблиці Видів втрат. Страховик здійснює Застрахованій особі Страхові виплати, які дорівнюють відсотку Страхової суми згідно з Таблицею Видів втрат—для конкретної втрати, але за умови, що така Постійна втрата функціоналу органу або частини тіла сталася протягом 365-ти (трьохста шістдесяти п'яти) календарних днів після дати Нещасного випадку на виробництві, який зумовив таку втрату, та триває протягом решти життя такої Застрахованої особи;

5.3.9. Тілесне ушкодження (травма), отримана Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку (надалі - **Травма внаслідок НВ**). Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик під тілесним ушкодженням (травмою) мається на увазі порушення фізичної цілісності, внутрішніх або зовнішніх функцій організму Застрахованої особи, яке сталося протягом строку дії цього ризику внаслідок Нещасного випадку та передбачене Таблицями розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою (Додаток 2 до Умов, далі – Таблиця травм) незалежно від того чи призвело це до непрацездатності Застрахованої особи;

5.3.10. Тілесне ушкодження (травма), отримана Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку на виробництві (надалі – **Травма внаслідок НВ на виробництві**). Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик під тілесним ушкодженням (травмою) мається на увазі порушення фізичної цілісності, внутрішніх або зовнішніх функцій організму Застрахованої особи, яке сталося протягом строку дії цього ризику внаслідок Нещасного випадку під час виконання нею службових (трудових) обов'язків та передбачене Таблицями травм незалежно від того чи призвело це до непрацездатності Застрахованої особи;

5.3.11. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку спричинений переломом та/або опіком, який стався із Застрахованою особою протягом строку дії цього ризику та передбачений Таблицею визначення розміру Страхових виплат при переломах та опіках (Додаток 3 до Умов, далі – Таблиця переломів та опіків) (надалі – **Переломи/опіки внаслідок НВ**).

5.3.12. Критичне захворювання Застрахованої особи – 1 хвороба (надалі – **Онкологічне захворювання**), а саме: Злоякісне новоутворення. Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, застосовується визначення захворювання, наведене у Додатку 4 до цих Умов.

5.3.13. Критичні захворювання Застрахованої особи – 7 хвороб / станів (надалі – **Критичні захворювання**), а саме: Злоякісне новоутворення; Інфаркт міокарда; Інсульт/Інфаркт головного мозку; Ниркова недостатність; Сліпота (Втрата зору); Гострий коронарний синдром, що призвів до стентування; Трансплантація життєво важливих органів. Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, використовуються визначення захворювань/станів / хірургічних втручань, наведені у Додатку 5 до цих Умов.

5.3.14. Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів / хірургічних втручань (надалі - **Критичні захворювання - розширений перелік**), а саме: Злоякісне

новоутворення, Інфаркт міокарда; Інсульт/інфаркт головного мозку; Аневризма головного мозку; Доброякісна пухлина головного мозку; Ниркова недостатність; Термінальна стадія печінкової недостатності; Коронарне шунтування; Хірургічне втручання на серцевому клапані; Хірургічне втручання на аорті; Трансплантація життєво важливих органів; Кома; Розсіяний склероз; Сліпота (втрата зору); Глухота (втрата слуху); Втрата мовлення; Параліч (втрата функцій кінцівок); М'язова дистрофія; Фульмінантний вірусний гепатит; Первинна легенева гіпертензія; Системний склероз, що прогресує; Термінальна стадія захворювання легень; Хвороба рухових/моторних нейронів; Хвороба Паркінсона; Апластична анемія; Черезшкірна транслюмінальна коронарна ангіопластика; Енцефаліт; Бактеріальний менінгіт; Системний червоний вовчак; Апатичний синдром; Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція; Хвороба Крона; Виразковий коліт; Інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ); Сепсис; Правець; Бактеріальний ендокардит; Хвороба Кройцфельд(т)а-Якоба; Туберкульоз; Легенева емболія; Хвороба Лайма (Бореліоз); Абсцес головного мозку; Кардіоміопатія; Церебральна гідатидна (ехінококова) кіста; Малярія; Холера; Жовта лихоманка; Шистосомоз (більгаріоз); Тиреоїдит Хашимото; Лихоманка Денге; Сказ; Ботулізм; Сибірка, легенева форма; Амебний енцефаліт; Гангрена Фурньє; Меліоїдоз або Сап; Хвороба Шагаса; Хвороба, викликана вірусом Ебола; Хвороба, викликана вірусом Марбург; Черевний тиф; Філяріатоз; Лихоманка Чикунгунья; Лихоманка Ласса; Лихоманка Західного Нілу. Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, використовуються визначення захворювань / станів / хірургічних втручань, наведені у Додатку 6 до цих Умов.

5.3.15. Жіноче критичне захворювання (надалі - **Жіноче критичне захворювання**), а саме Злоякісне новоутворення статевих або репродуктивних органів Застрахованої особи. Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, використовуються визначення захворювань/станів, наведені у Додатку 7 до цих Умов.

5.3.16. Чоловіче критичне захворювання (надалі - **Чоловіче критичне захворювання**), а саме: Злоякісне новоутворення статевих або репродуктивних органів, інфаркт міокарда, інсульт/інфаркт головного мозку. Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, використовуються визначення захворювань/станів, наведені у Додатку 8 до цих Умов.

5.3.17. Критичне захворювання дитини - 20 хвороб/станів (надалі - **Дитяче критичне захворювання**), а саме: Злоякісне новоутворення, Апластична анемія, Менінгіт; Глухота (втрата слуху), Доброякісна пухлина головного мозку, Гостра ревматична лихоманка із ураженням серця, Хронічний активний вірусний гепатит, Інфікування вірусом імунодефіциту людини (далі – ВІЛ) при переливанні крові, Параліч, Поліомієліт, Ниркова недостатність, Цукровий діабет, Набуті хронічні захворювання серця, Правець, Сліпота (втрата зору), Трансплантація життєво важливих органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку; Хірургічне втручання на аорті; Хірургічне втручання на серцевому клапані; Енцефаліт; Епілепсія. Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, використовуються визначення захворювань/станів, наведені у Додатку 9 до цих Умов.

5.3.18. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації (надалі - **Госпіталізація внаслідок НВ/хвороби**);

5.3.19. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання, який стався з Застрахованою особою під час дії Страхового захисту за цим ризиком та передбачений Таблицею оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку або хвороби (Додаток 10 до цих Умов) (надалі – **Хірургічне втручання внаслідок НВ/хвороби**).

5.4. Страховими випадками є події, зазначені як Страхові ризики в Страховому свідоцтві, що сталися протягом Строку страхового покриття за відповідним Страховим ризиком, на території дії Договору та підтверджені документами, виданими Компетентними органами, із настанням яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору та з урахуванням п. 5.5 Умов, за винятком тих, які настали при обставинах, зазначених у розділі 6 Умов.

5.5. Страховими випадками:

5.5.1. За страхуванням на випадок настання Основного ризику, є:

5.5.1.1. смерть Застрахованої особи, яка настала протягом Строку страхового покриття за відповідним ризиком.

5.5.2. За страхуванням на випадок настання Допоміжних ризиків, якщо це прямо зазначено в Страховому свідоцтві, є:

5.5.2.1. Факт настання ризику чи ризиків, передбачених пп.5.3.1 – 5.3.11 Умов, за

умови, що нещасний випадок, який призвів до його/ їх настання, трапився протягом Строку страхового покриття за відповідним ризиком та з урахуванням п.5.4 Умов.

5.5.2.2. Факт настання ризику чи ризиків, передбачених пп.5.3.12 - 5.3.14, 5.3.17 Умов, за умови, що критичне захворювання / стан вперше діагностовано та/або хірургічне втручання вперше проведено протягом Строку страхового покриття відповідного ризику та з урахуванням п. 5.4 Умов.

5.5.2.3. За ризиком **Жіноче критичне захворювання** :

5.5.2.3.1. Злоякісне новоутворення жіночого репродуктивного або статевого органу (далі – Злоякісне новоутворення жіночого органу) за умови, що воно вперше діагностовано Застрахованій особі, протягом Строку страхового покриття за ризиком, передбаченим п.5.3.15 Умов;

5.5.2.3.2. Розлад здоров'я Застрахованої особи, що є прямим наслідком Злоякісного новоутворення жіночого органу, яке було вперше діагностовано протягом Строку страхового покриття за ризиком, передбаченим п.5.3.15 Умов, та який призвів до госпіталізації Застрахованої особи.

5.5.2.4. За ризиком **Чоловіче критичне захворювання** :

5.5.2.4.1. Злоякісне новоутворення статевих репродуктивних органів, інфаркт міокарда, інсульт/інфаркт головного мозку за умови, що таке захворювання/стан вперше діагностовано Застрахованій особі протягом Строку страхового покриття за ризиком, передбаченим п.5.3.16 Умов;

5.5.2.4.2. Розлад здоров'я Застрахованої особи, що є прямим наслідком Чоловічого критичного захворювання, яке було вперше діагностовано протягом Строку страхового покриття за ризиком, передбаченим п.5.3.16 Умов, та який призвів до госпіталізації Застрахованої особи.

5.5.2.5. За ризиком **Госпіталізація внаслідок НВ/хвороби** - розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації з урахуванням п. 5.4 Умов;

5.5.2.6. За ризиком **Хірургічне втручання внаслідок НВ/хвороби** - розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання з урахуванням п. 5.4 Умов.

5.6. За умови надання Страховику відповідного медичного висновку, Страховик також визнає Страховими випадками події, визначені п. 5.2.1, п.5.3.1 - 5.3.5 Умов, які є наслідками Нещасного випадку, що стався протягом Строку страхового покриття за відповідним ризиком, та настали протягом 12 (дванадцяти) місяців від дати Нещасного випадку.

5.7. Конкретний перелік Страхових ризиків на випадок яких здійснюється страхування, строк їх дії, а також інші обмеження та умови Страхового захисту визначаються за домовленістю Сторін та вказуються у Страховому свідоцтві.

5.8. Скорочені назви Страхових ризиків, визначені в Умовах, можуть використовуватись у Заяві на страхування, Страховому свідоцтві для ідентифікації відповідних ризиків та мають значення, тотожне їх повним визначенням, наведеним в Умовах.

6. Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування

6.1. Будь-яка подія не визнається Страховим випадком, і Страхова виплата не здійснюється, якщо така подія з перелічених у розділі 5 Умов була прямо або опосередковано спричинена:

6.1.1. Війною, збройною агресією, воєнним конфліктом, збройним конфліктом, вторгненням, ворожими діями та (або) будь-якими іншими воєнними діями та (або) бойовими діями (незалежно від того, була оголошена війна чи ні), дією засобів ведення воєнних (бойових) дій (їх частин), незалежно від сторони (сторін) / учасника (учасників) війни, збройної агресії, воєнного конфлікту, збройного конфлікту, іншої події, яка (які) їх застосувала (-ли) (у тому числі, але не обмежуючись: усіх видів куль, мін, торпед, гранат, бомб, снарядів, ракет, дронів, коптерів, пілотованих та безпілотних літальних апаратів, бойової (військової) техніки, військових сухопутних та/або повітряних транспортних засобів, військових плавзасобів тощо), а також маневрами, навчаннями або іншими військовими заходами;

6.1.2. Впливом ядерної (атомної) енергії у будь-якій формі, іонізуючого випромінювання, радіоактивного, хімічного, бактеріологічного забруднення;

6.1.3. Опортуністичною інфекцією, будь-якими хворобами або злоякісними новоутвореннями за наявності Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ), а також Синдрому Набутого Імунодефіциту Застрахованої особи;

6.1.4. Алкогольним сп'янінням чи алкогольною інтоксикацією або токсичним чи наркотичним сп'янінням Застрахованої особи та/або внаслідок вживання Застрахованою особою наркотичних, сильнодіючих та психотропних речовин без рецепту, виписаного лікарем; або зловживанням усіма зазначеними вище речовинами. Наявність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння визначається згідно із законодавством;

6.1.5. Вчиненням Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

6.1.6. Діями Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача або будь-якої іншої особи зі згоди та дозволу Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, які спрямовані на настання Страхового випадку та одержання Страхової виплати, незалежно від їхнього психічного стану;

6.1.7. Керуванням Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без передбаченого відповідним законодавством права на керування та/або під впливом алкоголю, наркотичної чи токсичної речовини, або передачею Застрахованою особою керування особі, яка не мала права на керування транспортним засобом та/або яка знаходилася під впливом алкоголю, наркотичної або токсичної речовини;

6.1.8. Будь-яким погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, яке викликане радіаційним опроміненням, хімічним, бактеріологічним забрудненням або є результатом використання атомної енергії, якщо інше не передбачено Договором страхування;

6.1.9. Самолікуванням або лікуванням особою, яка не має відповідної медичної освіти або права на здійснення медичної діяльності;

6.1.10. Самогубством або спробою Застрахованої особи здійснити самогубство в перші два роки з початку дії Договору;

6.1.11. Будь-якими психічними захворюваннями, незалежно від їх класифікації, психічними відхиленнями, депресійними станами або розладами вищої нервової діяльності;

6.1.12. Перебуванням Застрахованої особи у місцях позбавлення волі, попереднього ув'язнення, під час арешту.

6.2. Факт відсутності тіла або неможливості його ідентифікації не є достатнім підтвердженням смерті Застрахованої особи, крім випадків, коли факт смерті підтверджується рішенням суду. Вигодонабувач або інша особа, яка має право на отримання Страхової виплати, подає документи, необхідні для встановлення факту та обставин настання події. Страховик на підставі отриманих документів приймає рішення щодо наявності або відсутності підстав для здійснення Страхової виплати, у тому числі з урахуванням передбачених договором винятків із Страхових випадків.

6.3. Не визнаються Страховими випадками та Страхові виплати Страховиком не здійснюються щодо подій, захворювань, станів, будь-яких погіршень здоров'я, що мали місце до початку (Передісnuючий стан) або після закінчення дії Договору або відповідного Страхового ризику, а також прямо чи опосередковано були спричинені ними.

6.4. Страховик не визнає Страховим випадком і Страхова виплата не здійснюється у разі настання події з перелічених у п.5.3.12 - 5.3.19 Умов причиною яких прямо або опосередковано є наведене нижче:

6.4.1. отруєння, вдихання отруйних газів, парів та інших речовин, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO₂) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі; та/або отруєння внаслідок протиправних дій третіх осіб, що підтверджене відповідним рішенням суду;

6.4.2. захворювання та/або стани, діагностовані до початку дії Страхового захисту за ризиками передбаченими п.5.3.12 - 5.3.19 Умов, а також інші захворювання, стани, їх ускладнення чи наслідки, які були діагностовані до початку дії Страхового захисту за вищевказаними ризиками, що можуть прямо або опосередковано призвести до настання захворювань чи станів з передбачених п.5.3.12 - 5.3.19 Умов;

6.4.3. захворювання, спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом;

6.4.4. будь-які розлади психіки та нервової системи.

6.5. Додатково до п.6.1 – 6.3 Умов Страховик не визнає Страховими випадками та не здійснює Страхових виплат у разі настання подій з перелічених у п. 5.3.1 – 5.3.11, 5.3.18, 5.3.19 Умов причиною яких є наведене нижче:

6.5.1. Події, що сталися під час виконання та є безпосередньо пов'язаними з виконанням Застрахованою особою своїх професійних обов'язків за фахами (видами діяльності) наведеними нижче:

6.5.1.1. праця, пов'язана з вибуховими речовинами (в тому числі, але не обмежуючись виготовлення, використання, зберігання, транспортування, переробка тощо.), в тому числі боєприпасів усіх видів, піротехніки тощо;

6.5.1.2. каскадери;

6.5.1.3. циркові артисти (акробати, дресирувальники);

6.5.1.4. працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);

6.5.1.5. військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);

6.5.1.6. аварійно-рятувальні служби, що працюють у високогірних районах із використанням вертольотів та/або альпіністського спорядження;

6.5.1.7. військовослужбовці незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;

6.5.1.8. члени загонів особливого призначення, незалежно від відомчого підпорядкування;

6.5.1.9. професійні спортсмени та тренери;

6.5.1.10. особисті охоронці;

6.5.1.11. водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням.

6.5.2. Заняття Застрахованою особою професійним спортом, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою особою спортом на аматорському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом (включаючи стрибки з парашутом та подорожування в якості пілота чи пасажирів на планері, повітряний кулі або будь-якому літальному апараті, обладнаному двигуном чи без тощо), альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), будь-яким видом спортивної стрільби;

6.5.3. Подорожування або політ в якості пілота або пасажирів на повітряному судні цивільної авіації будь-якого типу без офіційного дозволу на виконання польоту, виданого органом державної влади та/або державним підприємством, що здійснює контроль повітряних перевезень та використання повітряних засобів цивільної авіації в Україні та/або в країні, де має місце страховий випадок;

6.5.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

6.5.5. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;

6.5.6. Отруєння, вдихання отруйних газів, парів та інших речовин, окрім випадкового отруєння чадним газом (CO, CO₂) або іншим летючим продуктом горіння під час пожежі та/або

отруєння внаслідок протиправних дій третіх осіб, що підтверджене відповідним рішенням суду;

6.5.7. Будь-яке інфекційне бактеріальне зараження, за винятком інфекційного зараження внаслідок поранення або будь-якого іншого травматичного пошкодження тканин внаслідок нещасного випадку;

6.5.8. Проходження будь-яких експериментальних дослідницьких або діагностичних процедур;

6.5.9. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів, інших спеціалістів альтернативної (нетрадиційної) медицини.

6.6. Додатково до п.6.1 – 6.3, 6.5, 6.7 Умов Страховик не визнає Страховими випадками та не здійснює Страхових виплат у разі настання подій з перелічених у п. 5.3.6 – 5.3.8 Умов причиною яких прямо або опосередковано є будь-які патологічні переломи, тобто переломи кісток, вражених будь-якими хворобами та/або іншими патологічними змінами, що мають негативний вплив на структуру та міцність кісткової тканини та призвели до будь-якої втрати з наведених в Таблиці Видів втрат.

6.7. Будь-які випадки втрати органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного випадку або Нещасного випадку на транспорті, виключаються зі Страхових випадків за Договором в частині такої аномалії або патології, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком.

6.8. Додатково до п.6.1 – 6.3, 6.5 Умов Страховик не визнає Страховими випадками та не здійснює Страхових виплат у разі настання подій з перелічених у п.5.3.9 - 5.3.11 Умов причиною якого прямо або опосередковано є наведене нижче:

6.8.1. Тілесні ушкодження (травми) внаслідок Нещасного випадку, які спричинили люмбаго або запалення сідничного нерву;

6.8.2. Патологічний перелом, включаючи переломи внаслідок остеопорозу;

6.8.3. Втомний перелом (стрес-перелом);

6.8.4. Перелом по типу «зеленої гілки»;

6.8.5. Будь-які опіки, спричинені сонячним опроміненням;

6.8.6. Будь-які тілесні ушкодження (переломи або інші ушкодження цілісності кісткової тканини, будь-якої іншої тканини тощо), що були здійснені лікарем в якості методики лікування будь-якого захворювання або з косметичною метою, окрім випадків виправлення лікарської помилки, наявність та потреба виправлення якої підтверджується відповідними медичними документами.

6.9. Додатково до п.6.1 - 6.4 Умов Страховик не здійснює Страхових виплат та не визнає Страховими випадками подій з перелічених у п.5.3.12 - п.5.3.14 Умов причиною яких є прямо або опосередковано наведене нижче:

6.9.1. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять;

6.9.2. ВІЛ-інфекція, Синдром Набутого Імунодефіциту (СНІД), ВІЛ-асоційований комплекс, окрім інфікування ВІЛ під час переливання крові або внаслідок виконання професійних обов'язків, як зазначено в пп.1.32 Додатку 6 до цих Умов), що є Страховим випадком;

6.9.3. перебування в закладах санаторно-курортного лікування.

6.10. Додатково до п.6.1 - 6.4 Умов Страховик не здійснює Страхових виплат та не визнає Страхові випадки за ризиком зазначеним у п.5.3.17 Умов причиною яких є прямо або опосередковано наведене нижче:

6.10.1. ВІЛ-інфекція, СНІД, ВІЛ-асоційований комплекс, окрім інфікування ВІЛ під час переливання крові, як зазначено в пп.1.10 Додатку 9 до цих Умов, що є Страховим випадком;

6.10.2. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять, окрім вроджених вад та аномалій, що їх було вперше діагностовано під час дії Договору після закінчення Періоду відстрочення.

6.11. Додатково до п.6.1 - 6.4 Умов Страховик не здійснює Страхових виплат та не визнає Страхові випадки за ризиком зазначеним уп.5.3.15 Умов причиною яких (прямою або опосередкованою) є наведене нижче:

6.11.1. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять;

6.11.2. Хвороби жіночої статеві системи та їх наслідки, що їх було вперше діагностовано до початку дії цього Страхового ризику та до закінчення Періоду відстрочення;

6.11.3. ВІЛ, або захворювання, пов'язане з ВІЛ, та/або на момент настання Страхового випадку у Застрахованої особи виявлена наявність ВІЛ або СНІД, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ;

6.11.4. Лікування на етапах одужання або періодичні курси відновного лікування в реабілітаційних центрах, центрах здоров'я або оздоровчих закладах, бальнеологічних (періодичні курси відновного лікування) та подібних закладах;

6.11.5. Будь-яка бактеріальна інфекція.

6.12. Якщо інше не зазначено в Договорі, додатково до п.6.1 - 6.4 Умов Страховик не здійснює Страхових виплат та не визнає Страхові випадки за ризиком зазначеним у п.5.3.16 Умов причиною яких (прямою або опосередкованою) є наведене нижче:

6.12.1. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять;

6.12.2. Хвороби чоловічої статеві системи та їх наслідки, що їх було вперше діагностовано до початку дії цього Страхового ризику та до закінчення Періоду відстрочення;

6.12.3. ВІЛ, або захворювання, пов'язане з ВІЛ, та/або на момент настання Страхового випадку у Застрахованої особи виявлена наявність ВІЛ або СНІД, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ;

6.12.4. Лікування на етапах одужання або періодичні курси відновного лікування в реабілітаційних центрах, центрах здоров'я або оздоровчих закладах, бальнеологічних (періодичні курси відновного лікування) та подібних закладах.

6.13. Додатково до п.6.1 - 6.3, 6.5 Умов Страховик не здійснює Страхових виплат та не визнає Страхові випадки за ризиками зазначеними у п.5.3.18 Умов та п.5.3.19 Умов причиною яких (прямою або опосередкованою) є наведене нижче:

6.13.1. Будь-які патологічні переломи, тобто переломи в результаті захворювання кісткової тканини або стрес-перелом (втомний перелом);

6.13.2. Госпіталізація/ лікування/ хірургічне втручання у зв'язку із вагітністю, пологами, викиднем або здійсненням абортів;

6.13.3. Проходження профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я;

6.13.4. Отримання косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій, якщо вони не показані у зв'язку із Нещасним випадком, як цей термін визначається в Умовах;

6.13.5. Будь-яка госпіталізація у зв'язку з будь-якою хворобою протягом перших 60 (шістдесяти) календарних днів після дати набрання чинності цим Страховим ризиком, окрім випадків госпіталізації через гострий апендицит та гостре харчове отруєння;

6.13.6. Лікування, в тому числі видалення аденоїдів, поліпів або мигдаликів протягом перших 180-ти (ста вісімдесяти) календарних днів після дати початку дії цього Страхового ризику;

6.13.7. Будь-яке реабілітаційне лікування, допомога або оздоровлення, профілактичне лікування в лікувальному центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (реабілітаційне лікування та допомога), відновне лікування після травм та захворювань (ЛФК, фізіотерапія, масаж, водолікування тощо);

6.13.8. Лікування спадкових або вроджених аномалій та станів, спричинених ними;

6.13.9. Лікування будь-яких психічних або нервових розладів, лікування спокоєм або

лікування алкогольної та/або наркотичної залежності;

6.13.10. Лікування будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування (госпітальна інфекція);

6.13.11. Амбулаторне лікування хвороб зору (включаючи хірургічне втручання, проведене в амбулаторних умовах та будь-які методики корекції зору), припис окулярів, контактних лінз, окрім хірургічного втручання внаслідок нещасного випадку та хірургічних втручань, які зазначені у Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку або хвороби (Додаток 10 до Умов). Страхова виплата можлива лише, якщо стаціонарне лікування тривало не менше 24 (двадцяти чотирьох) годин;

6.13.12. Будь-яке амбулаторне стоматологічне лікування внаслідок хвороби, включаючи хірургічне втручання, протезування зубів. Стоматологічне хірургічне втручання під час стаціонарного лікування Застрахованої особи з приводу стоматологічного захворювання, а також стоматологічне хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку (амбулаторне або стаціонарне) визнається страховим випадком. Страхова Виплата можлива лише, якщо стаціонарне лікування тривало не менше 24 (двадцяти чотирьох) годин;

6.13.13. Будь-яке лікування опіків, спричинених сонячним опроміненням;

6.13.14. Будь-яке лікування меніску протягом перших 120 (сто двадцяти) календарних днів, після дати набрання чинності відповідним страховим ризиком;

6.13.15. Будь-які доброякісні новоутворення шкіри (атероми, ліпоми, бородавки, папіломи, родимки, невуси, ангіоми та гемангіоми, фіброми та ін.), окрім випадків лікування в умовах стаціонару протягом щонайменше 3 днів;

6.13.16. Будь-які гнійничкові захворювання шкіри (стрептококової, стафілококової або змішаної етіології), окрім випадків лікування в умовах стаціонару протягом щонайменше 3 днів;

6.13.17. Виправлення викривленої носової перетинки (септопластика, риносептопластика тощо), якщо вони не показані у зв'язку із переломом чи вивихом кісток носа, які сталися протягом Строку дії страхового покриття за відповідним Страховим ризиком.

6.14. Страховий захист за Страховими ризиками вказаними в п.5.3.12 – 5.3.19 Умов, вступає в дію після закінчення Періоду відстрочення, який становить:

6.14.1. За страховими ризиками **Онкологічне захворювання** (п.5.3.12 Умов), **Критичні захворювання** (п.5.3.13 Умов), **Критичні захворювання – розширений перелік** (п.5.3.14 Умов), **Жіноче критичне захворювання** (п.5.3.15 Умов), **Чоловіче критичне захворювання** (п.5.3.16 Умов) - **90 (дев'яносто) календарних днів**, починаючи з дати початку Строку дії відповідного Страхового ризику, вказаної в Страховому свідоцтві, або з дати збільшення Страхової суми, вказаної в Страховому свідоцтві, за відповідним Страховим ризиком, крім збільшення запропонованого Страховиком.

6.14.2. За страховим ризиком **Дитяче критичне захворювання** (п.5.3.17 Умов) для Застрахованих осіб, вік яких на дату початку дії ризику :

6.14.2.1. **1 (один) рік і старше - 90 (дев'яносто) календарних днів** з дати початку дії відповідного Страхового ризику вказаної в Страховому свідоцтві;

6.14.2.2. **менше 1 (одного) року - 6 (шість) місяців** з дати початку дії відповідного Страхового ризику, але в будь-якому випадку **не довше ніж 90 днів** після досягнення 1 року.

У разі збільшення Страхової суми за відповідним Страховим ризиком Період відстрочення щодо збільшеної частини Страхової суми обчислюється з дати такого збільшення та визначається відповідно до п.6.14.2.1 - 6.14.2.2 Умов залежно від віку Застрахованої особи на дату такого збільшення, крім випадків збільшення Страхової суми, запропонованого Страховиком.

6.14.3. За страховими ризиками **Госпіталізація внаслідок НВ/хвороби** (п.5.3.18 Умов); **Хірургічне втручання внаслідок НВ/хвороби** (п.5.3.19 Умов) – для Застрахованих осіб у віці від 1 року на дату початку Строку дії вказаних ризиків - **60 (шістдесят) календарних днів**,

а для Застрахованих осіб у віці до 1 року на дату початку Строку дії вказаних ризиків – **6 (шість) місяців**, починаючи з дати Початку дії відповідного Страхового ризику, вказаної в Договорі або з дати збільшення Страхової суми, вказаної в Страховому свідоцтві, за відповідним Страховим ризиком, крім збільшення запропонованого Страховиком. Протягом цього періоду не може виникнути право на отримання Страхових виплат. При цьому, Період відстрочення не застосовується до подій, що є результатом Нещасного випадку.

6.15. У разі настання Страхового випадку протягом Періоду відстрочення після збільшення Страхової суми Страхова виплата здійснюється в межах Страхової суми, що діяла до збільшення, крім збільшення запропонованого Страховиком.

6.16. Обмеження щодо віку Застрахованої особи. За цими Умовами Застрахованою особою може бути:

- за ризиками **Смерть внаслідок НВ** (п.5.3.1 Умов); **Смерть внаслідок НВ на виробництві** (п.5.3.2 Умов); **Смерть внаслідок НВ на транспорті** (п.5.3.3 Умов); **Смерть внаслідок НВ Застрахованої особи та її/його подружжя** (п.5.3.4 Умов); **Смерть внаслідок НВ (сирітство)** (п.5.3.5 Умов), **Постійна втрата внаслідок НВ на виробництві** (п.5.3.8 Умов), **Травма внаслідок НВ на виробництві** (п.5.3.10 Умов) - дієздатна фізична особа віком від 18 до 74 років на дату початку Строку дії вказаних ризиків до 75 років (включно) на дату закінчення Строку дії вказаних Страхових ризиків;

- за ризиками **Смерть застрахованої особи** (п.5.2.1 Умов), **Постійна втрата внаслідок НВ** (п.5.3.6 Умов), **Постійна втрата внаслідок НВ на транспорті** (п.5.3.7 Умов), **Травма внаслідок НВ** (п.5.3.9 Умов), **Переломи/опіки внаслідок НВ** (п.5.3.11 Умов) - фізична особа, а саме дитина віком від 0 до 17 років на дату початку Строку дії вказаних ризиків до 27 років (включно) на дату закінчення Строку дії вказаних ризиків, а також дорослий віком від 18 до 74 років на дату початку Строку дії вказаних ризиків до 75 років (включно) на дату закінчення Строку дії вказаних Страхових ризиків;

- за ризиками **Онкологічне захворювання** (п.5.3.12 Умов), **Критичні захворювання** (п.5.3.13 Умов), **Критичні захворювання – розширений перелік** (п.5.3.14 Умов), **Жіноче критичне захворювання** (п.5.3.15 Умов), **Чоловіче критичне захворювання** (п.5.3.16 Умов) – дієздатна фізична особа від 18 до 65 років на дату початку Строку дії вказаних ризиків до 70 років (включно) на дату закінчення Строку дії вказаних Страхових ризиків;

- за ризиками **Госпіталізація внаслідок НВ/хвороби** (п.5.3.18 Умов); **Хірургічне втручання внаслідок НВ/хвороби** (п.5.3.19 Умов) - фізична особа, а саме дитина віком від 0 до 17 років на дату початку Строку дії вказаних ризиків до 27 років (включно) на дату закінчення Строку дії вказаних ризиків, а також дорослий віком від 18 до 50 років на дату початку Строку дії вказаних ризиків до 70 років (включно) на дату закінчення Строку дії вказаних Страхових ризиків;

- за ризиком **Дитяче критичне захворювання** (п.5.3.17 Умов) - фізична особа віком від 0 до 17 років на дату початку Строку дії вказаного ризику до 23 років (включно) на дату закінчення Строку дії вказаних ризиків.

Страховик має право прийняти рішення щодо страхування особи на умовах відмінних від зазначених у цьому пункті через індивідуальне погодження та андеррайтинг (оцінку ризику).

6.17. Особами, застрахованими згідно з цими Умовами, не можуть бути:

- особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах;
- особи, визнані в установленому порядку недієздатними;
- особи, які перебувають у місцях позбавлення волі.

6.18. У випадку повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою неправдивої інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи та/або наявності обставин (однієї чи декількох), визначених вище у п. 6.1. - 6.17 Умов, до дати початку дії страхового покриття за Договором у відношенні до такої Застрахованої особи, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи.

7. Порядок дій у разі настання Страхового випадку. Контактні дані для звернення у разі настання Страхового випадку

7.1. У разі настання подій, які мають ознаки Страхових випадків, згідно з умовами Договору, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач (спадкоємиці Застрахованої особи за законом), її законний представник зобов'язаний:

7.1.1. протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня їх настання **повідомити** про це Страховика за номерами цілодобового інформаційного центру:

+38 097 170 03 73 (Київстар),
+38 066 170 03 73 (Vodafone),
+38 093 170 03 73 (Lifecell)

7.1.1.1. у випадку настання події за ризиками, що передбачають настання **Смерті** Застрахованої особи допускається повідомлення Страховика **протягом 6 (шести) місяців** з дня їх настання;

7.1.2. подати письмову Заяву на здійснення Страхової виплати та інші документи, визначені розділом 8 цих Умов:

7.1.2.1. протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дня настання подій, які мають ознаки Страхових випадків, згідно з умовами Договору.

7.1.2.2. протягом **12 (дванадцяти) місяців** з дня настання подій за ризиками, що передбачають настання **Смерті** Застрахованої особи.

7.2. У разі неможливості з об'єктивних та поважних причин своєчасно повідомити про настання події, яка має ознаки Страхового випадку, та/або надати документи зазначені в п.7.1.2 Умов строки, Страхувальник або інша особа, яка має право на отримання Страхової виплати, повинен(а) надати Страховику письмові пояснення та обґрунтування поважності причин порушення строків. За результатами розгляду наданих пояснень Страховик приймає рішення про наявність підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати.

7.3. Страхувальник зобов'язується надати Страховику достовірні відомості про причини та обставини настання Страхового випадку, а також іншу необхідну інформацію, зазначену у Договорі.

7.4. Страховик залишає за собою право вимагати висновку стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, що передував Страховому випадку чи був пов'язаний із Страховим випадком. У таких випадках Страховик приймає рішення про визнання випадку страховим на підставі експертного висновку, що при необхідності базується на експертній оцінці лікаря відповідної кваліфікації, уповноваженого Страховиком. На вимогу та за кошти Страховика, Застрахована особа повинна пройти Медичний огляд у визначеного Страховиком лікаря відповідної кваліфікації та/або пройти додаткові медичні дослідження з метою підтвердження факту, причин, обставин та/або наслідків настання Страхового випадку. Якщо за результатами Медичного огляду діагноз Застрахованої особи не буде підтверджено, Застрахована особа відшкодовує Страховику витрати на такий Медичний огляд. Якщо Застрахована особа відмовляється від Медичного огляду або не проходить його протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання вимоги Страховика, якщо ним не було встановлено інший строк, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати.

8. Документи, необхідні для здійснення Страхової виплати

8.1. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана Страховим випадком за Договором, покладається на Страхувальника, іншу особу, яка має право на отримання страхової виплати.

8.2. Для отримання Страхової виплати за Договором, Страхувальник, інша особа, яка має право на отримання Страхової виплати, зобов'язаний (-а) надати Страховику такі документи:

8.2.1. Заява на здійснення Страхової виплати з зазначенням реквізитів рахунку одержувача виплати, відкритого у банківській установі України.

8.2.2. Копії документів, що посвідчують особу одержувача виплати засвідчену підписом власника таких документів.

8.2.3. Копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру одержувача виплати (або копію документа згідно п. 8.2.2 Умов, в якому міститься інформація про цей

номер чи відмітка про відсутність індивідуального податкового номеру), засвідчену підписом власника таких документів.

8.2.4. Опитувальний лист для проведення ідентифікації клієнта – фізичної особи за формою наданою Страховиком.

8.3. У разі настання Страхового випадку, пов'язаного зі смертю Застрахованої особи, особою, яка має право на отримання Страхової виплати, Страховику додатково надаються такі документи:

8.3.1. Копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті, а також результати розтину Застрахованої особи, якщо його було здійснено, завірену одержувачем виплати.

8.3.2. Свідоцтво або довідка органу РАЦС про смерть Застрахованої особи або їх нотаріально засвідчена копія.

8.3.3. Рішення суду про визнання Застрахованої особи померлою (у випадку зникнення Застрахованої особи без вісти) – копія, засвідчена судом, що прийняв рішення;

8.3.4. Копія постанови про закриття кримінального провадження або копія рішення суду (у випадку відкриття кримінального провадження за фактом смерті Застрахованої особи), засвідчена судом, що прийняв рішення;

8.3.5. Оригінал або нотаріально засвідчена копію акту про нещасний випадок або документа від компетентних органів, який підтверджує причини та обставини смерті Застрахованої особи;

8.3.6. Оригінал довідки з результатом визначення рівня алкоголю в крові у Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або ДТП, якщо смерть сталася або пов'язана із нещасним випадком або ДТП;

8.3.7. Копію акту судово-медичного обстеження в разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або ДТП завірену закладом, який проводив обстеження, якщо смерть сталася або пов'язана із нещасним випадком або ДТП.

8.4. У разі настання Страхового випадку, пов'язаного з **нещасним випадком, хворобою/станом, тілесними ушкодженнями** Застрахованої особи, Страховику додатково надається документ, що підтверджує факт і розкриває причини та обставини настання Страхового випадку, виданий Компетентним органом, компетентною лікарською комісією, лікувально-профілактичним або іншим медичним закладом (зокрема: акт про нещасний випадок; листок непрацездатності; документ, який засвідчує перенесення Застрахованою особою хірургічного втручання або захворювання, яке відповідає визначенню Страхового випадку, підтверджений відповідними лабораторними, клінічними, гістологічними, радіологічними та іншими дослідженнями). Такі документи мають бути оригінальними або копіями, засвідченими закладом, що їх видав, або нотаріально.

8.5. У разі настання страхового випадку передбаченого п. 5.3.4 Умов, для підтвердження смерті подружжя, додатково до документів зазначених в п.8.2 - 8.4 Умов надаються:

8.5.1. копія лікарського висновку із зазначенням причини настання смерті, а також результатів розтину подружжя Застрахованої особи, якщо його було здійснено;

8.5.2. Свідоцтво або довідка органу РАЦС про смерть подружжя Застрахованої особи або їх нотаріально засвідчена копія;

8.5.3. Рішення суду про визнання подружжя Застрахованої особи померлою (у випадку зникнення подружжя Застрахованої особи без вісти) – копія, засвідчена судом, що прийняв рішення.

8.6. У разі настання страхового випадку передбаченого п. 5.3.5 Умов, додатково надати документи, що підтверджують наявність у Застрахованої особи дитини віком до двох років на дату настання Нещасного випадку, а саме: копію свідоцтва про народження дитини або витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян, а у разі усиновлення — рішення суду про усиновлення, що набрало законної сили (за наявності), свідоцтво про усиновлення або нове свідоцтво про народження, в якому Застрахована особа записана як один з батьків.

8.7. У випадку, якщо в Договорі Вигодонабувач не вказаний та виплата проводиться спадкоємцям за законом, спадкоємці померлої Застрахованої особи додатково надають Страховику Свідоцтво про право на спадщину або його нотаріально засвідчену копію.

Особа, яка має право на отримання Страхової виплати зобов'язана надавати на вимогу Страховика інші документи, що мають значення для прийняття рішення про здійснення виплати, а також документи, надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У

передбачених законом випадках за запитом Страховика Страхувальник, Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язані протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів. Вигодонабувач / особа, яка має право на отримання страхової виплати, та/або Застрахована особа зобов'язані надати Страховику документи, необхідні для проведення їх ідентифікації та верифікації відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення». Документи надаються в оригіналах, належним чином засвідчених копіях або в електронній формі з дотриманням вимог щодо способів їх отримання та засвідчення, визначених додатком 2 до Положення про здійснення установами фінансового моніторингу, затвердженого постановою Правління Національного банку України від 28.07.2020 № 107.

8.8. У будь-якому випадку для підтвердження факту настання події, що має ознаки страхового випадку, особа, яка має право на отримання Страхової виплати, повинна надати документи компетентних органів, що видані органами державної влади відповідно до законодавства держави, на території якої сталася подія. Страховик не приймає до розгляду документи, видані органами або утвореннями, що не створені чи не діють відповідно до законодавства відповідної держави, зокрема органами або структурами невизнаних, самопроголошених утворень як на території України, так і за її межами. Відповідно до чинного законодавства України, що регулює забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на будь-якій тимчасово окупованій території України, будь-який акт (рішення, документ), виданий органами та/або посадовими особами, якщо ці органи або особи створені, обрані чи призначені у порядку, не передбаченому законодавством України, є недійсним і не створює правових наслідків. Відповідно, документи, рішення, видані органами невизнаних Україною державних формувань, створеними на будь-якій окупованій території України, є недійсними, не визнаються Страховиком та не приймаються до розгляду. Документи компетентних органів іншої країни повинні бути визнані дійсними в Україні в порядку, передбаченому законодавством України.

8.9. Будь-які витрати, пов'язані з отриманням, нотаріальним посвідченням або перекладом документів (їх дублікатів, копій), вказаних в п.8.2 - 8.8 Умов, несе особа, яка подає заяву на виплату.

8.10. Страховик має право запитувати та отримувати документи з медичних закладів, правоохоронних органів, інших установ, що можуть володіти інформацією про причини та обставини настання події, що має ознаки Страхового випадку.

8.11. У разі подання документів, викладених іншою мовою, ніж українська, особа, що їх подає, зобов'язана надати офіційний переклад українською мовою.

8.12. Документи, передбачені розділом 8 Умов подаються Страховику в письмовій формі одним із способів:

- шляхом направлення поштою (рекомендованим листом);
- особисто за адресою місцезнаходження Страховика;
- в електронному вигляді на електронну адресу - lifegas@uniqa.ua.

8.13. Страховик залишає за собою право вимагати оригінали документів, що перераховані в п. 8.2 – 8.8 Умов, у випадку, якщо надані в електронній формі документи неналежної якості, або у Страховика виникли сумніви щодо їх достовірності.

9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення Страхових виплат

9.1. У разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховик зобов'язаний встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

9.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком відповідно до умов Договору та законодавства України, на підставі заяви особи, яка має право на отримання виплати, та рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення Страхової виплати (Страхового акту), яке Страховик приймає після отримання всіх необхідних документів, визначених розділом 8 Умов.

9.3. Страхова виплата за кожним Страховим випадком, зазначеним в Умовах, здійснюється незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими страховими випадками, які входять до

Договору, в межах страхової суми, встановленої для такого страхового випадку.

9.4. У разі настання Страхового випадку за ризиками:

- **Смерть Застрахованої особи,**
- **Смерть внаслідок НВ,**
- **Смерть внаслідок НВ на транспорті,**
- **Смерть внаслідок НВ на виробництві,**
- **Смерть внаслідок НВ Застрахованої особи та її/його подружжя,**
- **Смерть внаслідок НВ (сирітство)**

Страховик здійснює одноразову Страхову виплату Вигодонабувачу (-ам) в розмірі **100% Страхової суми**, встановленої за відповідним Страховим ризиком в Страховому свідоцтві.

9.5. У разі настання Страхового випадку за ризиками:

- **Постійна втрата внаслідок НВ,**
- **Постійна втрата внаслідок НВ на транспорті,**
- **Постійна втрата внаслідок НВ на виробництві**

Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі (або її Законному представнику, якщо особа не досягла 18 років) на умовах Таблиці Видів втрат, та у зазначеному у Таблиці Видів втрат розмірі – у відсотках від Страхової суми, встановленої для відповідного Страхового ризику у Страховому свідоцтві.

9.5.1. Розмір Страхових виплат за цими ризиками у зв'язку з втратами, які не зазначені в Таблиці Видів втрат, розраховується відповідно до їх серйозності в порівнянні з тими випадками, що зазначені в Таблиці Видів втрат, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої особи.

9.5.2. Загальна сума Страхових виплат, яка сплачується через настання декількох видів Постійної втрати функціоналу органу або частини тіла Застрахованої особи внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум, визначених за допомогою Таблиці Видів втрат, але її загальний розмір не повинен перевищувати Страхову суму за відповідним Страховим ризиком, зазначену у Страховому свідоцтві.

9.5.3. У разі, якщо розмір Страхової виплати за окремим Страховим випадком з Таблиці Видів втрат складає 60% від Страхової суми або більше, Страховик крім основної страхової виплати, додатково здійснить додаткові Страхові виплати у розмірі 4% Страхової суми, за відповідним страховим ризиком, встановленої у Страховому свідоцтві, які будуть сплачуватись щомісячно протягом 36 (тридцяти шести) місяців (всього 36 виплат) за умови, що Застрахована особа є живою на дату відповідної виплати.

9.5.4. У разі, якщо вік Застрахованої особи на дату настання Страхового випадку не перевищує 18 років та Страховий випадок настав у грудні, січні, червні, липні або серпні, Страховик здійснить додаткову виплату у розмірі Страхової виплати, визначеної відповідно до Таблиці Видів втрат.

9.5.5. Виплати зазначені в п.9.5.3 та 9.5.4 Умов є додатковими страховими виплатами за тим самим страховим ризиком та страховим випадком, не входять до Страхової суми за відповідним ризиком.

9.5.6. Страхові виплати за кожним окремим страховим ризиком з переліку вказаного в п.9.7 Умов в сукупності протягом всього Строку страхового покриття за ризиком не можуть перевищувати 100% Страхової суми, встановленої для відповідного Страхового ризику в Страховому свідоцтві.

9.6. У разі настання Страхового випадку за ризиками:

- **Травма внаслідок НВ,**
- **Травма внаслідок НВ на виробництві**

Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі (або її Законному представнику, якщо особа не досягла 18 років) – у розмірі, що дорівнює відсотку зазначеної у Страховому свідоцтві Страхової суми, встановленої для відповідного тілесного ушкодження в Таблицях травм.

9.6.1. Загальна сума Страхових виплат, яка сплачується щодо двох і більше тілесних ушкоджень внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум для кожного з таких ушкоджень (окрім наведених у одній статті Таблиць травм).

9.6.2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть декілька тілесних ушкоджень або ускладнень, наведених в одній статті Таблиць травм, Страхова виплата здійснюється у розмірі що дорівнює розміру Страхової виплати за найбільш тяжке з тілесних ушкоджень, діагностованих в Застрахованій особі, якщо інше не вказано в примітках до відповідної статті Таблиць травм.

9.6.3. Розмір Страхової виплати на випадок тілесного ушкодження (травми), яке є Страховим випадком за відповідним Страховим ризиком, але не наведене у Таблицях травм, розраховується відповідно до його тяжкості у порівнянні з тими випадками, що зазначені в Таблицях травм, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої особи. При цьому, Страховим випадком не вважається отримання забоїв, садна, припухлостей та набряків м'яких тканин.

9.6.4. За кожною окремою статтею Таблиць травм Страхова виплата здійснюється не більше 2 (двох) разів протягом Страхового року.

Загальний розмір Страхових виплат в сукупності протягом Страхового року не може перевищувати 100% Страхової суми, встановленої в Страховому свідоцтві для відповідного страхового ризику.

9.7. У разі настання Страхового випадку за ризиком **Переломи/опіки внаслідок НВ** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі (або її Законному представнику, якщо особа не досягла 18 років) на умовах Таблиці переломів та опіків у розмірі, що дорівнює:

- частині зазначеної у Страховому свідоцтві Страхової суми, яка відповідає відповідному перелому в Таблиці переломів та опіків; та/або
- частині зазначеної у Страховому свідоцтві Страхової суми, яка відповідає відповідному опіку в Таблиці переломів та опіків.

9.7.1. Розмір Страхової виплати на випадок перелому/опіку, що є Страховим випадком за цим Страховим ризиком, але не наведений в Таблиці переломів та опіків, розраховується лікарем-експертом Страховика шляхом порівняння такого перелому/опіку з максимально наближеним за ступенем тяжкості переломом або опіком, зазначеним в Таблиці переломів та опіків.

9.7.2. Загальна сума Страхових виплат, сплачуваних у випадку двох і більше переломів/опіків внаслідок одного і того самого Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання частин Страхової суми, належних до сплати за кожним з таких переломів/опіків, але загальний розмір Страхової виплати не повинен перевищувати 100% Страхової суми за цим Страховим ризиком, зазначеної у Страховому свідоцтві.

9.8. У разі настання Страхового випадку за ризиками:

- **Онкологічне захворювання;**
- **Критичні захворювання;**
- **Критичні захворювання – розширений перелік**

Страхова виплата здійснюється Страховиком на користь Застрахованої особи - у розмірі зазначеної в Страховому свідоцтві Страхової суми для відповідного Страхового ризику або її частини, розмір якої визначено в Додатку 4 до цих Умов для ризику Онкологічне захворювання, Додатку 5 до цих Умов для ризику Критичні захворювання, Додатку 6 до цих Умов для ризику Критичні захворювання – розширений перелік відповідно;

9.8.1. Страхова виплата для цих ризиків здійснюється за таких умов:

9.8.1.1. Страховий випадок стався протягом Строку страхового покриття, за відповідним ризиком;

9.8.1.2. На момент встановлення діагнозу Застрахована особа була живою, про що свідчить той факт, що дата її смерті є пізнішою за: а) дату встановлення діагнозу та б) найпізнішу дату будь-якого з медичних документів, на підставі яких було встановлено діагноз та які були надані Страховику;

9.8.1.3. Заява про здійснення Страхової виплати є підписаною Застрахованою особою власноруч, окрім випадків коли це об'єктивно не є можливим з огляду на фізичний стан Застрахованої особи (кома, параліч та інше). В такому разі вказана заява має бути підписана законним представником застрахованої особи.

9.8.1.4. Страховиком отримано всі документи, необхідні для підтвердження настання

Страхового випадку та здійснення Страхової виплати;

9.8.2. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату за будь-якою однією хворобою/станом діагностованою у Застрахованій особі з переліку визначеного:

- в Додатку 4 до цих Умов для ризику **Онкологічне захворювання**,
- в Додатку 5 до цих Умов для ризику **Критичні захворювання**,
- в Додатку 6 до цих Умов для ризику **Критичні захворювання – розширений перелік**

у розмірі 100% Страхової суми, дія відповідного страхового ризику припиняється та Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за ним з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати.

9.8.3. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату у розмірі менше 100% Страхової суми за відповідним Страховим ризиком його дія продовжується. У разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів, одночасно або послідовно під час усього Строку страхового покриття за відповідним ризиком, Страхову виплату буде здійснено окремо за кожен випадок, при цьому загальна сума Страхових виплат за однією чи декількома хворобами/станами протягом всього Строку страхового покриття за ризиком не може перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної для відповідного Страхового ризику в Страховому свідоцтві.

9.9. У разі настання Страхового випадку за ризиком **Жіноче критичне захворювання** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі з урахуванням положень п.9.9.1 Умов.

9.9.1. Страхова виплата здійснюється у наступному порядку та розмірі:

9.9.1.1.Застрахованій особі - Страхову суму, встановлену на випадок діагностування злоякісного новоутворення жіночого органу (п.5.5.2.3.1 Умов), розмір якої зазначено у Страховому свідоцтві. Така Страхова виплата здійснюється тільки один раз, якщо встановлено діагноз «злоякісне новоутворення».

9.9.1.2.Застрахованій особі - Страхову суму, встановлену на випадок розладу здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з злоякісним новоутворенням жіночого органу, який призвів до госпіталізації (п.5.5.2.3.2 Умов), розмір якої зазначено у Страховому свідоцтві, за кожен день госпіталізації, починаючи з 1-го (першого) дня та до 30-го (тридцятого) дня включно. Страхова виплата здійснюється виключно за період госпіталізації, що мала місце впродовж першого року після настання Страхового випадку, зазначеного у п.5.5.2.3.1 Умов.

9.9.1.3.Застрахованій особі - Страхову суму, встановлену на випадок перебування Застрахованої особи у зв'язку із злоякісним новоутворенням жіночого органу у відділенні реанімації та інтенсивної терапії лікарні, яка дорівнює Страховій сумі на випадок госпіталізації у зв'язку з злоякісним новоутворенням жіночого органу (п.5.5.2.3.2 Умов), зазначеній у Страховому свідоцтві, та сплачується додатково до Страхової виплати на випадок госпіталізації у зв'язку зі злоякісним новоутворенням жіночого органу.

Послідовні перебування Застрахованої особи у лікарні (госпіталізації) у зв'язку із злоякісним новоутворенням жіночого органу (п.5.5.2.3.1 Умов) вважаються одним Страховим випадком за п.5.5.2.3.2 Умов, якщо такі госпіталізації мали місце протягом 12 (дванадцяти) місяців з дати діагностування злоякісного новоутворення жіночого органу. В такому випадку Страховик здійснить Страхову виплату за період таких госпіталізацій, але не більше ніж за 30 (тридцять) календарних днів загалом.

9.9.1.4.Застрахованій особі – щомісячну Ануїтетну виплату у зв'язку із Злоякісним новоутворенням жіночого органу, розмір якої зазначено у Страховому свідоцтві. Ануїтетна виплата буде виплачуватись протягом 12 (дванадцяти) місяців, починаючи з наступного місяця після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку, передбаченого п.5.5.2.3.1 Умов, страховим. Обов'язковою передумовою здійснення щомісячної Ануїтетної виплати є той факт, що Застрахована особа залишається живою. Якщо Застрахована особа помирає, здійснення Ануїтетної виплати припиняється.

9.9.2. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату у розмірі **100% Страхової суми**, передбаченої на випадок діагностування злоякісного новоутворення жіночого органу, Строк страхового покриття за ризиком **Жіноче критичне захворювання** припиняється, то Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за ним з дати прийняття рішення

щодо здійснення Страхової виплати, крім здійснення виплат передбачених п.9.9.1.2 - 9.9.1.4 Умов.

9.10. У разі настання Страхового випадку за ризиком **Чоловіче критичне захворювання** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі з урахуванням положень п.9.10.1 Умов.

9.10.1. Страхова виплата здійснюється у наступному порядку та розмірі;

9.10.1.1. Застрахованій особі - Страхову суму встановлену на випадок діагностування чоловічого критичного захворювання (п.5.5.2.4.1 Умов), розмір якої зазначено у Страховому свідоцтві або частини Страхової суми встановленої для відповідного захворювання / стану в Додатку 8 до Умов).

Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату за будь-якою однією хворобою/станом діагностованою у Застрахованій особі з переліку Страхових випадків/станів передбачених ризиком **Чоловіче критичне захворювання** у розмірі 100% Страхової суми, Строк страхового покриття за цим Страховим ризиком припиняється та Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за ним з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати.

Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату за будь-якою хворобою/станом діагностованою у Застрахованій особі з переліку Страхових випадків/станів передбачених ризиком **Чоловіче критичне захворювання** у розмірі менше ніж 100% Страхової суми, дія ризику продовжується. У разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів, одночасно або послідовно під час усього Строку страхового покриття за відповідним ризиком, Страхову виплату буде здійснено окремо за кожен випадок, при цьому загальна сума Страхових виплат за однією чи декількома хворобами/станами протягом всього Строку страхового покриття за ризиком не може перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної для цього Страхового ризику в Страховому свідоцтві.

9.10.1.2. Застрахованій особі - Страхову суму, встановлену на випадок розладу здоров'я Застрахованій особі у зв'язку з Чоловічим критичним захворюванням, яке призвело до госпіталізації (п.5.5.2.4.2 Умов), розмір якої зазначено у Страховому свідоцтві, за кожен день госпіталізації, починаючи з 1-го (першого) дня та до 30-го (тридцятого) дня включно протягом Страхового року.

9.10.1.3. Застрахованій особі - Страхову суму, встановлену на випадок перебування Застрахованій особі у зв'язку із **Чоловічим критичним захворюванням** у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії лікарні, яка дорівнює Страховій сумі на випадок госпіталізації у зв'язку з **Чоловічим критичним захворюванням** (п.5.5.2.4.2 Умов), зазначений у Страховому свідоцтві, та сплачується додатково до Страхової виплати на випадок госпіталізації у зв'язку із Чоловічим критичним захворюванням.

Загальна кількість днів госпіталізації (включно з перебуванням у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії) відповідно до п.9.10.1.2 та 9.10.1.3 Умов, за кожний з яких Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату згідно п. 5.5.2.4.2 цих Умов, не може перевищувати 30 (тридцять) днів протягом Страхового року. Невикористані протягом Страхового року дні госпіталізації не накопичуються, не підлягають перенесенню на наступний Страховий рік та не враховуються при визначенні максимальної кількості днів госпіталізації, що підлягають оплаті у наступному Страховому році.

9.10.1.4. Застрахованій особі - щомісячну Ануїтетну виплату у зв'язку із вперше діагностованим Чоловічим критичним захворюванням, розмір якої зазначено у Страховому свідоцтві. Ануїтетна виплата буде виплачуватись протягом 12 (дванадцяти) місяців починаючи з наступного місяця після прийняття Страховика рішення про визнання страховим випадком діагностування Чоловічого критичного захворювання, з переліку визначеного п.5.3.16 Умов за умови, що розмір Страхової виплати за Страховим випадком за п.5.5.2.4.1 Умов склав не менше 100% Страхової суми. Обов'язковою передумовою здійснення щомісячної Ануїтетної виплати є той факт, що Застрахована особа залишається живою. Якщо Застрахована особа помирає, здійснення щомісячної Ануїтетної виплати припиняється. Кількість Ануїтетних виплат протягом усього Строку дії ризику обмежена 12-ма (дванадцятьма) виплатами.

9.11. Страхова Виплата за ризиками **Жіноче критичне захворювання** та **Чоловіче критичне захворювання** здійснюється за таких умов:

9.11.1. Страховий випадок настав протягом Строку страхового покриття за ризиком;

9.11.2. На момент встановлення діагнозу Застрахована особа була живою, про що свідчить той факт, що дата її смерті є пізнішою за: а) дату встановлення діагнозу та б) найпізнішу дату будь-якого з медичних документів, на підставі яких було встановлено діагноз та які були надані Страховику;

9.11.3. Заява про здійснення Страхової виплати є підписаною Застрахованою особою власноруч, окрім випадків коли це об'єктивно не є можливим з огляду на фізичний стан Застрахованої особи (кома, параліч та інше). В такому разі вказана заява має бути підписана законним представником Застрахованої особи;

9.11.4. Страховиком отримано всі документи, необхідні для підтвердження настання Страхового випадку та здійснення Страхової виплати.

9.12. У разі настання Страхового випадку за ризиком **Дитяче критичне захворювання** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі (або її Законному представнику, якщо особа не досягла 18 років) у розмірі частки від Страхової суми відповідно до Таблиці розмірів Страхових виплат Додатку 9 до Умов у % Страхової суми, зазначеної в Страховому свідоцтві для цього Страхового ризику.

9.12.1. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату у розмірі 100% Страхової суми за однією хворобою/станом з переліку Страхових випадків, Строк страхового покриття за цим ризиком припиняється та Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за ним з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати;

9.12.2. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату у розмірі менше 100% Страхової суми за цим Страховим ризиком, його дія продовжується. При цьому, в разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів, одночасно або послідовно під час усього Строку страхового покриття за відповідним ризиком, Страхову виплату буде здійснено окремо за кожен випадок. При цьому загальна сума Страхових виплат за однією чи декількома хворобами/станами протягом всього Строку страхового покриття за ризиком не може перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної для цього Страхового ризику в Страховому свідоцтві.

9.12.3. Страхова Виплата здійснюється за таких умов :

9.12.3.1. Страховий випадок стався протягом Строку страхового покриття за відповідним ризиком;

9.12.3.2. На момент встановлення діагнозу Застрахована особа була живою, про що свідчить той факт, що дата її смерті є пізнішою за: а) дату встановлення діагнозу та б) найпізнішу дату будь-якого з медичних документів, на підставі яких було встановлено діагноз та які були надані Страховику;

9.12.3.3. Заява про здійснення страхової виплати подається та підписується законним представником Застрахованої особи, крім випадків отримання Застрахованою особою повної цивільної дієздатності згідно із законодавством України, коли заяву про здійснення страхової виплати підписує Застрахована особа;

9.12.3.4. Страховиком отримано всі документи, необхідні для підтвердження настання Страхового випадку та здійснення Страхової виплати.

9.12.4. Обов'язковою умовою здійснення Страхової виплати є досягнення Застрахованою особою віку 6 (шести) повних місяців з дати народження на дату настання випадку, що має ознаки страхового.

9.13. При настанні Страхового випадку за ризиком **Госпіталізація внаслідок НВ/хвороби** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі (або її Законному представнику, якщо особа не досягла 18 років) у наступному порядку та розмірі:

9.13.1. У разі госпіталізації Застрахованої особи – Страхову суму, визначену у Страховому свідоцтві за кожен день фактичного перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, починаючи з 4-го (четвертого) дня госпіталізації, за умови безперервної госпіталізації тривалістю не менше 3 (трьох) послідовних днів, але не більше ніж 100 (сто) календарних днів протягом Страхового року, незалежно від кількості госпіталізацій.

Страхова виплата здійснюється за умови, що госпіталізація настала внаслідок захворювання, перші прояви якого виникли після початку дії відповідного Страхового ризику; або Нещасного випадку, який вперше стався після початку дії відповідного страхового ризику.

Обов'язковою умовою для здійснення Страхової виплати є перебування Застрахованої особи

під наглядом кваліфікованого лікаря протягом усього періоду стаціонарного лікування.

Перебування у денному стаціонарі та/або лікування в амбулаторних умовах не визнаються госпіталізацією та не є підставою для здійснення страхової виплати.

9.13.2. У разі госпіталізації Застрахованої особи до відділення анестезіології та інтенсивної терапії лікарні - Страхову виплату, що дорівнює подвійному розміру зазначеної у Страховому свідоцтві Страхової суми на випадок госпіталізації, за кожен день такого перебування. Страхова виплата здійснюється, починаючи з 1-го (першого) дня перебування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, за умови, що тривалість такого перебування становить не менше 24 (двадцяти чотирьох) годин. При здійсненні страхової виплати за стаціонарне лікування Застрахованої особи у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, Страхова виплата, визначена пунктом 9.13.1 Умов не здійснюється.

9.13.3. Повторні госпіталізації Застрахованої особи з тієї самої причини вважаються одним страховим випадком, якщо період між такими госпіталізаціями не перевищує 12 (дванадцяти) місяців.

9.13.4. У разі транспортування Застрахованої особи автомобілем швидкої медичної допомоги до медичного закладу з метою госпіталізації – Страхову виплату, що дорівнює трикратному розміру Страхової суми на випадок госпіталізації за 1 (один) день госпіталізації, зазначеної в Страховому свідоцтві, та не залежить від фактичної тривалості госпіталізації і відповідного розміру Страхової виплати за таким ризиком. Страхова виплата за цим пунктом здійснюється виключно за умови, якщо здійснюються Страхові виплати на випадок госпіталізації, передбачені п.9.13.1 Умов та/або п. 9.13.2 Умов.

9.13.5. Загальна кількість днів госпіталізації (включно з перебуванням у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії) відповідно до п.9.13.1 та 9.13.2 Умов, за кожний з яких Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату згідно п.5.3.18 Умов, не може перевищувати 30 (тридцять) днів протягом Страхового року за одним Страховим випадком.

9.14. При настанні Страхового випадку за ризиком **Хірургічне втручання внаслідок НВ/хвороби** Страховик здійснює Страхову виплату у наступному порядку і розмірі:

9.14.1. Застрахованій особі - Страхову виплату, яка дорівнює частині зазначеної у Страховому свідоцтві Страхової суми на випадок хірургічного втручання, що відповідає такому хірургічному втручання відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку або хвороби (Додаток 10 до Умов).

9.14.2. Застрахованій особі - Страхову виплату, яка дорівнює частині зазначеної у Страховому свідоцтві Страхової суми на випадок хірургічного втручання, що не відповідає такому хірургічному втручання відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій, та розраховується шляхом порівняння такого хірургічного втручання з максимально наближеною за рівнем складності хірургічною операцією, яка наведена в Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку або хвороби (Додаток 10 до Умов). Рівень складності хірургічної операції визначається лікарем-експертом, який призначається Страховиком.

9.14.3. Якщо Застрахована особа зазнає декількох хірургічних операцій одночасно, то Страхові виплати здійснюються у сумі, яка відповідає хірургічній операції з найбільшою часткою від Страхової суми відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку або хвороби (Додаток 10 до Умов).

9.14.4. Якщо розмір Страхових виплат, здійснених у випадку хірургічного втручання, дорівнює Страховій сумі, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань згідно з п.5.3.19 Умов до наступної річниці дії цього Страхового ризику. Зобов'язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової премії за цим Страховим ризиком.

9.15. Самогубство або спроба самогубства Застрахованої особи:

9.15.1. Якщо Застрахована особа вчиняє самогубство або помирає внаслідок замаху на самогубство (незалежно від стану її психічного здоров'я) протягом перших двох років після набрання чинності Договором, Страховик зобов'язаний здійснити виплату Вигодонабувачу(-ам), або третій особі, що має право на отримання Страхової виплати згідно з чинним законодавством (якщо Вигодонабувачі не вказані в Договорі страхування), у розмірі Страхових премій, сплачених впродовж всього строку дії Договору, за вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору та/або сум, що підлягають сплаті Страхувальником Страховику відповідно до законодавства України або умов Договору. В разі, якщо Застрахована особа та Страхувальник різні особи, така виплата підлягає

здійсненню Страхувальнику чи спадкоємцям Страхувальника, якщо Страхувальник не буде живим на дату здійснення Страхової виплати, з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати. В інших випадках Страхова виплата здійснюється згідно з п.9.23. цих Умов;

9.15.2. Якщо Застрахована особа вчиняє самогубство або помирає внаслідок замаху на самогубство (незалежно від стану її психічного здоров'я) після закінчення перших двох років з дати набрання чинності Договором Страхування або відновлення надання страхових послуг за Договором згідно з п.2.5 цих Умов, Страховик зобов'язаний здійснити Вигодонабувачу або третій особі, що має право на отримання Страхової виплати згідно з чинним законодавством (якщо Вигодонабувачі не вказані в Договорі) Страхову виплату, передбачену Договором, за вирахуванням сум, належних до сплати Страхувальником, та будь-яких податків та зборів, передбачених чинним законодавством України;

9.15.3. Якщо мало місце збільшення Страхової суми протягом останніх двох років перед самогубством, Страховик зобов'язаний здійснити Вигодонабувачу або третій особі, що має право на отримання Страхової виплати згідно з чинним законодавством (якщо Вигодонабувачі не вказані в Договорі страхування) Страхову виплату, розраховану до такого збільшення, і повернути Страхувальнику чи спадкоємцям Страхувальника (якщо Застрахована особа та Страхувальник різні особи) суму Страхових премій, сплачених у зв'язку зі збільшенням Страхової суми за вирахуванням сум, належних до сплати Страхувальником, та будь-яких податків та зборів, передбачених чинним законодавством України.

9.16. Страхова виплата підлягає сплаті після того, як повністю будуть встановлені причини, обставини випадку.

9.17. Рішення про здійснення Страхової виплати, продовження строку прийняття рішення про виплату або відмову у здійсненні Страхової виплати приймається Страховиком протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня отримання всіх необхідних документів, передбачених Розділом 8 Умов. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати Страховик в цей строк складає Страховий акт. У випадку продовження строку прийняття рішення про виплату Страховик протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дати прийняття такого рішення письмово повідомляє про це Страхувальника, особу, яка подала заяву на здійснення страхової виплати, та надає обґрунтування причин.

9.18. Страховик здійснює Страхову виплату у відповідності до цього Договору страхування протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня прийняття рішення про здійснення Страхової виплати.

9.19. Будь-які Страхові виплати за цим Договором здійснюються Страховиком шляхом перерахування на банківський рахунок, вказаний особою, яка має право на отримання Страхової виплати, за вирахуванням несплачених Страхових платежів поточного періоду страхування, податків та інших обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Особа, яка має право на отримання Страхової виплати, несе витрати, пов'язані з отриманням Страхової виплати.

9.20. Страховик має право відстрочити прийняття рішення щодо визнання події Страховим випадком:

- якщо за фактом настання Страхового випадку розпочато досудове розслідування - до дати отримання Страховиком документів, що підтверджують закінчення досудового розслідування (закриття кримінального провадження);
- у випадку звернення до суду з обвинувальним актом – до моменту набрання вироком, ухвалою суду законної сили;
- якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового випадку (суперечливість поданих документів, невідповідність між заявленими та встановленими обставинами події, яка має ознаки страхового випадку, обґрунтовані сумніви в достовірності поданих відомостей) - до закінчення такого розслідування Страховиком, але на строк не більший 6 (шести) місяців.

9.21. В разі настання Страхового випадку, протягом строку очікування сплати страхового платежу, страхова виплата здійснюється у розмірі, передбаченому цим Розділом щодо відповідних Страхових випадків, за вирахуванням очікуваного чергового страхового платежу.

9.22. У випадку смерті Застрахованої особи, належні їй, проте не отримані нею виплати за Договором страхування (в тому числі Страхова виплата, тощо) підлягають виплаті спадкоємцям

Застрахованої особи за законом. Частку законного спадкоємця, який не буде живим на момент здійснення такої виплати, буде розділено пропорційно до часток виплат інших спадкоємців, які є живими на момент здійснення такої виплати, та сплачено таким спадкоємцем. Якщо на момент здійснення виплати жоден з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачі не визначені), виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення Страхової виплати.

9.23. У разі смерті Застрахованої особи всю суму Страхової виплати буде сплачено Вигодонабувачам, визначеним у Заяві на страхування, або пізніше протягом дії Договору, які будуть живими на момент здійснення Страхової виплати. Частку Вигодонабувача, який не буде живим на момент здійснення Страхової виплати, буде розділено пропорційно до часток виплат інших Вигодонабувачів, які є живими на момент здійснення Страхової виплати, та сплачено таким Вигодонабувачам. Якщо на момент здійснення Страхової виплати жоден з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачі не визначені), Страхову Виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення Страхової виплати.

9.24. Будь-які страхові виплати за Договором здійснюються Страховиком за вирахуванням податків та інших обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Особа, яка має право на отримання страхової виплати, самостійно несе витрати, пов'язані з отриманням страхової виплати.

9.25. Розмір Страхової виплати може бути зменшеним унаслідок виникнення податкових зобов'язань Вигодонабувача чи Страхувальника. Порядок оподаткування страхових виплат зазначено на вебсайті Страховика за посиланням [Порядок оподаткування страхових виплат](#).

10. Підстави відмови у Страховій виплаті

10.1. Підставою для відмови Страховиком у Страховій виплаті є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір (Застрахованої особи, Вигодонабувачів, їх спадкоємців), спрямовані на настання Страхового випадку крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

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

10.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про Об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (щодо питань, які містяться у Заяві на страхування), або про факт настання Страхового випадку, їх приховування в Заяві на страхування, заяві на розширення переліку Страхових ризиків за існуючим Договором страхування, в заяві на поновлення надання страхових послуг або в Заяві про здійснення Страхових виплат;

10.1.4. порушення Страхувальником (Застрахованою особою) зобов'язання протягом Строку дії Договору письмово повідомляти Страховика в строк передбачений Договором, про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інші обставини, що впливають на розмір страхового платежу за Договором;

10.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, їх спадкоємцями) Страховика про настання Страхового випадку (згідно з Розділом 7 Умов) без поважних на це причин, або ненадання, несвоєчасне надання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, їх спадкоємцями) документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку, або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання Страхового випадку або наслідки Страхового випадку.

10.1.6. наявність обставин, які є винятками із Страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Умовами.

10.1.7. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог пунктів 13.2.8, 13.2.9, 13.6.2, 13.6.3 Умов.

10.1.8. інші випадки, передбачені чинним законодавством України та/або Договором страхування.

10.2. У разі прийняття рішення про відмову в страховій виплаті, Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення, повинен письмово повідомити про це особу, яка подала заяву про здійснення Страхової виплати, з обґрунтуванням причин відмови.

11. Порядок укладання Договору

11.1. Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні. З метою визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні Страховик (страховий посередник) пропонує клієнту заповнити заяву на страхування за встановленою Страховиком формою.

11.2. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

11.3. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику згідно з п. 13.2.4 Умов.

11.4. Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи. Витрати, що пов'язані із таким обстеженням покладаються на Страхувальника або Застраховану особу.

11.5. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину.

11.6. Договір страхування укладається шляхом обміну документами, які підписуються стороною, що їх надсилає, а саме: Страхувальник подає Страховику письмову Заяву на страхування за формою, встановленою Страховиком, а Страховик надсилає Страхувальнику Страхове свідоцтво, що не містить розбіжностей з поданою заявою, крім випадків, якщо Страхувальник надав на це попередню згоду у Заяві на страхування.

11.7. Страхувальник подає Страховику письмову Заяву на страхування у вигляді,:

11.7.1. паперового документа, підписаного власноручним підписом Страхувальника, або

11.7.2. електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг та підписаного кваліфікованим електронним підписом або удосконаленим електронним підписом з кваліфікованим сертифікатом (надалі – КЕП/УЕП) Страхувальника, або

11.7.3. електронного документа підписаного Страхувальником шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором згідно з Законом України «Про електронну комерцію».

11.8. Заява на страхування є чинною протягом 30 календарних днів з дати підписання заяви, а у випадках призначення Страховиком медичного обстеження Застрахованої особи – з дати надходження його результатів до відповідного офісу Страховика.

11.9. Заява на страхування може бути повернута Страхувальнику для уточнення інформації, доповнення, або в окремих випадках може не прийматися Страховиком до розгляду, якщо вона містить незаповнені (частково заповнені) реквізити, помилки, невідповідності або сплинув термін її чинності.

11.10. Термін щодо прийняття рішення про укладання Договору страхування (випуск Страхового свідоцтва) за Заявою на страхування становить 30 (тридцять) календарних днів з дати отримання останнього необхідного документа/інформації у відповідь на такий запит.

11.11. Якщо за результатами розгляду Заяви на страхування та результатів медичного обстеження (у разі його призначення), Страховик приймає позитивне рішення про укладення Договору, Страхувальнику надсилається Страхове свідоцтво разом з посиланням на Умови та додатками до нього (за наявності) на реквізити Страхувальника, зазначені у Заяві на страхування.

11.12. Страховик оформлює Страхове свідоцтво у вигляді:

11.12.1. паперового документа, підписаного власноручним підписом уповноваженого представника Страховика, або

11.12.2. електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг» та підписаного КЕП/УЕП уповноваженого представника Страховика, із кваліфікованою електронною позначкою часу через сервіс електронного документообігу, визначений Страховиком. Кваліфікована позначка часу, яка міститься в КЕП/УЕП, свідчить про дату та час укладення Договору.

11.13. Страхове свідоцтво з Умовами та додатками до нього (за наявності), яке Страховик оформлює у вигляді електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», надсилається Страхувальнику на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника, а також може розміщуватись в Кабінеті клієнта my.UNIQA.ua.

11.14. Страхове свідоцтво, яке видає Страховик у вигляді паперового документа разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) підписується власноручним підписом уповноваженого представника. Страхове свідоцтво з Умовами та додатками до нього (за наявності) надсилається Страхувальнику на поштову адресу Страхувальника, вказану ним у Заяві на страхування за рахунок клієнта.

11.15. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту.

12. Порядок внесення змін, дострокового припинення, розірвання Договору, їх правові наслідки. Порядок відмови від Договору

12.1. Зміни та доповнення до Договору здійснюються у письмовій формі за взаємною згодою Сторін, яка оформлюється в паперовій або електронній формі шляхом укладення додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною Договору, або шляхом обміну листами, документами підписаними стороною, яка їх надсилає, якщо інше не передбачено цими Умовами.

У разі згоди Страхувальника з пропозицією Страховика про зміну розмірів страхових сум та/або страхових платежів, та/або про страхування допоміжних страхових ризиків тощо, такі зміни до Договору можуть бути оформлені шляхом надіслання Страхувальнику Страхового свідоцтва, підписаного Страховиком, в якому зазначені нові розміри страхових сум та/або страхових платежів за Договором та/або нові допоміжні страхові ризики та інші зміни, за умови надання Страхувальником згоди на таку зміну. Згодою на таку зміну вважається сплата Страхувальником та зарахування на поточний рахунок Страховика зміненого Страхового платежу, запропонованого Страховиком, в строк передбачений Договором для сплати чергового Страхового платежу.

12.2. Зміна Страхувальника (Страховика) за Договором здійснюється за заявою Страхувальника або Страховика відповідно та за згодою повнолітньої Застрахованої особи шляхом укладання тристоронньої Додаткової угоди до Договору між Страхувальником, Страховиком, що замінюється, та новим Страхувальником (Страховиком) щодо передачі прав та обов'язків Страхувальника (Страховика) за Договором новому Страхувальнику (Страховику).

12.3. Про намір внести зміни до цього Договору, Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін. Пропозиція Страховика щодо зміни умов Договору здійснюється шляхом направлення Страхувальнику повідомлення у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений у п. 15.1 Умов.

12.4. Якщо будь-яка із Сторін не згодна з запропонованими іншою Стороною змінами до Договору, то така Сторона повинна протягом 10 (десяти) робочих днів від дати отримання письмового повідомлення відповідно до п.15.1 Умов, письмово повідомити іншу Сторону про рішення щодо дії Договору на попередніх умовах або про припинення його дії, якщо інше не передбачено цими Умовами. Це положення не застосовується до наведеного у пункті 12.14 Умов.

12.5. Страховик має право відмовити у внесенні будь-яких змін до Страхового свідоцтва, якщо запит на внесення змін отриманий після настання події, що має ознаки Страхового випадку.

12.6. Не допускається внесення змін до чинного Договору за відсутності згоди на внесення таких змін однією із Сторін, крім випадків передбачених п.12.11.7, 12.14 Умов.

12.7. Внесення змін до Договору, які впливають на розмір Страхової суми чи Страхового платежу можливе лише на Річницю дії Договору за умови відсутності заборгованості зі сплати Страхових платежів за взаємною згодою Страховика та Страхувальника. Зміна Страхової суми, Страхового платежу, Строку дії договору за ініціативою Страхувальника передбачає проведення додаткового андеррайтингу за рішенням Страховика.

12.8. У випадку, якщо Застрахована особа заперечує проти укладення Договору на її користь в порядку, передбаченому п. 13.5.2. Умов, Страховик повертає Страхувальнику сплачений Страховий платіж за таку особу в повному розмірі протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання

заперечень від Застрахованої особи проти укладення Договору на її користь та заяви від Страхувальника про повернення Страхового платежу згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві, за умови що з дня прийняття Застрахованої особи на страхування і до дня отримання Страховиком заперечень не відбулася подія, що має ознаки Страхового випадку щодо цієї Застрахованої особи.

12.9. Заміна Застрахованої особи на іншу особу Договором не передбачена.

12.10. Договором передбачено індексацію - збільшення розмірів Страхових сум протягом строку дії Договору за ініціативою Страховика, за умови відповідної зміни розміру Страхового платежу.

12.10.1. Індексация здійснюється один раз на рік на річницю Договору, яка припадає на проміжок часу з 01 січня поточного календарного року по 31 грудня поточного календарного року.

12.10.2. Страховик не пропонує індексацію за Договорами:

12.10.2.1. з одноразовою формою сплати Страхового платежу;

12.10.2.2. зі строком дії два і менше роки;

12.10.2.3. за якими Страховиком отримано письмову відмову Страхувальника від збільшення розміру Страхових сум.

12.10.3. Індексация здійснюється шляхом збільшення розміру Страхового платежу за Договором, чинного на дату проведення збільшення, шляхом застосування коефіцієнту підвищення, затвердженого Страховиком на цей період, до Страхового платежу, чинного на момент надіслання пропозиції про збільшення розміру Страхової суми.

12.10.4. Індексация здійснюється шляхом надсилання Страховиком не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до настання річниці Договору пропозиції про збільшення розміру Страхової суми із зазначенням відповідного розміру збільшеного Страхового платежу.

12.10.5. В разі повного і безумовного прийняття Страхувальником пропозиції Страховика про індексацію Страхувальник сплачує збільшений Страховий платіж у розмірі, зазначеному у пропозиції Страховика, у строки, передбачені Договором для сплати чергового Страхового платежу. Факт оплати збільшеного Страхового платежу засвідчує бажання Страхувальника збільшити розмір Страхової суми згідно з умовами пропозиції; ця дія є прийняттям пропозиції Страховика про індексацію.

12.10.6. У разі сплати Страхувальником збільшеного Страхового платежу до річниці Договору Страховик протягом 30 (тридцяти) календарних днів після річниці Договору надсилає Страхувальнику Страхове свідоцтво, підписане Страховиком, яке містить нові розміри Страхових сум, платежів за Договором та інші зміни, чинні з дати проведення індексації. У разі сплати Страхувальником збільшеного Страхового платежу після річниці Договору в межах строку, передбаченого Договором для сплати чергового Страхового платежу, Страховик надсилає Страхувальнику зазначене вище Страхове свідоцтво протягом 30 (тридцяти) календарних днів після сплати Страхового платежу.

12.10.7. Зміни до Договору щодо розміру збільшеного Страхового платежу та розміру збільшеної Страхової суми набувають чинності з 00 годин 00 хвилин річниці Договору, з якої Страховик запропонував збільшити розмір Страхової суми за умови зарахування на поточний рахунок Страховика збільшеного Страхового платежу в повному розмірі та в строк, передбачений Договором для сплати чергового Страхового платежу.

12.10.8. Страхувальник має право відмовитись від запропонованого збільшення розміру Страхової суми та сплачувати Страхові платежі у попередньому (не збільшеному) розмірі, визначеному Договором. Сплата Страхувальником попереднього (не збільшеного) Страхового платежу означає відмову від збільшення розміру Страхової суми. В такому разі збільшення розміру Страхової суми не проводиться.

12.10.9. У разі отримання Страховиком письмової відмови Страхувальника від індексації, такому Страхувальнику припиняється надсилання пропозицій про індексацію на весь подальший період дії Договору.

12.10.10. Відновлення індексації за Договором можливе лише в разі надання на це згоди Страховиком. В цьому разі Страховик має право вимагати проведення медичного огляду Застрахованої особи та/або надання документів стосовно стану її здоров'я, та/або фінансового стану. У разі згоди Страховика на відновлення індексації Страховик відновлює

надсилання Страхувальнику пропозицій про індексацію на весь подальший період дії Договору з урахуванням умов п. 12.10.2 Умов.

12.11. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:

12.11.1. закінчення строку дії Договору;

12.11.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами, Вигодонабувачем) у повному обсязі;

12.11.3. несплати чергової частини Страхового платежу в порядку, що передбачено п.2.4 - 2.6 Умов;

12.11.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи (якщо Застрахована особа або інша особа не візьмуть на себе зобов'язання Страхувальника), ліквідації (закриття) Страхувальника фізичної особи-підприємця, смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності за винятком випадків, передбачених статтями 100, 101 Закону України «Про страхування» (у разі смерті Застрахованої особи чи втрати нею дієздатності дія Договору припиняється стосовно такої Застрахованої особи);

12.11.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

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

12.11.7. подання письмової заяви Страховиком чи Страхувальником іншій Стороні про дострокове припинення Договору. Дія Договору може бути припинена Страховиком достроково і в тому випадку, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору;

12.11.8. в інших випадках, передбачених законодавством України та/або Договором чи Умовами.

12.12. Дія Допоміжних страхових ризиків припиняється у разі настання будь-якої з наступних подій:

12.12.1. припинення дії Договору з будь-яких підстав;

12.12.2. у чергову Страхову річницю, що настає після дати, коли Застрахована особа досягає максимального віку, встановленого для такого ризику цими Умовами, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір страхування;

12.12.3. закінчення строку дії відповідного страхового ризику, зазначеного у Страховому свідоцтві.

12.13. Додатково до п.12.12 Умов дія окремих Допоміжних страхових ризиків, вказаних нижче, припиняється у таких випадках:

12.13.1. для ризиків п.5.3.1 – 5.3.5 Умов - після здійснення Страхової виплати відповідно до Умов;

12.13.2. для ризиків п.5.3.6 – 5.3.8 Умов - після здійснення Страхової виплати у розмірі 100% Страхової суми внаслідок одного або декількох Нещасних випадків, що означає повне виконання Страховиком зобов'язань за відповідним Страховим ризиком;

12.13.3. для ризиків передбачених п.5.3.9 – 5.3.11 Умов - у разі здійснення Страхової виплати у розмірі 100% Страхової суми внаслідок одного або декількох Нещасних випадків, що означає повне виконання Страховиком зобов'язань за відповідним Страховим ризиком у поточному Страховому році. Дія ризику поновлюється на наступний Страховий рік за умови сплати наступної Страхової премії за відповідним Страховим ризиком;

12.13.4. для ризиків передбачених п.5.3.12 - 5.3.14, 5.3.16, 5.3.17 Умов - у разі здійснення Страхової виплати у розмірі 100% Страхової суми за однією або декількома хворобами/станами одночасно або послідовно протягом всього Строку дії відповідного ризику, тобто виконання Страховиком зобов'язань за цим Страховим ризиком перед Страхувальником у повному обсязі. Дія ризику поновленню не підлягає;

12.13.5. для ризику передбаченого п.5.3.15 Умов - з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати;

12.13.6. для ризику передбаченого п.5.3.18 Умов - у разі здійснення Страхової виплати за 100 днів стаціонарного лікування протягом Страхового року, що означає повне виконання

Страховиком зобов'язань за цим Страховим ризиком у поточному Страховому році. Дія ризику поновлюється на наступний Страховий рік у разі сплати наступної Страхової премії за цим Страховим ризиком;

12.13.7. для ризику передбаченого п.5.3.19 Умов - у разі здійснення Страхової виплати у розмірі 100% Страхової суми внаслідок одного або декількох хірургічних втручань, що означає повне виконання Страховиком зобов'язань за відповідним Страховим ризиком у поточному Страховому році. Дія ризику поновлюється на наступний Страховий рік за умови сплати наступної Страхової премії за відповідним Страховим ризиком.

12.14. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію окремого Страхового ризику, повідомивши іншу Сторону про припинення дії не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати припинення.

У разі припинення дії окремого Страхового ризику з ініціативи Страхувальника, сплата Страхової премії за відповідним ризиком припиняється, і зобов'язання Страховика за цим ризиком припиняються, за винятком обов'язку повернути Страхувальнику частину сплачених ним за поточний рік дії Договору Страхових премій за цим Страховим ризиком з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору за період, що залишився до закінчення поточного року дії Договору, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за поточний рік дії Договору за цим ризиком. Також поверненню підлягають будь-які сплачені авансом Страхові премії за відповідним Страховим ризиком, термін сплати яких настане після дати припинення дії такого ризику.

У разі припинення дії окремого Страхового ризику з ініціативи Страховика, сплата Страхової премії за відповідним ризиком припиняється, і зобов'язання Страховика за цим ризиком припиняються, за винятком обов'язку повернути Страхувальнику останню сплачену чергову Страхову премію за відповідним ризиком, разом з будь-якою сплаченою авансом Страховою премією за відповідним Страховим ризиком, термін сплати якої настане після дати припинення дії такого ризику.

Зміни, зазначені в цьому пункті, оформлюються шляхом надіслання Страхувальнику нової редакції Страхового свідоцтва, підписаного Страховиком. З дати набрання чинності новою редакцією Страхового свідоцтва його попередня редакція втрачає чинність.

12.15. Договори страхування життя за цим страховим продуктом не є договорами інвестиційного страхування життя та/або договорами страхування життя з участю в інвестиційному доході, для цілей цього пункту під Викупною сумою розуміється сума, що підлягає сплаті за таким договором страхування життя як відшкодування раніше сплаченої премії (за вирахуванням вартості страхових витрат) через анулювання або розірвання Договору або зменшення суми зобов'язань протягом строку дії Договору, а отже, не включається до терміну «Викупна сума», визначеного Загальним стандартом звітності та належної перевірки інформації про фінансові рахунки (Common Standard on Reporting and Due Diligence for Financial Account Information).

12.16. Викупна сума за Договором розраховується Страховиком на день припинення Договору залежно від періоду, протягом якого діяв Договір, згідно з методикою, наведеною нижче:

$$\text{Max} ((\text{ССП} - \text{СП} * (d2 - d0 + 1) / (d1 - d0 + 1) - \text{СП} * (d1 - d2) / (d1 - d0 + 1) * \text{BC} - \text{ФВВ}) * \text{K}$$

ССП - Сплачені страхові платежі за Договором

СП - страховий платіж за Договором

d0 – дата початку Договору

d1 – дата закінчення Договору

d2 – дата припинення дії Договору

BC – витрати Страховика, пов'язані безпосередньо з укладанням і виконанням Договору

ФВВ – фактичні виплати страхового відшкодування за Договором

K – коефіцієнт, що залежить від продукту. Для договору, укладеного відповідно до цих Умов даний коефіцієнт дорівнює нулю.

Витрати Страховика, пов'язані безпосередньо з укладанням і виконанням Договору складають **35% від страхового тарифу**.

12.17. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово

повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії Договору. Строк розгляду Страховиком заяви Страхувальника про дострокове припинення дії Договору становить 20 (двадцять) календарних днів з дня отримання такої заяви.

12.18. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені за Страховий рік, в якому припиняється Договір, Страхові платежі за період, що залишився до закінчення цього Страхового року, з відрахуванням за цей період **витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору у розмірі 35% від Страхового платежу** та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за поточний рік дії Договору. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію за Страховий рік, в якому припиняється Договір, повністю. Страхові платежі за минулі роки дії Договору не повертаються.

12.19. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним за Страховий рік, в якому припиняється Договір, Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені Страхові платежі за період, що залишився до закінчення Страхового року, в якому припиняється Договір, з вирахуванням за цей період **витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору у розмірі 35% від Страхового платежу** та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за поточний рік дії Договору. Страхові платежі за минулі роки дії Договору не повертаються.

12.20. У випадках, коли повернення Страхових платежів відбувається з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, відповідно до п. 12.18 та п. 12.19 Умов, сума Страхового платежу до повернення розраховується за формулою:

СПП = СПС – СПФ – ВУВ – ФВВ, при цьому:

СПС = Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником за поточний рік дії договору, в грн

СПФ = Страховий платіж за фактичний строк дії Договору протягом поточного року = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДФ}$, в грн, де

ПЗ = Загальний річний* страховий платіж за Договором, в грн;

ДФ = Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним, днів;

ВУВ= Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням Договору = $\text{СПЗ} \times 35\%$, де

СПЗ = Страховий платіж за період, що залишився до закінчення поточного року дії Договору = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДЗ}$, в грн.;

ДЗ = Кількість днів, що залишились до закінчення поточного року дії Договору, днів;

ФВВ = Фактичні Страхові виплати, здійснені за Договором протягом поточного року дії, в грн.

* якщо рік є високосним, то використовується значення 366 днів.

12.21. Для отримання Страхового платежу (його частини), що підлягає поверненню у разі дострокового припинення Договору, Страхувальник повинен подати Страховику заяву з вказанням банківських реквізитів, а Страхувальник – фізична особа повинен надати разом із заявою завірені підписом Страхувальника копії паспорту та ідентифікаційного коду. Повернення частини сплаченого Страхового платежу здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення Договору згідно з реквізитами для повернення частини сплаченого Страхового платежу, наданими Страхувальником.

12.22. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

12.22.1. Договорів, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

12.22.2. випадків, якщо за цим Договором повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового випадку.

12.23. Страхувальник має право відмовитися від Договору, укладеного шляхом обміну документами, якщо Страхове свідоцтво, виданий Страховиком, містить розбіжності із Заявою Страхувальника на страхування, протягом 45 (сорока п'яти) днів з дня його отримання, а Страховик зобов'язаний повернути отримані кошти за таким договором у повному обсязі.

12.24. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений в п. 15.1 Умов.

12.25. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заяви від Страхувальника про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві, за умови що протягом періоду дії Договору не відбулася подія, що має ознаки Страхового випадку.

12.26. У випадку, якщо Застрахована особа заперечує проти укладення Договору на її користь в порядку, передбаченому п. 13.5.2. Умов, Страховик повертає Страхувальнику сплачений Страховий платіж за таку особу в повному розмірі протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заперечень від Застрахованої особи проти укладення Договору на її користь та заяви від Страхувальника про повернення Страхового платежу за таку особу згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві, за умови що з дня укладення Договору і до дня отримання Страховиком заперечень не відбулася подія, що має ознаки Страхового випадку щодо цієї Застрахованої особи.

13. Права та обов'язки сторін

13.1. Страхувальник має право:

13.1.1. Одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування.

13.1.2. Укласти Договір про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

13.1.3. Призначити, з письмового дозволу Застрахованої особи, одну чи декількох осіб одержувачем (одержувачами) Страхової виплати – Вигодонабувачем (Вигодонабувачами) за Договором. Якщо Вигодонабувач не буде призначений, одержувачами Страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи, будуть її спадкоємці за законом.

13.1.4. Замінювати Вигодонабувача іншою особою протягом строку дії Договору, за згодою Застрахованої особи та за умови письмового повідомлення Страховика.

13.1.5. Ініціювати внесення змін у Договір згідно з цими Умовами.

13.1.6. Достроково припинити дію Договору або окремих Допоміжних ризиків в порядку, передбаченому цими Умовами.

13.1.7. На одержання суми Страхової виплати при настанні Страхового випадку в порядку, передбаченому цими Умовами.

13.1.8. Оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у Страховій виплаті або розмір Страхової виплати, здійсненої Страховиком.

13.1.9. Вимагати від Страховика дотримання конфіденційності інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування".

13.1.10. У випадку втрати Договору в період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату, якщо Договір було укладено в паперовій формі. У випадку втрати Договору, укладеного у вигляді електронного документа, за письмовою заявою Страхувальника Страховик направляє Страхувальнику електронний примірник підписаного Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання заяви.

13.1.11. Відмовитися від Договору Страхування, укладеного шляхом обміну документами, якщо Страхове свідоцтво містить розбіжності із Заявою на страхування, протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня його отримання.

13.2. Страхувальник зобов'язаний:

13.2.1. Ознайомитися з цими Умовами страхування та засвідчити цей факт власноручним підписом або підписом уповноваженої особи Страхувальника (якщо Страхувальником виступає юридична особа) в Заяві на страхування.

13.2.2. У разі укладення Договору на користь третьої особи – Застрахованої особи, обов'язково отримати письмову згоду Застрахованої особи (законного представника Застрахованої особи) на її страхування за Договором та ознайомити Застраховану особу (законного представника Застрахованої особи) з умовами страхування.

13.2.3. Сплачувати Страхові платежі у порядку, розмірі і строки, встановлені Договором.

13.2.4. Перед укладанням Договору, внесенні до нього змін повідомити Страховика повну, достовірну та правдиву інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, включаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 10 (десять) робочих

днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхового платежу за Договором, та/або для оцінки страхового ризику відносяться відомості про вік, стать, професію або рід занять Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом та/або небезпечні захоплення, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи; наявність умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, перенесені захворювання та хірургічні втручання, нещасні випадки, а також наявність страхового інтересу у Страхувальника в тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у договорі страхування), та інформація про чинні договори страхування, укладені щодо життя, здоров'я, працездатності Застрахованої особи.

13.2.5. Після отримання Страхового свідоцтва (або Додаткової угоди тощо) перевірити викладені в ньому умови. У випадку незгоди із викладеними у Страховому свідоцтві умовами та за умови, що протягом зазначених у п.12.22, 12.23 Умов термінів, не відбулася подія, що мала ознаки Страхового випадку, відмовитись від Договору страхування або внести до нього відповідні зміни.

13.2.6. Повідомити Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та строки, визначені розділом 7 Умов.

13.2.7. При настанні страхового випадку своєчасно надати Страховику документи, необхідні для встановлення причин і обставин настання страхового випадку в порядку, передбаченому розділом 8 Умов.

13.2.8. Повідомляти в письмовій формі Страховика про події (обставини), які вплинули (можуть вплинути) на рівень Страхового ризику, протягом 10 (десяти) робочих днів з того моменту, коли Страхувальнику стане відомо про настання (можливе настання) таких подій – для прийняття Страховиком рішення про необхідність зміни істотних умов Договору.

13.2.9. Вживати всіх необхідних заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків Страхового випадку.

13.2.10. Негайно, але не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня настання відповідних змін, на виконання вимог законодавства України у сфері фінансового моніторингу повідомити Страховика про суттєві зміни в інформації та/або документах, наданих Страховику, зокрема (у разі застосовності):

- зміну адреси місцезнаходження/місця проживання;
- зміну паспортних даних або інших ідентифікаційних документів;
- зміну контактних даних;
- зміну керівника;
- зміну кінцевого бенефіціарного власника (КБВ);
- зміну структури власності;
- зміну основного виду економічної діяльності (КВЕД);
- інші зміни, що можуть вплинути на виконання Страховиком вимог законодавства у сфері фінансового моніторингу.

Повідомлення надсилається у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений в п. 15.1 Умов, з додаванням копій підтверджуючих документів (витяг з ЄДР, рішення повноваженого органу тощо).

13.2.11. На виконання вимог законодавства України з питань протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, надати інформацію та документи для здійснення належної перевірки або актуалізації даних Страхувальника/Вигодонабувача.

13.3. Страховик має право:

13.3.1. При укладанні та під час дії Договору вимагати від Страхувальника всі необхідні відомості та документи для оцінки страхового ризику.

13.3.2. Перевіряти відомості, надані Страхувальником та/або Застрахованою особою при укладенні Договору та під час його дії.

13.3.3. Контролювати виконання Страхувальником і Застрахованими особами положень Договору, самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку.

13.3.4. Під час укладення Договору в процесі оцінки ризиків застосувати корегування розміру Страхових сум за страховими ризиками, Страхових тарифів, Страхового ризику та розміру Страхової премії, що відповідає таким змінам, або не надати Страхове покриття за окремими Страховими ризиками чи за Договором страхування в цілому.

13.3.5. Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору, зокрема, у разі невідповідності Застрахованої особи вимогам Страховика щодо можливості страхування, у тому числі, через професійну діяльність заявленої Застрахованої особи (п.6.5.1, 6.5.2 Умов), стан її здоров'я, сукупну оцінку ризиків за попередньо укладеними та/або припиненими договорами страхування, перебування у місцях позбавлення волі, а також ненадання інформації, яка вимагається Страховиком для укладання Договору.

13.3.6. Вимагати зміни умов укладеного Договору (зокрема, збільшення розміру Страхових платежів) або дострокового припинення дії Договору, припинення дії допоміжного ризику (-ів) у випадку зміни 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 страхового внеску за Договором.

13.3.7. Відстрочити прийняття рішення про визнання випадку страховим або не страховим, якщо за фактом смерті Застрахованої особи відкрито кримінальне провадження, до закінчення досудового розслідування (закриття кримінального провадження), а у випадку звернення до суду з обвинувальним актом – до моменту набрання вироком, ухвалою суду законної сили. Якщо у Страховика є підстави для проведення власного розслідування за фактом смерті Застрахованої особи для повного з'ясування обставин настання Страхового випадку, він може відстрочити Страхову виплату на термін не більше 6 (шести) місяців.

13.3.8. При наявності сумнівів щодо повноти та достовірності документів і відомостей, які надані Страховику для здійснення Страхової виплати – відстрочити її до отримання підтвердження їх достовірності або отримання додаткових підтверджуючих документів і відомостей, але цей термін не може перевищувати 6 (шести) місяців.

13.3.9. Для прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, у разі необхідності, направляти запити до Компетентних органів для з'ясування причин та/або обставин настання Страхового випадку, а також вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи надання додаткових відомостей та документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку та/або розкривають його причини та обставини.

13.3.10. Вимагати проведення Медичного огляду Застрахованої особи та/або додаткових медичних досліджень з метою з'ясування обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та на умовах, визначених п. 7.4 Умов.

13.3.11. Відмовити у Страховій виплаті згідно з умовами, передбаченими розділом 10 Умов.

13.4. Страховик зобов'язаний:

13.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування.

13.4.2. При настанні Страхового випадку здійснити Страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається в п. 14.3 цих Умов.

13.4.3. У разі зміни реквізитів для оплати Страхового платежу повідомити Страхувальника про це протягом 10 (десяти) робочих днів з дати зміни за контактними даними Страхувальника, які зазначені у п. 2 Страхового свідоцтва, за умови що Договір передбачає сплату Страхового платежу періодичними платежами.

13.4.4. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування".

13.4.5. Відмовитися від встановлення / продовження ділових відносин у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

13.4.6. У разі зміни відомостей, зазначених в Договорі, про страхового посередника, за участю якого був укладений Договір (за наявності) після укладення та протягом строку дії Договору, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання інформації про такі зміни здійснити актуалізацію зазначених відомостей в Договорі одним з таких способів на власний вибір:

- шляхом направлення Страхувальнику додаткової угоди до Договору, або

- шляхом направлення Страхувальнику повідомлення за контактними даними, зазначеними у п. 2 Страхового свідоцтва без необхідності подальшого укладання додаткової угоди до Договору.

13.5. Застрахована особа має право:

13.5.1. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування.

13.5.2. Протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати прийняття Застрахованої особи на страхування та за умови відсутності повідомлень про настання події, що має ознаки Страхового випадку, щодо Застрахованої особи, повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору на її користь, шляхом надсилання листа на адресу місцезнаходження Страховика або на електронну пошту office@unika.ua.

13.5.3. У разі настання Страхового випадку одержати від Страховика Страхову виплату згідно з умовами Договору.

13.5.4. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у Страховій виплаті або розмір Страхової виплати, здійсненої Страховиком.

13.6. Застрахована особа зобов'язана (повнолітня фізична особа або законний представник Застрахованої особи, яка не досягла 18 років):

13.6.1. Перед укладанням Договору повідомити Страховика інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладання Договору щодо такої особи, та/або про розмір Страхової премії за Договором, уключаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 10 (десять) робочих днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладання щодо такої Застрахованої особи Договору, та/або про розмір Страхового платежу за Договором, та/або для оцінки страхового ризику відносяться відомості про вік, стать, професію або рід занять Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом та/або небезпечні захоплення, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи, наявність умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, перенесені захворювання та хірургічні втручання, нещасні випадки, інформація про чинні договори страхування, укладені щодо життя, здоров'я та працездатності Застрахованої особи.

13.6.2. Надати уповноваженому Страховиком лікарю з відповідним дозволом на право проведення медичного огляду можливість проведення Медичного огляду, у випадках передбачених Умовами.

13.6.3. Вживати всіх необхідних заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків Страхового випадку.

13.6.4. У разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту) та/або інших компетентних органів (відповідно до характеру події: до Національної поліції, до служби швидкої медичної допомоги, органів пожежної охорони, аварійної служби газу тощо) та вжити всіх розумних (раціональних) заходів задля уникнення та/або мінімізації втрат або шкоди, оформлення документів щодо факту, причин та обставин настання страхового випадку. Страховик звільняється від будь-яких зобов'язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась лікарських призначень

13.7. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору.

13.8. Сторони також мають інші права та обов'язки, передбачені законодавством України або Договором.

13.9. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 10 (десяти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну номеру мобільного зв'язку, електронної адреси Страхувальника, Застрахованої особи).

13.10. Відсутність повідомлення Страховика про необхідність сплати чергового Страхового платежу не звільняє Страхувальника від його обов'язків щодо сплати страхового платежу за Договором.

14. Порядок вирішення спорів. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

14.1. Спори, що виникають між Сторонами у зв'язку з Договором, вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди розглядаються у порядку, встановленому чинним законодавством України.

14.2. Сторони несуть відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору відповідно до чинного законодавства України.

14.3. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати та інших грошових зобов'язань, шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** за кожний день прострочення від суми простроченого платежу, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня.

14.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх зобов'язань за цим Договором, якщо таке невиконання чи неналежне виконання було прямим наслідком обставин непереборної сили, що виникли або вступили в силу після укладення цього Договору. Під обставинами непереборної сили маються на увазі надзвичайні події або обставини, що не могли бути передбачені або відвернені Сторонами доступними їм засобами, у тому числі, але не виключно: стихійні лиха (урагани, смерчі, повені, землетруси тощо); політичні хвилювання, бунти, воєнні та інші обставини, що можуть вплинути на виконання умов цього Договору. Сторона, яка зазнала дії обставин непереборної сили, повинна письмово сповістити іншу Сторону про настання цих обставин не пізніше 10 (десяти) діб з часу їхнього виникнення. Повідомлення повинне містити дані про настання та характер обставин, а також їхні можливі наслідки. Належним доказом існування обставин непереборної сили є відповідні документи, видані компетентними органами.

14.5. У випадку настання обставин непереборної сили, виконання обов'язків Стороною відкладається на строк, протягом якого будуть діяти такі обставини.

15. Додаткові умови

15.1. Якщо інше не передбачено цими Умовами, усі повідомлення за Договором будуть вважатися здійсненими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим або цінним листом з описом вкладення, вручені особисто, відправлені кур'єром на адреси Сторін, Застрахованої особи, які зазначені у реквізитах Сторін, або направлені з використанням ІКС, Кабінету клієнта my.UNIQA.ua, чат-боту UNIQALifeUA, мобільного застосунку Страховика, електронних адрес Сторін, Застрахованої особи, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника (в т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

Страховик також може направляти повідомлення Страхувальнику в інший спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення.

15.2. Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІКС, Кабінет клієнта my.UNIQA.ua, мобільний застосунок Страховика, чат-бот UNIQALifeUA; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін та Застрахованої особи адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням одержувача від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу протягом 10 (десяти) робочих днів із моменту настання таких змін, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення одержувачу.

15.3. Страховик та Страхувальник заявляють та гарантують, що їхні представники, які підписали Договір, належним чином уповноважені, та документи, що підтверджують їхні повноваження, належним чином видані, та на момент підписання Договору не були змінені та/або відкликані.

15.4. Страховик є резидентом України та оподатковується на загальних підставах.

15.5. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування, укладення та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика підписанням Договору Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну

письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а також підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, повну однозначну згоду на обробку Страховиком їх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а саме згоду:

(1) на збирання персональних даних Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, передачу та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання страхових випадків тощо: з метою (1а) укладення та супроводження Договору; (1б) з'ясування обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевірки Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів на списки осіб, включених до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності, стосовно яких застосовано міжнародні санкції та переліку осіб щодо яких застосовано санкції, прийняті Радою національної безпеки і оборони України, здійснення заходів належної перевірки клієнтів; (1г) проведення маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідження рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика; **(2)** на доступ до кредитної історії Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, збір, зберігання, використання та отримання від Бюро кредитних історій інформації щодо зазначених осіб (в т. ч. інформації, яка міститься в державних реєстрах та інших базах публічного користування) в порядку, визначеному Законом України «Про організацію формування та обігу кредитних історій»; **(3)** на отримання інформації про послуги та/або акції Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страховик зберігає персональні дані Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів довше ніж це необхідно для встановлених цілей їх обробки у випадку, коли зберігання персональних даних вимагається законодавством України.

Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, про таке: **(1)** їх персональні дані знаходяться за адресою місцезнаходження Страховика як володільця персональних даних та/або Партнерів; **(2)** джерелом збирання персональних даних є документи, подані Страхувальником/Застрахованими особами/Вигодонабувачами, та/або документи чи інформація, отримані Страховиком під час укладення чи виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб або з використанням електронних баз даних; **(3)** свої права відповідно до Закону.

У випадку укладення Договору Страхувальником - юридичною особою для цілей цього пункту під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, який уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника.

15.6. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованої особи (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються закладом охорони здоров'я Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо закладу охорони здоров'я). У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від закладу охорони здоров'я інформацію та/або документи, що визначені Договором для встановлення факту та/або обставин, причин, наслідків настання Страхового випадку, то відповідно, Страховик не може виконати свої зобов'язання за Договором стосовно відповідної Застрахованої особи. У цьому разі жодні претензії щодо порушення Страховиком зобов'язань за Договором стосовно Застрахованої особи не приймаються до розгляду та не підлягають задоволенню, та Страховик звільняється від відповідальності за Договором стосовно Застрахованої особи, яка не надала згоду на поширення своїх даних, що становлять лікарську таємницю.

15.7. Підписанням Договору Сторони підтверджують, що Страхувальник отримав всю доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтями 85-88 Закону України «Про страхування» та нормативно-правовими актами Національного банку України. Страхувальник засвідчує, що

зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на вебсайті Страховика за посиланням https://uniga.ua/initial_data/ та на вебсайті страхового посередника (за наявності), а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.

15.8. Страхувальник підтверджує, що Застрахована особа надала письмову згоду на укладення Договору на її користь на умовах, зазначених у Договорі, та на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) згідно з Договором та зобов'язується виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (у т. ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застрахована особа не надала згоди Страхувальнику на страхування за Договором та/або не надала згоди на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я), Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, як, якби Страховик сам їх відшкодував.

15.9. Незважаючи на інші положення цього Договору, цей Договір забезпечує страхове покриття в тій мірі, наскільки дане страхове покриття не суперечить жодним економічним, торговим або фінансовим санкціям та/або ембарго Ради Безпеки ООН (ООН), Європейського Союзу (ЄС) або будь-якого національного законодавства, яке застосовується щодо сторін цього договору. Це стосується також економічних, комерційних чи фінансових санкцій та/або ембарго, ініційованих Сполученими Штатами Америки чи іншими країнами, в тій мірі, наскільки вони не суперечать законодавству Європейського Союзу (ЄС) або місцевому законодавству.

15.10. Страхувальник за Договором не має права на бонуси від розміщення та управління активами, що покривають відповідні технічні резерви Страховика Договором не передбачено збільшення розміру страхової суми та/або страхових виплат на суми, які визначаються Страховиком один раз на рік за фінансовими результатами його діяльності за рік (участь у прибутках Страховика) з урахуванням вимог нормативно-правових актів Національного банку України.

15.11. Оскільки договір не містить накопичувальної складової, параметр інвестиційного доходу не застосовується для розрахунку страхового тарифу та Договір не передбачає розмір (величину) гарантованого інвестиційного доходу.

15.12. Договори за цим страховим продуктом передбачають індексацію (зміну) розміру страхової суми та/або страхових виплат за умови відповідної зміни розміру Страхової премії в порядку, зазначеному в п.12.10 Умов.

15.13. Відповідно до ст. 14-3 Закону України «Про рекламу» підписанням Договору Страхувальник надає учасникам Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна» свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду, а також підтверджує, що отримав повну однозначну необмежену строком письмову згоду від Вигодонабувача на розповсюдження реклами учасниками Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», в тому числі страховим посередником або іншим розповсюджувачем реклами, який діє від імені учасника Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Вигодонабувача. Страхувальник, Вигодонабувач мають можливість безкоштовно в будь-який час відмовитися від використання своїх даних з метою розповсюдження реклами та від отримання реклами з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Вигодонабувача відповідно шляхом звернення за телефоном Страховика, зазначеним у Договорі.

15.14. Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до законодавства України. Клієнт підтверджує факт добровільної передачі Страховику/ страховому посереднику інформації з обмеженим доступом, в тому числі потрібної для створення електронних документів. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, що становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України. Клієнт надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі відповідно до чинного законодавства України та на використання Страховиком/страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.

**Таблиця розмірів Страхових виплат для випадків постійної втрати
функціоналу органу або частини тіла**

Таблиця втрат

Розділ/ Стаття	Види втрат	Розмір Страхової виплати (у % від Страхової суми за ризиком)
I	Постійна та повна втрата:	
1	Повна втрата зору на обидва ока	100
2	Повна втрата обох кистей або рук на рівні променево-зап'ясткового суглоба або вище	100
3	Повна глухота на обидва вуха травматичного походження	100
4	Повна втрата мовлення	100
5	Повна втрата однієї руки/кисті та однієї ноги/стопи не нижче променево-зап'ясткового або гомілковостопного суглобів відповідно	100
6	Повна втрата обох ніг/стоп на рівні гомілковостопного суглобу або вище	100
7	Повне видалення нижньої щелепи	100
8	Набуте слабоумство*	100

*** Має бути встановлений діагноз хвороби Альцгеймера. Захворювання має проявлятися усіма вказаними нижче симптомами та умовами:**

- 1) Втрата когнітивних здібностей із порушенням пам'яті та розумових операцій (встановлення послідовності, планування, підсумовування тощо), що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей; та
- 2) Зміна особистості; та
- 3) Поступове та постійне зниження когнітивних функцій; та
- 4) Типові результати нейропсихологічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики (комп'ютерної томографії тощо); та
- 5) Необхідність цілодобового щоденного догляду за Застрахованою Особою (у віці до 65 років); та
- 6) Неспроможність Застрахованої Особи користуватися телефоном, здійснювати покупки, управляти фінансами; та
- 7) Неспроможність Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) «видів щоденної життєдіяльності» протягом не менше 6 (шести) місяців:

Види щоденної життєдіяльності:

- Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;

- Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Діагноз та необхідність догляду мають бути підтверджені лікарем-неврологом.

II	Часткова втрата:		
1	Голова:		
1	Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині		
1.а	- Поверхня площею не менше 6 кв.см	40	
1.б	- Поверхня площею від 3 до 6 кв.см	20	
1.в	- Поверхня площею менше 3 кв.см	10	
2	Часткове видалення нижньої щелепи, її висхідної частини або двох висхідних частин у повному обсязі або половини верхньої щелепи		40
3	Пошкодження головного мозку, що призвело до постійних неврологічних порушень (підтверджених кваліфікованим лікарем – неврологом через 365 (триста шістдесят п'ять) календарних днів після дати Нещасного випадку)		15
4	Повна глухота на одне вухо		30
5	Повна втрата одного ока		50
2	Верхні кінцівки	Права*	Ліва*
1	Втрата однієї руки або кисті на рівні променево-зап'ясткового суглоба або вище	60	50
2	Дефект кісткової тканини руки, крім кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження)	50	40
3	Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів)	65	55
4	Повний параліч огінального нерву	20	15
5	Анкілоз плеча	40	30
6	Анкілоз ліктя у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута)	35	30
7	Анкілоз ліктя у несприятливому положенні	40	35
8	Дефект кісткової тканини двох кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження)	40	30
9	Повний параліч серединного нерву	45	35
10	Повний параліч променевого нерву на рівні суглобової западини ліктьового суглоба	40	35
11	Повний параліч променевого нерву на рівні передпліччя	30	25
12	Повний параліч променевого нерву на рівні кисті	20	15
13	Повний параліч ліктьового нерву	30	25
14	Анкілоз зап'ястка у сприятливому положенні (прямо або в пронації)	20	15

15	Анкілоз зап'ястка у несприятливому положенні (згинання, або неприродне розгинання, або супінація)	30	25
16	Повна втрата великого пальця	20	15
17	Часткова втрата великого пальця (нігтьової фаланги)	10	5
18	Повний анкілоз великого пальця	20	15
19	Повна ампутація вказівного пальця	15	10
20	Повна втрата двох фаланг вказівного пальця	10	8
21	Повна втрата нігтьової фаланги вказівного пальця	5	3
22	Одночасна ампутація великого пальця і вказівного пальця	35	25
23	Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного)	25	20
24	Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного)	12	8
25	Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного)	20	15
26	Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець	45	40
27	Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець	40	35
28	Повна втрата середнього пальця	10	8
29	Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього)	7	3

Примітка. Анкілоз пальців кистей (крім вказівного та великого) дає право на компенсацію в розмірі 50% від суми виплати у випадку втрати зазначених частин тіла.

3	Нижні кінцівки	
1	Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна	60
2	Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна	50
3	Повна втрата стопи (дезартикуляція на рівні гомілковостопного суглоба) та вище до рівня нижньої половини стегна	45
4	Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні підтаранного суглоба)	40
5	Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні поперечного суглоба стопи)	35
6	Часткова втрата стопи (передплюсно-плюсна дезартикуляція)	30
7	Повний параліч нижньої кінцівки (невиліковне ураження нерву)	60
8	Повний параліч двох нервів (зовнішній та внутрішній підколінний, сідничний нерв)	40
9	Повний параліч зовнішнього підколінного сідничного нерву	20
10	Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерву	30
11	Анкілоз кульшового суглоба	40
12	Анкілоз колінного суглоба	20
13	Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан)	60

14	Втрата кісткової тканини наколінка зі значним розходженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги	40
15	Втрата кісткової тканини наколінка зі збереженням рухів	20
16	Вкорочення нижньої кінцівки щонайменше на 5 см	30
17	Вкорочення нижньої кінцівки від 3 до 5 см	20
18	Вкорочення нижньої кінцівки від 1 до 3 см	10
19	Повна ампутація всіх пальців стопи	25
20	Ампутація чотирьох пальців стопи, включаючи великий палець	20
21	Повна втрата чотирьох пальців стопи, крім великого пальця	10
22	Повна втрата великого пальця стопи	10
23	Повна втрата двох пальців стопи	5
24	Ампутація одного пальця стопи (крім великого пальця)	3
Примітка. Анкілоз пальців стоп (крім великого) дає право на компенсацію в розмірі 50% від суми виплати у випадку втрати зазначених частин тіла.		

* - Якщо Застрахована особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на страхування або це офіційно визнано, тоді визначені нижче частки від Страхової суми для різних видів непрацездатності лівих та правих кінцівок взаємно змінюються.

Таблиці розмірів Страхових виплат при тілесних ушкодженнях, отриманих
Застрахованою особою

Таблиці травм

Таблиця №1 Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку зі загальними тілесними
ушкодженнями отриманими внаслідок Нещасного випадку:

Стаття №	Характер ушкодження	Розмір страхової виплати, % від Страхової суми за ризиком
КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1	Перелом кісток черепа:	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5%
	б) склепіння	15%
	в) основи	20%
	г) склепіння та основи	25%
	Примітка: У разі відкритого перелому кісток черепа додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% Страхової суми	
2	Внутрішньочерепні травматичні гематоми:	
	а) епідуральна	15%
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	20%
	в) епідуральна та субдуральна (внутрішньомозкова)	25%
3	Травма головного мозку:	
	а) струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування від 3 до 13 днів)	3%
	б) струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування понад 14 днів)	5%
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10%
	г) залишкові чужорідні тіла в порожнині черепа (за винятком швів та пластикових елементів)	15%
	г) розтрощення (або розчавлення) речовини головного мозку (без зазначення симптомів і ознак)	50%
	Примітки: якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилося оперативне втручання на кістках черепа, головному мозку та його оболонках, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10% Страхової суми.	
4	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило:	
	а) астеничний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей у віці до 16 років	5%

	б) арахноїдит, енцефаліт (захворювання), арахноенцефаліт	10%
	в) епілепсію	15%
	г) верхній або нижній монопарез (парез однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30%
	г) гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парез правих або лівих кінцівок), амнезію (втрату пам'яті)	40%
	д) моноплегію (параліч однієї кінцівки)	60%
	е) тетрапарез (парез верхніх та нижніх кінцівок), порушення координації рухів, слабоумство (деменцію)	70%
	є) гемі-, пара- або тетраплегію, афазію (втрату мовлення), декортикацію, порушення функції тазових органів	100%
	Примітки: 1. Страхова виплата, що здійснюється у зв'язку з наслідками ушкодження нервової системи, перерахованими в ст.4, здійснюється у розмірі, передбаченому для найтяжчого з таких наслідків, у тому випадку, якщо їх встановлено лікувально-профілактичним закладом не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду з дати отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу. При цьому Страхова виплата здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої внаслідок настання Страхового випадку, що призвів до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100 %. 2. У випадку, якщо Застрахованою особою надано довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, сума Страхової виплати за статтями 1, 2, 3, 5, 6 та ст.4 визначається шляхом додавання. 3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху в результаті черепно-мозкової травми Страхова виплата здійснюється в сумі, розрахованій з урахуванням такої травми та зазначених ушкоджень за відповідними статтями шляхом додавання.	
5	Периферичне ушкодження одного або декількох черепно-мозкових нервів	10%
	Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало через перелом основи черепа, Страхова виплата здійснюється за ст.1; ст.5 у такому випадку не застосовується.	
6	Травма спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, без зазначення симптомів:	
	а) забиття	10%
	б) здавлювання, гематомієлія	30%
	в) частковий розрив	50%
	г) повний розрив спинного мозку	100%
	Примітка: якщо у зв'язку з травмою хребта та спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Виплата у розмірі 15 % Страхової суми.	
7	Травматичні неврити на одній кінцівці (за виключенням невриту пальцевих нервів)	5%
8	Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:	
	а) травматичний плексит	10%
	б) частковий розрив сплетіння	40%

	в) повний розрив сплетіння	70%
	Примітки: 1. Ст. 7 та 8 одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
9	Розрив нервів:	
	а) гілок променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті	5%
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; маломілкового або великомілкового нервів	10%
	в) двох та більше: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; маломілкового або великомілкового нервів	20%
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затуплого)	25%
	г) двох та більше: пахвового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затуплого)	40%
	Примітка: ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не є підставою для здійснення Страхової виплати.	

ОРГАНИ ЗОРУ

10	Параліч акомодатії одного ока	15%
11	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока)	15%
12	Звуження поля зору одного ока:	
	а) неконцентричне	10%
	б) концентричне	15%
13	Екзофтальм, що пульсує, одного ока	20%
14	Поранення очного яблука з проникненням, хоріоретиніт, іридоцикліт, заворот повіка, дефект райдужної оболонки, зміна форми зіниці, рубці оболонок очного яблука.	10%
15	Ушкодження слъозовивідних шляхів одного ока	10%
16	Опіки II, III ступенів, поранення очного яблука, що не проникає, гемофтальм, зміщення кришталика, сторонні тіла в очному яблуці та тканинах очної западини, кон'юнктивіт, кератит	5%
	Примітка: у разі поєднання різних пошкоджень, вказаних в статтях 14-16 , Страхова виплата здійснюється у визначеному в статті розмірі лише за одне ушкодження без додавання різних ушкоджень.	

17	Ушкодження ока (очей), що спричинило повну втрату зору єдиного ока або обох очей, що мали гостроту зору не нижче 0,01	100%
18	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока	10%
19	Перелом орбіти	10%
20	Зниження гостроти зору. Примітки: а) Рішення про здійснення Страхової виплати у зв'язку зі зниженням гостроти зору та іншими наслідками внаслідок травми приймається згідно Таблиці №3 Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку зі зниженням зору Застрахованої особи через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку" цього Додатку після закінчення лікування, але не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду з дати отримання травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа звертається до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження. б) Якщо у зв'язку з посттравматичним зниженням гостроти зору було імплантовано штучний кришталік або застосовано коригувальну лінзу, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням гостроти зору до операції.	

ОРГАНИ СЛУХУ

21	Травма вушної раковини, що спричинила:	
	а) перелом хряща	2%
	б) втрату менше 1/3 частини вушної раковини	5%
	в) втрату 1/2 частини вушної раковини	15%
	г) повну втрату вушної раковини	30%
22	Травма одного вуха, що спричинила зниження слуху:	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5%
	б) шепітна мова - до 1 м	15%
	в) повна глухота (розмовна мова - 0)	25%
23	Розрив однієї барабанної перетинки, що стався в результаті травми та не спричинив зниження слуху. Примітка: розрив барабанної перетинки внаслідок перелому основи черепа не покривається.	
24	Травма одного вуха, що спричинила посттравматичний отит:	
	а) гострий гнійний	3%
	б) хронічний	5%
	Примітка: страхова виплата за ст. 24 (б) здійснюється додатково у тому випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено ЛОР-спеціалістом після закінчення тримісячного періоду після отримання травми. До закінчення цього терміну сума Страхової виплати розраховується за відповідною статтею з урахуванням факту травми.	

СИСТЕМА ДИХАННЯ

25	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, решітчастої кістки	5%
----	---	----

26	Травма легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:	
	а) з однієї сторони	5%
	б) з двох сторін	10%
27	Травма грудної клітки та її органів, що спричинило:	
	а) легеневу недостатність (після закінчення тримісячного терміну з дати отримання травми)	10%
	б) видалення долі, частини легені	40%
	в) видалення однієї легені	60%
	Примітка: у разі здійснення Страхової виплати за ст. 27 (б, в) ст. 27 (а) не застосовується.	
28	Перелом грудини	10%
29	Перелом ребра, за кожне	3%
	Примітки: 1. У разі перелому ребер під час реанімаційних заходів Страхова виплата здійснюється на загальних підставах згідно п.28, 29 цієї Таблиці.2. Перелом хрящової частини ребра є підставою для здійснення Страхової виплати. 3. Якщо у довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних закладів, буде зазначено різну кількість ушкоджених ребер, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням більшої кількості ушкоджених ребер.	
30	Травма грудної клітки з проникненням, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:	
	а) торакоскопія, торакоцентез, травма з проникненням без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії	5%
	б) торакотомія за відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10%
	в) торакотомія за ушкодження органів грудної порожнини	15%
	г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	10%
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою грудної клітки та її органів було проведено видалення легені або її частини сума Страхової виплати розраховується відповідно до ст. 27; ст. 30 при цьому не застосовується; ст. 30 та 26 одночасно не застосовуються. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, одноразово здійснюється Страхова виплата, сума якої розраховується відповідно до найскладнішого втручання.	
31	Ушкодження гортані, трахеї, щитоподібного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не спричинили порушення функції.	5%
	Примітка: якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково здійснюється Страхова виплата в розмірі 5% Страхової суми.	

32	Травма гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитоподібного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що спричинили:	
	а) осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців з дати отримання травми	10%
	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців з дати отримання травми	20%
Примітка: Страхова виплата згідно зі ст. 32 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою згідно зі ст. 31 . У випадку, якщо Застрахована особа у своїй заяві про здійснення Страхової виплати зазначила, що травма спричинила порушення функції гортані або трахеї, необхідно отримати висновок спеціаліста після закінчення 3-місячного періоду після травми. До закінчення цього терміну Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 31 .		
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33	Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не спричинили серцево-судинну недостатність	25%
34	Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що спричинили серцево-судинну недостатність:	
	а) I ступеня	10%
	б) II-III ступенів	25%
Примітки: 1) Якщо у медичному висновку не зазначено ступінь серцево-судинної недостатності, то сума Страхової виплати розраховується згідно зі ст. 34(а) . 2) 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, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів.		
35	Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) на рівні:	
	а) плеча, стегна	10%
	б) передпліччя, гомілки	5%
36	Ушкодження великих периферійних судин, що спричинило порушення кровообігу	20%
	Примітка: 1. До великих периферійних судин слід відносити: підключичні, пахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні та задні великогомілкові артерії, підключичні, пахвові, стегнові та підколінні вени. 2. Якщо Застрахована особа у своїй заяві на здійснення Страхової виплати зазначила, що травма спричинила порушення функції серцево-судинної системи, Застрахованій особі необхідно отримати висновок спеціаліста з цього приводу (кардіолога). 3. Страхова виплата за ст.34, ст.36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення 3-місячного терміну після травми та підтверджено медичною документацією цього закладу. До закінчення цього терміну Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 33, ст. 35 . 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою відновлення судинного русла, додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 5 % Страхової суми.	

ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ

37	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5%
	б) перелом двох та більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10%
	Примітки: 1. У разі перелому щелепи, що настав випадково під час стоматологічних маніпуляцій, Страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що настав під час втрати зубів, не є підставою для здійснення Страхової виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Страхова виплата у розмірі 5 % Страхової суми.	
38	Звичний вивих щелепи	10%
	Примітка: у разі звичного вивиху нижньої щелепи Страхова виплата здійснюється додатково до Страхової виплати згідно зі ст. 37, якщо це ускладнення настало в результаті травми, отриманої в період дії Договору Страхування, та протягом 3 років після такої травми. У разі рецидивів звичного вивиху щелепи Страхова виплата не здійснюється.	
39	Травма щелепи, що спричинила втрату:	
	а) частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростка)	40%
	б) щелепи	80%
	Примітки: 1. Сума Страхової виплати на випадок втрати щелепи або її частини включає суму Страхової виплати на випадок втрати зубів незалежно від їх кількості. 2. У випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток Страхової суми, належної до сплати визначається з урахуванням таких ушкоджень згідно з відповідними статтями шляхом додавання. 3. У разі здійснення Страхової виплати згідно зі ст. 39 додаткові Страхові виплати з приводу оперативного втручання не здійснюються.	
40	Травма язика, порожнини рота (поранення, опік, відмороження), що спричинила виникнення рубців (незалежно від їх розміру)	3%
41	Травма язика, що спричинила :	
	а) відсутність кінчика язика	10%
	б) відсутність дистальної третини язика	15%
	в) відсутність язика на рівні середньої третини	30%
	г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	60%
42	Травма зубів, що спричинила втрату:	
	а) 1 зуба	2%
	б) 2-3 зубів	5%
	в) 4-6 зубів	10%
	г) 7-9 зубів	15%
	г) 10 і більше зубів	20%

	Примітки: 1. У разі втрати через травму зубів з незйомними протезами сума Страхової виплати розраховується з урахуванням втрати тільки опорних зубів. У разі пошкодження в результаті травми зйомних протезів Страхова виплата не здійснюється.. 2. У разі втрати через травму молочних зубів страхова виплата здійснюється лише за наявності пошкодження зачатків постійних зубів, підтвердженого рентгенологічним дослідженням Страхова виплата здійснюється за кількістю пошкоджених зачатків постійних зубів, а не за кількістю втрачених молочних зубів. 3. У разі втрати зубів та перелому щелепи сума Страхової виплати розраховується згідно зі ст.37 та ст.42 шляхом додавання. 4. У разі втрати зубного протезу або імплантованого зуба Страхова виплата не здійснюється. 5. Виплата по втраті зубів за пп. в, г, ґ здійснюється лише за наявності підтверджуючих інструментальних даних (рентгенівські знімки, МРТ, ортопантомограма та ін)	
43	Травма (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунка, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл зі стравоходу, шлунка, що не спричинило функціональних порушень	5%
44	Травма (поранення, розрив, опік) стравоходу, що спричинила:	
	а) звуження стравоходу	40%
	б) непрохідність стравоходу (за наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	100%
	Примітка: відсоток Страхової суми, належний до сплати згідно зі ст. 44, визначається не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми. Раніше за цей термін Страхова виплата здійснюється попередньо згідно зі ст. 43, та сума такої Страхової виплати вираховується з суми Страхової виплати, сплачуваної після ухвалення остаточного рішення.	
45	Травма (розрив, опік, поранення) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що спричинила:	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5%
	б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору	15%
	в) спайкову хворобу, стан після операції з приводу спайкової непрохідності	25%
	г) кишкова нориця, кишково-піхвова нориця, нориця підшлункової залози	50%
	ґ) протиприродний задній прохід (колостома)	100%
	Примітки: 1. У разі ускладнення травм, зазначених у підпунктах "а", "б", "в", Страхова виплата здійснюється за умови, що всі ці ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми, а зазначені у підпунктах "г" та "ґ" - після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми. 2. Зазначені ускладнення травми визнаються виключно у випадку, якщо їх підтверджено довідкою лікувально-профілактичного заклад. Раніше за ці терміни Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 43 та сума такої Страхової виплати не вираховується з суми Страхової виплати, сплачуваної після ухвалення остаточного рішення.	

46	Кила, що утворилася на місці пошкоджень передньої черевної стінки, діафрагми або в області післяопераційного рубця, якщо операцію було проведено у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої кили.	10%
	Примітки: 1. Страхова Виплата згідно зі ст. 46 здійснюється додатково до Страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо кила є прямим наслідком такої травми. 2. Кили живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-калиткові), що виникли в результаті підймання ваги, не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
47	Травма печінки внаслідок травми або випадкового гострого отруєння, що спричинила:	
	а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит (захворювання і не є результатом травми), що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатоз (захворювання)	5%
	б) печінкову недостатність (захворювання)	10%
48	Травма печінки, жовчного міхура, що спричинила:	
	а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура	15%
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	20%
	в) видалення частини печінки	25%
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура	35%
49	Травма селезінки, що спричинила:	
	а) субкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання	5%
	б) видалення селезінки	30%
50	Травма шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі, що спричинила:	
	а) утворення хибної кисти підшлункової залози	20%
	б) резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози	30%
	в) видалення шлунка	60%
51	Травма органів черевної порожнини, у зв'язку з якої проведено:	
	а) лапароскопію (лапароцентез)	5%
	б) лапаротомію у разі підозри на пошкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	10%
	в) лапаротомію у разі ушкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15%
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	10%

	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів черевної порожнини є підстави для здійснення Страхової Виплати за ст. 47-50, ст. 51 (крім підпункту "г") не застосовується. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька буде видалено, а інший (інші) – ушиті, Страхова Виплата здійснюється згідно з відповідними статтями та ст. 51(в) одноразово.	
СЕЧОВИВІДНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМА		
52	Травма нирки, що спричинила:	
	а) забиття нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання	5%
	б) видалення частини нирки	30%
	в) повне/тотальне видалення нирки	60%
53	Травма органів сечовивідної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинила:	
	а) цистит, уретрит	5%
	б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит	10%
	в) зменшення обсягу сечового міхура	15%
	г) гломерулонефрит (захворювання), пієлонефрит, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	25%
	г) синдром довготривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, краш-синдром, синдром роздроблення), хронічну ниркову недостатність	30%
	д) непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевої нориці	40%
	Примітка: Страхова виплата у зв'язку з наслідками, перерахованими у підпунктах "а", "в", "г", "г" та "д" ст.53 , здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми. Раніше за цей термін Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 52 або ст. 55 (а) та сума, розрахована згідно з визначеним відсотком від Страхової суми, не вираховується з суми Страхової виплати після ухвалення остаточного рішення.	
54	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовивідної системи:	
	а) цистостомія	5%
	б) у разі ушкодження органів	15%
	в) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості)	10%
	Примітка: якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 52 (б); ст.54 при цьому не застосовується.	
55	Пошкодження органів статевої або сечовивідної системи:	
	а) поранення, розрив	5%
56	Ушкодження статевої системи жінок, що спричинило:	
	а) видалення одного яєчника, маточної труби	15%
	б) видалення обох яєчників, обох маточних труб	30%

	в) втрату матки у жінок у віці: до 40 років з 40 до 50 років 50 років і старше	50% 30% 15%
57	Ушкодження статевої системи чоловіків, що спричинило:	
	а) видалення одного яєчка б) втрату частини (<50%) статевого члена в) перелом статевого члена, що не призвів до видалення г) втрату (>50%) статевого члена, обох яєчок	15% 30% 10% 50%

М'ЯКІ ТКАНИНИ

58	Травма м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що спричинила після загоєння:	
	а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 кв. см б) утворення рубців площею від 1,1 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше в) утворення рубців площею від 6 кв. см до 15 кв. см г) утворення рубців площею від 16 кв. см до 25, кв. см г') утворення рубців площею від 26 кв. см до 35, кв. см д) утворення рубців площею від 36 кв. см і більше	3% 5% 10% 15% 20% 30%
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа (кісток обличчя) зі зміщенням уламків було проведено операцію (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, 2. Якщо в результаті пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області утворився рубець, і у зв'язку з цим було здійснено виплату відповідної частини Страхової суми, а потім Застрахована особа отримала повторну травму, що спричинила утворення нових рубців, Страхова виплата в розмірі відповідної частини Страхової суми з урахуванням наслідків повторної травми здійснюється повторно. 3. За рубцями, що утворились внаслідок опіків, страхова виплата за цією статтею не здійснюється.	
59	Травма м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що спричинила після загоєння утворення рубців площею:	
	а) від 2,0 до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше б) від 5 кв. см до 25 кв. см в) від 26 кв. см до 100 кв. см г) від 101 кв. см до 200 кв. см г') від 201 кв. см до 300 кв. см д) від 301 кв. см до 400 кв. см е) від 401 кв. см до 500 кв. см	3% 5% 10% 15% 20% 25% 30%

	е) від 501 кв. см до 750 кв. см	35%
	ж) 751 кв. см та більше	40%
	Примітки: 1. Під час визначення площі рубців слід враховувати також рубці, що утворилися на місці взяття шкіряного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри. 2. Якщо Страхова виплата здійснюється у зв'язку з оперативним втручанням (у разі відкритих ушкоджень, пластики сухожиль, зшиванні судин, нервів тощо), ст. 59 не застосовується. 3. За рубцями, що утворились внаслідок опіків, страхова виплата за цією статтею не здійснюється.	
60	Травма м'яких тканин тулуба: міжм'язова гематома, що не розсмокталася, площею не менше 2 кв. см	5%
	Примітки: 1. Рішення щодо здійснення Страхової виплати згідно зі ст. 58, ст. 59 та ст. 60 ухвалюється з урахуванням даних огляду, проведеного після загоєння ранової поверхні, але не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми. 2. Страхова виплата у зв'язку з гематомою, що не розсмокталася, здійснюється, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми та за наявності УЗД підтвердження гематоми 3. Загальна сума виплат за ст. 59 та ст. 60 не має перевищувати 40 % Страхової суми.	
61	Опікова хвороба, опіковий шок	10%
	Примітка: Страхова виплата згідно зі ст.61 сплачується додатково до Страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з отриманням опіку.	
62	Травма м'яких тканин:	
	а) не видалені чужорідні тіла	3%
	б) м'язова кила, посттравматичний періостит, неповний розрив м'язів	5%
	в) повний розрив сухожиль, за виключенням пальців кисті, взяття аутотрансплантата з іншого відділу опорно- рухового апарата, повний розрив м'язів	7%
	Примітка: Страхова виплата у зв'язку, не видаленими чужорідними тілами, м'язовою килою або посттравматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми.	
ХРЕБЕТ		
63	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок та суглобових відростків хребців (за виключенням крижі та куприка):	
	а) одного-двох	20%
	б) трьох - п'яти	30%
	в) шести і більше	40%
64	Розрив міжхребцевих зв'язок (за тривалості лікування не менше 14 днів), підвивих хребців (за виключенням куприка)	5%
	Примітка: у разі рецидивів підвивиху хребця Страхова виплата не здійснюється.	
65	Перелом кожного поперечного або остистого відростка	3%

66	Перелом крижі	10%
67	Ушкодження куприка:	
	а) підвивих куприкових хребців	3%
	б) вивих куприкових хребців	5%
	в) перелом куприкових хребців	10%
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижі та куприка) проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 10 % Страхової суми одноразово. 2. Якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням обох ушкоджень шляхом додавання. 3. Якщо внаслідок однієї травми Застрахована особа зазнає перелому тіла хребта, ушкодження зв'язок, перелому поперечних або остистих відростків, сума Страхової виплати розраховується згідно зі статтею, що передбачає найбільш тяжку травму. Страхова виплата здійснюється одноразово.	

ВЕРХНЯ КІНЦІВКА, ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ

68	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно-ключичного зчленувань:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	5%
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, перелома-вивих ключиці	10%
	в) розрив двох зчленувань та перелом однієї кістки, перелом двох кісток та розрив одного зчленування	15%
	г) перелом, що не зрісся (хибний суглоб)	15%
	Примітки: 1. У випадку, якщо у зв'язку з травмами, перерахованими у ст. 68 , проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% Страхової суми. 2. У випадку, якщо у зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про здійснення Страхової виплати за ст. 59 ухвалюється за результатами огляду, проведеного після загоєння рани. 3. Страхова виплата у зв'язку переломом, що не зрісся (хибним суглобом) здійснюється у випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. Таку Виплату буде здійснено додатково.	

ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ

69	Травми області плечового суглоба (суглобної западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки):	
	а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобної западини лопатки, вивих плеча	5%
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки та вивих плеча	10%
	в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелома-вивих плеча	15%

	г) розрив зв'язок	5%
	д) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксувальної пов'язки	2%
70	Травма плечевого поясу, що спричинила:	
	а) звичний вивих плеча	15%
	б) відсутність рухомості суглоба (анкілоз)	20%
	в) плечовий суглоб, що нестабільний внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	40%
	Примітки: 1. Страхова виплата за ст.70 здійснюється додатково до Страхової виплати, сплачуваної у зв'язку з травмами області плечевого суглоба у випадку, якщо перераховані у цій статті ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу. 2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою плечевого суглоба буде проведено оперативні втручання, додатково буде здійснено Виплату у розмірі 10% Страхової суми. 3. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД). 4. Страхова виплата у разі звичного вивиху плеча здійснюється у випадку, якщо він настав протягом 3 років після первинного вивиху, отриманого Застрахованою особою в період дії Договору. Діагноз звичного вивиху плеча має бути підтверджено медичною документацією з лікувального закладу, в якому проводилось його вправлення. У випадку рецидивів звичного вивиху плеча Страхова виплата не здійснюється.	
ПЛЕЧЕ		
71	Перелом плечової кістки:	
	а) на будь-якому рівні	15%
	б) подвійний перелом	20%
72	Перелом плечової кістки, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба)	40%
	Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 72 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми. 2. Якщо у зв'язку з травмою області плеча проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється Виплата у розмірі 10% Страхової Суми.	
73	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжка травма, що спричинила ампутацію:	
	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	80%
	б) плеча на будь-якому рівні	75%
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100%
	Примітка: якщо Страхову виплату було здійснено згідно зі ст.73 , додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
74	Травма ділянки ліктьового суглоба:	
	а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	5%

	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, черезвиростковий або надвиростковий переломи плечової кістки, перелом голівочки плечової кістки, вивих кістки	5%
	в) перелом променевої та ліктьової кістки, вивих передпліччя	10%
	г) перелом плечової кістки разом з променевою та ліктьовою кістками	20%
	д) повний розрив зв'язок	5%
	е) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки	2%
	Примітки: 1. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована особа зазнає різних ушкоджень, перерахованих у ст. 74, сума Страхової виплати розраховується згідно з підпунктом, що враховує найбільш тяжке ушкодження. 2. Розрив зв'язок повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД)	
75	Травма ділянки ліктьового суглоба, що спричинила:	
	а) відсутність рухомості у суглобі (анкілоз)	40%
	б) плечовий суглоб, що нестабільний внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	50%
	Примітки: 1. Страхова виплата за ст.75 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмами ліктьового суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. 2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою області ліктьового суглоба буде проведено оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10% Страхової суми.	
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
76	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (окрім шилоподібного відростка)	10%
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки (окрім шилоподібного відростка)	15%
77	Перелом, що не зрісся (хибний суглоб) кісток передпліччя:	
	а) однієї кістки	20%
	б) двох кісток	40%
	Примітка: Страхова виплата за ст.77 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою передпліччя, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми.	
78	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила:	
	а) ампутацію передпліччя на будь-якому рівні	65%

	б) екзартикуляцію у ліктьовому суглобі	70%
	в) ампутацію єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100%
Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою області передпліччя проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % Страхової суми. 2. Якщо Страхову виплату було здійснено згідно зі ст.78, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.		
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
79	Травма ділянки променево-зап'ясткового суглоба:	
	а) відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5%
	б) перилунарний вивих кисті	15%
	в) розрив зв'язок	5%
	г) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки	2%
Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою області променево-зап'ястного суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 5 % Страхової суми. 2. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД),		
80	Травма ділянки променево-зап'ясткового суглоба, що спричинила відсутність рухомості (анкілоз) цього суглоба	15%
Примітка: Страхова виплата за ст. 80 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмами променево-зап'ястного суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу (дослідження амплітуди рухів).		
КИСТЬ		
81	Перелом або вивих кісток зап'ястка, п'ястих кісток однієї кисті:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5%
	б) двох та більше кісток (крім човноподібної)	10%
	в) човноподібної кістки	10%
	г) вивих, перелоμο-вивих кисті	15%
Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % Страхової суми. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястка (п'ястих кісток) та човноподібної кістки сума Страхової виплати розраховується з урахуванням кожної травми шляхом додавання.		
82	Травма кисті, що спричинила:	
	а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10%

	б) втрату усіх пальців, ампутацію на рівні п'ясних кісток зап'ястка або променевоzap'ясного суглоба	65%
	в) ампутацію єдиної кисті	100%
	Примітка: Страхова виплата у зв'язку з переломом, що не зрісся (хибним суглобом) кісток зап'ястка або п'ясних кісток здійснюється додатково за ст. 82 (а) у випадку, якщо таке ускладнення травми встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	

ПАЛЬЦІ КИСТІ. ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ

83	Травма пальця, що спричинила:	
	а) повний відрив нігтьової пластинки	3%
	б) ушкодження сухожилля (сухожилків) розгиначів пальця	3%
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків) згинача пальця, сухожилковий, суглобовий, кістковий панарицій	5%
	Примітки: 1. Гнійне запалення навколонигтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з травмою сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилльним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% Страхової суми.	
84	Травма пальця, що спричинила:	
	а) відсутність рухів (анкілоз) в одному суглобі	10%
	б) відсутність рухів (анкілоз) у двох суглобах пальця	15%
	Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з його травмою, у випадку, якщо відсутність рухомості суглоба (суглобів) пальця буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	
85	Травма пальця, що спричинила:	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої фаланги	10%
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги	10%
	в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги)	15%
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20%
	д) ампутацію пальця з п'ясною кісткою або її частиною	25%
	Примітка: якщо Страхову виплату здійснено згідно зі ст.85 , додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	

ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ

86	Травма одного пальця, що спричинила:	
	а) повний відрив нігтьової пластинки	3%
	б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця	3%

	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	5%
	Примітки: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з травмою сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобним, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % Страхової суми.	
87	Травма пальця, що спричинила:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	5%
	б) відсутність рухів у двох суглобах пальця	10%
	Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з його травмою, у випадку, якщо відсутність рухомості суглоба (суглобів) пальця буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	
88	Травма пальця, що спричинила:	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої фаланги	3%
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги	5%
	в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг	10%
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця	15%
	д) втрату пальця з п'ясною кісткою або її частиною	20%
	Примітки: 1. Якщо Страхову виплату здійснено згідно зі ст. 88 , додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. У разі травми декількох пальців кисті в період дії одного Договору сума Страхової виплати розраховується з урахуванням кожного пошкодження шляхом додавання, однак її розмір не має перевищувати 65% Страхової суми для однієї кисти та 100 % Страхової суми для обох кистей.	
ТАЗ		
89	Травма таза:	
	а) перелом однієї кістки	10%
	б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки	15%
	в) перелом трьох та більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань	20%
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова виплата у розмірі 10 % Страхової суми. 2. Розрив лобкового зчленування, крижово-клубового зчленування (зчленувань) під час пологів є підставою для здійснення Страхової виплати за ст. 89 (б або в) на загальних підставах.	

90	Травма таза, що спричинила відсутність рухомості кульшового суглоба:	
	а) в одному суглобі	20%
	б) у двох суглобах	40%
Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції кульшового суглоба (суглобів) за ст. 90 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою таза, у випадку, якщо відсутність руху у суглобі буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.		

НИЖНЯ КІНЦІВКА

КУЛЬШОВИЙ СУГЛОБ

91	Травма кульшового суглоба:	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5%
	б) ізольований відрив вертлюга	10%
	в) вивих стегна, переломи вертлюгової западини	15%
	г) перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегна	20%
	д) розрив зв'язок	5%
	е) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки	2%
Примітки: 1. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована особа зазнає різних ушкоджень кульшового суглоба, Страхову виплату буде здійснено згідно з одним з підпунктів, що передбачає найбільш тяжку травму. 2. Якщо у зв'язку з травмою кульшового суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % Страхової суми. 3. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД).		

92	Травма кульшового суглоба, що спричинила:	
	а) відсутність рухомості (анкілоз)	20%
	б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) шийки стегна	30%
	в) ендопротезування	40%
	г) нестабільний кульшовий суглоб внаслідок резекції голівки стегна	45%
Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, перерахованими у ст. 92 , здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою суглоба. 2. Страхова виплата у зв'язку зі ст. 92 (б) здійснюється у випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.		

СТЕГНО

93	Перелом стегна:	
	а) на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів	25%
	б) подвійний перелом стегна	30%

94	Перелом стегна, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба)	30%
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою області стегна проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % Страхової суми. 2. Страхова виплата за ст. 94 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	
95	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила ампутацію кінцівки на будь-якому рівні стегна:	
	а) однієї кінцівки	70%
	б) єдиної кінцівки	100%
	Примітка: якщо Страхову виплату здійснено згідно зі ст.95 , додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	

КОЛІННИЙ СУГЛОБ

96	Травма області колінного суглоба:	
	а) гемартроз, ушкодження меніска	5%
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки.	10%
	в) перелом: надколінка, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафізу великогомілкової кістки	15%
	г) перелом проксимального метафізу великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової кістки	15%
	д) перелом виростків стегна, вивих великогомілкової кістки	25%
	е) перелом дистального метафізу стегна	25%
	є) перелом дистального метафізу, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	35%
	ж) розрив зв'язок	5%
	з) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки	2%
	Примітки: 1. У разі поєднання різних пошкоджень колінного суглоба, Страхова виплата здійснюється одноразово згідно з одним з підпунктів ст. 96 , що передбачає найбільш тяжку травму. 2. Якщо у зв'язку з травмою області колінного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % Страхової суми незалежно від підпункту ст.96 за яким здійснюється страхова виплата. 3. Не визнається Страховим Випадком і Страхова виплата не здійснюється, якщо подія була прямо або опосередковано пов'язана із пошкодженням/розривом меніска колінного суглоба, якщо Нещасний Випадок відбувся або діагноз встановлено протягом перших 60-ти (шістдесяти) календарних днів дії цього Страхового Продукту. 4. Ушкодження меніска та розрив зв'язок повинні бути підтвердженні результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД).	

97	Травма колінного суглоба, що спричинила:	
	а) відсутність рухомості суглоба (анкілоз)	25%
	б) колінний суглоб, що «нестабільний» внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	45%
	в) ендопротезування	30%
Примітка: Страхова виплата за ст. 97 сплачується додатково до Страхової виплати здійсненої у зв'язку з травмою колінного суглоба.		

ГОМІЛКА

98	Перелом кісток гомілки (за виключенням ділянки суглобів):	
	а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів	5%
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	15%
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	20%
Примітка: Якщо внаслідок травми Застрахована особа зазнала внутрішньосуглобового перелому великогомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі та перелому малогомілкової кістки на рівні діяфізу, Страхова виплата здійснюється згідно зі ст.96 та ст. 98 або ст.101 та ст. 98 шляхом додавання.		
99	Перелом кісток гомілки, який спричинив перелом, що не зрісся (хибний суглоб) (за виключенням кісткових фрагментів):	
	а) малогомілкової кістки	10%
	б) великогомілкової кістки	30%
	в) обох кісток	40%
Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 99 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10% Страхової суми.		
100	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила:	
	а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні	60%
	б) екзартикуляцію в колінному суглобі	70%
	в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100%
Примітка: якщо Страхову виплату здійснено у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.		

ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ

101	Травма ділянки гомілковостопного суглоба:	
	а) перелом однієї кісточки, заднього краю великогомілкової кістки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5%
	б) перелом обох кісточок або перелом однієї кісточки з краєм великогомілкової кістки	10%

	в) перелом обох кісточок з краєм великогомілкової кістки	15%
	г) розрив сухожилля (крім ахіллового сухожилля)	4%
	д) розрив зв'язок	5%
	е) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки	2%
	Примітки: 1. У разі перелому кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжується розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % Страхової суми. 2. Якщо у зв'язку з травмою області гомілковостопного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % Страхової суми. 3. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД).	
102	Травма області гомілковостопного суглоба, що спричинила:	
	а) відсутність рухомості гомілковостопного суглоба	20%
	б) гомілковостопний суглоб, що нестабільний внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	40%
	в) екзартикуляцію у гомілковостопному суглобі	50%
103	Травма Ахіллового сухожилля:	
	а) у разі консервативного лікування	5%
	б) у разі оперативного лікування	15%
СТОПА		
104	Травма стопи:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за виключенням п'яtkової та таранної), розрив зв'язок стопи, що вимагає фіксуючої пов'язки (гіпс, скотчкаст, софткаст, турбокаст, ортез, лонгети)	5%
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10%
	в) перелом, вивих трьох та більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі стопи (Шопара) або передплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	15%
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % Страхової суми. 2. У разі переломів або вивихів кісток стопи, яких Застрахована особа зазнала внаслідок одного Нещасного випадку, Страхова виплата розраховується з урахуванням кожної травми шляхом додавання.	
105	Травма стопи, що спричинила:	
	а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї-двох кісток (за виключенням п'яtkової та таранної кісток)	5%
	б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) трьох та більше кісток, а також п'яtkової або таранної кістки	15%

	в) артродез підтаранного суглоба, поперечного суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лісфранка)	20%
	г) ампутацію на рівні:	
	1) плесно-фалангових суглобів (відсутність всіх пальців стопи)	30%
	2) плеснових кісток або передплесни	40%
	3) таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50%
	Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст. 105 (а, б, в) , здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою стопи, якщо такі ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу; а у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст. 105 (г) - незалежно від терміну, що пройшов з дня отримання травми Застрахованою особою. 2. Якщо Страхову виплату здійснено у зв'язку з ампутацією стопи, додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	

ПАЛЬЦІ СТОПИ

106	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків):	
	а) одного пальця, повний відрив нігтьової пластинки	3%
	б) двох - трьох пальців	5%
	в) чотирьох - п'яти пальців	10%
	Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 3 % Страхової суми.	
107	Травматична ампутація або травма пальців стопи, що спричинила ампутацію:	
	а) першого пальця на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5%
	б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	10%
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5%
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно - фалангових суглобів	10%
	г') трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15%
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно - нігтьових суглобів	20%
	Примітки: 1. Якщо Страхову виплату здійснено згідно зі ст. 107 , додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. Якщо у зв'язку з травмою було проведено ампутацію пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % Страхової суми.	

ІНШІ ТРАВМИ

108	Травма , що спричинила:	
	а) утворення лігатурних свищів	5%
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	10%
	в) остеомієліт, в тому числі гематогенний остеомієліт	20%
	Примітки: 1. Ст.108 застосовується у випадку тромбофлебітів, лімфостазу та порушеннях трофіки, що Застрахована особа зазнала внаслідок травми опорно-рухового апарата (за виключенням ушкодження великих периферійних судин та нервів). 2. Нагнійні запалення пальців стоп не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
109	Травматичний шок, геморрагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою	5%
	Примітка: Страхова виплата за ст. 109 здійснюється додатково до Виплат, здійснених у зв'язку з травмою.	
110	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (удушення), кліщовий або післящепленневий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом , укуси змій, отруйних комах, гостре отруєння внаслідок контакту з отруйними рослинами, правець, ботулізм (у разі відсутності даних щодо ураження внаслідок зазначених подій окремих органів) за стаціонарного лікування:	
	а) 6 - 10 днів	5%
	б) 11 - 20 днів	10%
	в) більше 20 днів	15%
	Примітка: якщо у медичному висновку зазначено, що події, перераховані у ст. 110 , спричинили ушкодження будь-яких органів, Страхова виплата здійснюється згідно з відповідними статтями. Ст. 110 у цьому випадку не застосовується. Алергійні реакції, а також їх ускладнення, отруєння внаслідок вживання рослин, їх екстрактів або інших похідних в якості лікарських засобів нетрадиційної медицини є виключенням.	
111	У разі настання Страхового випадку, що настав в період дії Договору страхування, та не передбачений цією Таблицею, але вимагає безперервного стаціонарного та/або амбулаторного лікування протягом принаймні 10 днів поспіль, Страхова виплата здійснюється в розмірі:	
	а) у разі безперервного лікування тривалістю від 10 до 15 днів включно	2%
	б) у разі безперервного лікування тривалістю понад 15 днів	3%
	Примітка: ст. 111 не застосовується, якщо внаслідок настання Страхового випадку була здійснена Страхова виплата за іншою статтею (статтями) цієї Таблиці	

Доповнення до Таблиці №1 Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку з субхондральним переломом:

Розмір Страхової виплати у разі субхондрального перелому дорівнює 50% від значення розміру Страхової виплати, наведеного в Таблицях травм для кожного відповідного перелому.

**Таблиця №2 Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку
з отриманням опіків та/або обморожень**

Площа опіку (обмороження) (% поверхні тіла)	Ступінь опіку (обмороження) (у відсотках від Страхової суми)			
	II	IIIA	IIIB	IV
0,5 – 5,9	5%	10%	13%	15%
6,0 – 10,9	10%	15%	17%	20%
11,0 – 20,9	15%	20%	25%	35%
21,0 – 30,9	20%	25%	45%	55%
31,0 – 40,9	25%	30%	70%	75%
41,0 – 50,9	30%	40%	85%	90%
51,0 – 60,9	35%	50%	95%	95%
61,0 – 70,9	45%	60%	100%	100%
71,0 – 80,9	55%	70%	100%	100%
81,0 – 90,9	70%	80%	100%	100%
понад 91	90%	95%	100%	100%

Доповнення до Таблиці №2 Страхових виплат, загальних ушкоджень та розмірів Страхової виплати що здійснюються у зв'язку з отриманням опіків та/або обморожень:

- пп.1. У випадку опіків дихальних шляхів – розмір Страхової виплати становить 30% Страхової суми;
- пп.2. У випадку опіків (обморожень) голови та/або шиї суму Страхової виплати буде збільшено на:
- 5%, якщо опік (обмороження) займає площу менше 5% поверхні тіла;
 - 10%, якщо опік (обмороження) займає площу від 5% поверхні тіла.
- пп.3. У випадку опіків (обморожень) в області паху, суму Страхової виплати буде додатково збільшено на 10% Страхової суми;
- пп.4. Обов'язковою умовою для здійснення Страхової виплати у випадках опіків/обморожень площею понад 5% від площі поверхні тіла є наявність документів, що підтверджують факт лікування в умовах стаціонару.
- пп.5. У випадку, якщо в діагнозі вказано площу ушкодження з різними ступенями опіку (обмороження), страхову виплату здійснювати у розмірі відсотку, що відповідає більшій ступені опіку (обмороження) згідно Таблиці №2.

Таблиця № 3 Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку зі зниженням зору через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку:

Гострота зору		Відсоток від Страхової суми
До травми	Після травми	%
1	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	Нижче за 0,1	40
	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
	Нижче за 0,1	40
	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
	Нижче за 0,1	40
	0	50
0,7	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	Нижче за 0,1	30
	0	40

Гострота зору		Відсоток від Страхової суми
До травми	Після травми	%
0,6	0,5	5
	0,4	5
	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	Нижче за 0,1	20
	0	25
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	Нижче за 0,1	15
	0	20
0,4	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	Нижче за 0,1	15
	0	20
0,3	0,2	5
	0,1	5
	Нижче за 0,1	10
	0	20
0,2	0,1	5
	Нижче за 0,1	10
	0	20
0,1	Нижче за 0,1	10
	0	20
Нижче за 0,1	0	20

Доповнення до Таблиці №3 Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку зі зниженням зору через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку:

пп.1. Рішення про виплату Страхової суми у зв'язку з погіршенням гостроти зору внаслідок травми ухвалюється після відповідного лікування, але не раніше ніж через 90 (дев'яносто) календарних днів після отримання травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа має пройти медичне обстеження для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків травм;

пп.2. Якщо немає даних щодо гостроти зору Застрахованої особи до отриманої нею травми ока, то вона вважається такою самою, як гострота зору неушкодженого ока. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявляється нижчою за гостроту зору ушкодженого ока, вважається, що гострота зору ушкодженого ока до отримання травми дорівнювала 1;

пп.3. Якщо обидва ока Застрахованої особи були ушкоджені, і немає даних щодо гостроти їх зору до отримання травми, то вважається, що гострота їхнього зору до отримання травми дорівнювала 1.

Таблиця розмірів Страхових виплат при переломах та опіках

Таблиця переломів та опіків

Розділ	Вид перелому / опіку	Розмір Страхової виплати (у % від Страхової суми за ризиком)
1	Перелом кісток таза (крім куприка)	
1	Множинний перелом (щонайменше один відкритий та один закритий)	100
2	Відкритий перелом	50
3	Множинний перелом	30
4	Закритий перелом (без зміщення)	20
5	Закритий перелом (зі зміщенням)	25
2	Переломи стегна або п'яtkової кістки:	
1	Множинний перелом (щонайменше один відкритий та один закритий)	50
2	Відкритий перелом	40
3	Множинний перелом	30
4	Закритий перелом (без зміщенням)	18
5	Закритий перелом (зі зміщенням)	20
3	Переломи великої гомілкової кістки, плечової кістки, променевої кістки або зап'ястка, п'ястка	
1	Множинний перелом (щонайменше один відкритий та один закритий)	40
2	Відкритий перелом	30
3	Множинний переломи	20
4	Закритий перелом (без зміщення)	15
5	Закритий перелом (зі зміщенням)	18
4	Переломи верхньої або нижньої щелепи, зовнішньої (латеральної) кісточки, внутрішньої (медіальної) кісточки гомілки, ліктьової кістки	
1	Множинний перелом (щонайменше один відкритий та один закритий)	30
2	Всі інші відкриті переломи	20
3	Множинний перелом	16

4	Закритий перелом (без зміщення)	10
5	Закритий перелом (зі зміщенням)	12
5	Переломи лопатки, ключиці, наколінка, грудини, кісток передплісн та плісн	
1	Відкритий перелом	20
2	Закритий перелом (без зміщення)	13
3	Закритий перелом (зі зміщенням)	15
6	Переломи хребта (крім куприка)	
1	Компресійний перелом тіла хребця	20
2	Перелом остистого або поперечного відростка хребця, крижі	7
7	Переломи основи черепа	
8	Переломи лобної, скроневої, тім'яної, потиличної кісток	
1	Зі вдавнення кісткових відламків	30
2	Без вдавнення кісткових відламків	10
9	Переломи кісток лицьового черепа, куприка або малої гомілкової кістки (крім зовнішньої кісточки)	
1	Множинний перелом (щонайменше один відкритий та один закритий)	16
2	Відкритий перелом	12
3	Множинний перелом	8
4	Закритий перелом (без зміщення)	5
5	Закритий перелом (зі зміщенням)	6
10	Переломи ребер	
1	Множинний перелом (щонайменше один відкритий та один закритий) одного ребра	16
2	Відкритий перелом ребра	12
3	Множинний перелом одного ребра (щонайменше один закритий)	8
4	Закритий перелом ребра (без зміщення)	5
5	Закритий перелом ребра (зі зміщенням)	6
11	Переломи пальців	
1	Відкритий перелом	5
2	Закритий перелом	3
12	Опіки	
1	Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією BOO3) площею 27 % поверхні шкіри або більше	100

2	Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 18-26% поверхні шкіри	60
3	Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 9-17% поверхні шкіри	30
4	Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 4,5-8% поверхні шкіри	16
5	Опіки шкіри II та III (за класифікацією ВООЗ) ступенів з ураженням від 0,5% до 4,5% площі поверхні тіла	5
13	Обмороження	
1	Обмороження шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 27 % поверхні шкіри або більше	100
2	Обмороження шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 18-26% поверхні шкіри	60
3	Обмороження шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 9-17% поверхні шкіри	30
4	Обмороження шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 4,5-8% поверхні шкіри	16
5	Обмороження шкіри II та III (за класифікацією ВООЗ) ступенів з ураженням від 0,5% до 4,5% площі поверхні тіла	5

В цій Таблиці наведені нижче терміни матимуть наступне значення:

Опік - пошкодження шкіри, спричинене контактом з джерелами теплової енергії, хімічними речовинами, незалежно від того, чи таке ушкодження є відновлювальним.

Обмороження - пошкодження шкіри, спричинене контактом з холодом, незалежно від того, чи таке ушкодження є відновлювальним.

Перелом - будь-яке травматичне порушення цілісності кістки (тріщина; надлом, злом; розрив), спричинене Нещасним Випадком незалежно від того, чи призвело це до постійної непрацездатності Застрахованої Особи.

Патологічний перелом - будь-який перелом тієї ділянки кістки, яка була вражена вже наявним захворюванням, що ослабляло міцність кістки (в тому числі остеопороз).

Множинний (складний) перелом - перелом кістки у двох і більше місцях. Багатоуламковий перелом кістки з трьома і більше уламками також вважається множинним переломом.

Закритий перелом (без зміщення) - порушення цілісності кістки при якому уламки кістки зберігають своє анатомічне положення (не зміщені відносно один одного) і відсутні порушення шкірних покривів у місці ушкодження.

Закритий перелом (зі зміщенням) - порушення цілісності кістки, при якому уламки кістки зміщені відносно свого нормального анатомічного положення (за довжиною, шириною, під кутом чи ротаційно) і відсутні порушення шкірних покривів у місці ушкодження.

Відкритий перелом - перелом, при якому кісткові відламки порушують цілісність шкіри.

Втомний перелом (стрес-перелом) - порушення цілісності кістки внаслідок її частих систематичних перевантажень («маршова стопа»).

Остеопороз – патологічний стан, який характеризується зменшенням кісткової тканини в одиниці об'єму кістки. Діагноз остеопорозу має бути підтверджений даними денситометрії, рентгенологічного та/або інших об'єктивних методів дослідження.

**Визначення критичного захворювання та розмірів виплат
для ризику «Онкологічне захворювання» (п.5.3.12 Умов)**

1. Визначення критичного захворювання:

1.1. Термін «**хвороба**» або «**захворювання**» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Критичне захворювання - 1 хвороба» для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку Строку страхового покриття за цим ризиком.

1.2. Термін «**критичне захворювання**» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «**Онкологічне захворювання**» для визначення Злоякісного новоутворення зазначеного в п.1.3 цього Додатку.

1.3. Злоякісне новоутворення

Пухлина, що характеризується патологічним, безконтрольним ростом тканини, спричинених порушенням поділу клітин. Діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом. Коды МКХ-10 : C00-C97, D00-D09, C44.

Розмір Страхової виплати залежить від діагнозу:

- у разі діагностування раку (МКХ-10 C00-C97) - **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування неінвазійних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом (МКХ-10 D00-D09) - **25% Страхової суми**;
- у разі діагностування не-меланомних пухлин шкіри (МКХ-10 C44) - **10% Страхової суми**.

**Визначення критичних захворювань та розмірів виплат
для ризику «Критичні захворювання» (п.5.3.13 Умов)**

1. Визначення критичних захворювань/станів

1.1. Термін «**хвороба**» або «**захворювання**» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «**Критичні захворювання**» для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку Строку страхового покриття за цим ризиком.

1.2. Термін «**критичне захворювання**» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «**Критичні захворювання**» для визначення захворювань/ станів / хірургічних втручань, які вказані в п.1.3 – 1.9 цього Додатку.

1.3. Злоякісне новоутворення

Пухлина, що характеризується патологічним, безконтрольним ростом тканин, спричинених порушенням поділу клітин. Діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом. Коды за МКХ-10: C00-C97, D00-D09, C44.

Розмір Страхової виплати залежить від діагнозу:

- у разі діагностування раку (код за МКХ-10 C00-C97) - **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування неінвазивних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом (код за МКХ-10 D00-D09) - **25% Страхової суми**;
- у разі діагностування не-меланомних пухлин шкіри (код за МКХ-10 C44) - **10% Страхової суми**.

1.4. Інфаркт міокарда

Некроз частини серцевого м'язу, внаслідок ішемічної хвороби серця, що відповідає наступним критеріям:

- 1) Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда (біль у грудях);
- 2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту міокарда;
- 3) Діагностично значуще підвищення ферменту креатинкінази МВ;
- 4) Діагностично значуще підвищення тропоніну (Т або І);
- 5) Фракція викиду лівого шлуночку через 3 місяці після випадку або більше, складає менше 50%;
- 6) Свіжі порушення функції серцевих скорочень (гіпокінезія).

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога. Код за МКХ-10 I-21.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми** у разі діагностування першого інфаркту міокарда за наявності будь-яких 3-х або більше із зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення вище.

1.5. Інсульт/інфаркт головного мозку

Гострий цереброваскулярний стан, в тому числі внаслідок нещасного випадку, травми або поранення, що призвів до незворотного некрозу тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, та супроводжується всіма наведеними нижче ознаками:

- 1) Остаточний діагноз, встановлений в умовах відповідного профільного медичного закладу (відділення);
- 2) Наявність типових клінічних симптомів: параліч кінцівок і дизестезія, дефекти полів зору, когнітивна дисфункція, афазія, або утруднення продукування та розуміння мови, апраксія, або втрата здатності виконувати вивчені цілеспрямовані рухи, агнозія, або зниження здатності розуміти значення

сенсорних подразників, порушення пам'яті, концентрації, уваги чи здатності до цілеспрямованої діяльності, порушення візуально-просторового сприйняття, ігнорування одного боку тіла (неглект синдром) , підтверджених лікарем-неврологом не менш ніж через 3 (три) місяці після випадку;

3) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту та підтверджують омертвіння ділянки мозкової тканини, геморагію або емболію.

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-невролога. Код за МКХ-10 I63, I64.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми** у разі наявності всіх зазначених ознак інсульту/інфаркту головного мозку згідно визначення вище.

Виключенням є транзиторні ішемічні атаки.

1.6. Ниркова недостатність

Термінальна стадія захворювання нирок, яка характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, результатом чого є постійне застосування ниркового діалізу: гемодіалізу, перитоніального діалізу або проведення трансплантації нирки від донора. Код за МКХ-10: N18.5.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу.

1.7. Сліпота (Втрата зору)

Повна, клінічно підтверджена та невідновна втрата зору на обидва ока внаслідок хвороби або Нещасного випадку. Сліпота має бути підтверджена висновком лікаря-офтальмолога за умови наявності результатів спеціальних досліджень та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

Критерії оцінки невідновної втрати зору:

- 1) гострота зору 0-0,05 ;
- 2) поле зору – звуження до 10 ° і менше;
- 3) світловідчуття – відсутнє або дезорієнтоване.

Код за МКХ-10 H54.0.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми** у разі сліпоти (втрати зору) на обидва ока.

1.8. Гострий коронарний синдром, що призвів до стентування

Фактично перенесене протягом дії Страхового ризику хірургічне втручання з метою корекції звуження або закупорки однієї або кількох коронарних артерій методом стентування. Цей діагноз має бути підтверджений ангіографічними даними значної обструкції коронарної артерії, та процедура має бути призначена лікарем-кардіологом за медичними показаннями.

Розмір Страхової виплати становить **50% Страхової суми**.

Виплата здійснюється одноразово не залежно від кількості одночасно встановлених стентів.

1.9. Трансплантація життєво важливих органів

Фактично проведена трансплантація серця, легень (однієї, обох або частини), підшлункової залози, цілої нирки, печінки (в тому числі частини печінки) або будь-якої комбінації цих органів, від людини-донора. Факт операції з пересадки має бути засвідчений відповідною медичною документацією.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є: трансплантація, причиною якої є злоякісне онкологічне захворювання, трансплантація печінки (або її частини), причиною якої є ураження печінки внаслідок зловживання алкоголем, а також трансплантація інших органів, їхніх частин, тканин або клітин.

**Визначення критичних захворювань та розмірів виплат
для ризику «Критичні захворювання - розширений перелік» (п.5.3.14 Умов)**

1. Визначення критичних захворювань/станів

1.1. Термін «хвороба» або «захворювання» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «**Критичні захворювання – розширений перелік**» для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку Строку страхового покриття за цим ризиком.

1.2. Термін «**критичне захворювання**» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «**Критичні захворювання – розширений перелік**» для визначення захворювань/ станів / хірургічних втручань, які вказані в п.1.3 – 1.66 цього Додатку.

1.3. Злоякісне новоутворення

Пухлина, що характеризується патологічним, безконтрольним ростом тканин, спричинених порушенням поділу клітин. Діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом. Коди за МКХ-10: C00-C97, D00-D09, C44.

Розмір Страхової виплати залежить від діагнозу:

- у разі діагностування раку (код за МКХ-10 C00-C97) – **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування неінвазивних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом (код за МКХ-10 D00-D09) – **25% Страхової суми**;
- у разі діагностування не-меланомних пухлин шкіри (код за МКХ-10 C44) – **10% Страхової суми**.

1.4. Інфаркт міокарда

Некроз частини серцевого м'язу, внаслідок ішемічної хвороби серця, що відповідає наступним критеріям:

- Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда (біль у грудях);
- Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту міокарда;
- Діагностично значуще підвищення ферменту креатинкінази MB;
- Діагностично значуще підвищення тропоніну (Т або І);
- Фракція викиду лівого шлуночку через 3 місяці після випадку або більше, складає менше 50%;
- Свіжі порушення функції серцевих скорочень (гіпокінезія)

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога. Код за МКХ-10 I-21.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі діагностування першого інфаркту міокарда за наявності будь-яких 3-х або більше з зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення вище - **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування першого інфаркту міокарда за наявності будь-яких 2-х із зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення вище - **25% Страхової суми**.

1.5. Інсульт/інфаркт головного мозку:

Гострий цереброваскулярний стан, в тому числі внаслідок нещасного випадку, травми або поранення, що призвів до незворотного некрозу тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, та супроводжується наведеними нижче ознаками:

- 1) Остаточний діагноз, встановлений в умовах відповідного профільного медичного закладу (відділення);
- 2) Наявність типових клінічних симптомів: параліч кінцівок і дизестезія, дефекти полів зору, когнітивна дисфункція, афазія, або утруднення продукування та розуміння мови, апраксія, або втрата здатності виконувати вивчені цілеспрямовані рухи, агнозія, або зниження здатності розуміти значення сенсорних подразників, порушення пам'яті, концентрації, уваги чи здатності до цілеспрямованої діяльності, порушення візуально-просторового сприйняття, ігнорування одного боку тіла (неглект синдром) підтверджених лікарем-неврологом не менш ніж через 3 (три) місяці після випадку;
- 3) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту та підтверджують омертвіння ділянки мозкової тканини, геморагію або емболію.

Діагноз має бути підтверджений висновком лікаря-невролога. Код за МКХ-10 I63, I64.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі наявності всіх зазначених ознак інсульту/інфаркту головного мозку згідно з визначенням вище - **100% Страхової суми**;
- у разі наявності будь-яких 2-х із зазначених ознак Інсульту/інфаркту головного мозку згідно з визначенням вище - **25% Страхової суми**.

Виключенням є транзиторні ішемічні атаки.

1.6. Аневризма головного мозку

Встановлений спеціалістом – нейрохірургом діагноз аневризми внутрішньочерепних судин, що вимагає оперативного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі проведення нейрохірургічної операції шляхом краніотомії - **100% Страхової суми**;
- у разі проведення емболізації церебральної аневризми - **25% Страхової суми**.

1.7. Доброякісна пухлина головного мозку

Доброякісне новоутворення головного мозку, що викликало пошкодження тканини мозку та було видалено хірургічним шляхом, або, в разі неможливості хірургічного видалення, призвело до стійкого неврологічного дефіциту, зокрема парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що тривають протягом щонайменше 3 (трьох) місяців. Наявність пухлини та наведених вище наслідків мають бути підтверджені лікарем-неврологом або лікарем-нейрохірургом, а також результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) та лабораторних методів дослідження. Виключення є наступні хвороби/стани: кісти, гранульоми, судинні мальформації, гематоми, пухлини гіпофізу або спинного мозку.

Розмір Страхової виплати становить **50% Страхової суми**.

1.8. Ниркова недостатність

Термінальна стадія захворювання нирок, яка характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, результатом чого є постійне застосування ниркового діалізу (гемодіалізу, перитоніального діалізу) або проведення трансплантації нирки від донора.

Код за МКХ-10: N18.5.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу

1.9. Термінальна стадія печінкової недостатності:

Постійна та незворотна печінкова недостатність, що підтверджена висновком лікаря та спричинила все наведене нижче:

- Постійна жовтяниця (показник білірубіну > 2 мг/дл або > 35 мкмоль/л)
- Асцит середнього або важкого ступеню важкості, рефрактерний (не піддається лікуванню)
- Печінкова енцефалопатія.

Код за МКХ-10 К 72.1

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

Виключенням є: печінкова недостатність, обумовлена зловживанням алкоголю або наркотичних речовин.

1.10. Коронарне шунтування

Фактично перенесене протягом дії Страхового ризику хірургічне втручання з розкриттям грудної клітки з метою корекції звуження або закупорки однієї або кількох коронарних артерій методом шунтування. діагноз має бути підтверджений ангіографічними даними обструкції коронарної артерії, та процедура має бути призначена лікарем-кардіологом за медичними показаннями.

Код за МКХ-10 Z 95.1.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

Виключенням є ангіопластика та всі інші внутрішньоартеріальні малоінвазивні втручання, ендоскопічні та лазерні процедури.

1.11. Хірургічне втручання на серцевому клапані

Фактично перенесене вперше хірургічне втручання з метою заміни серцевого клапану або усунення його дисфункції хірургічним шляхом без заміни. Визначення включає заміну аортального, мітрального, тристулкового або пульмонального (клапана легеневої артерії) клапанів серця штучними аналогами внаслідок розвитку стенозу, недостатності клапанів або комбінації цих станів.

Код за МКХ-10 Z 95.2-Z 95.4

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі заміни будь-якого серцевого клапану - **100% Страхової суми;**
- у разі усунення дисфункцій серцевого клапану будь-якої складності без заміни - **25% Страхової суми.**

1.12. Хірургічне втручання на аорті

Фактично перенесене хірургічне втручання за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування аорти (код МКХ-10 I 71). Під терміном «аорта» слід розуміти: грудна та черевна частини аорти, але не її гілки.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі хірургічного втручання за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині - **100% Страхової суми;**
- у разі малоінвазивного внутрішньо-артеріального хірургічного втручання - **25% Страхової суми.**

1.13. Трансплантація життєво важливих органів:

Фактично проведена трансплантація серця, легень (однієї, обох або частини), підшлункової залози, цілої нирки, печінки (в тому числі частини печінки) або будь-якої комбінації цих органів, від людини-донора. Факт операції з пересадки має бути засвідчений відповідною медичною документацією.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

Виключенням є: трансплантація, причиною якої є злоякісне онкологічне захворювання, трансплантація печінки (або її частини), причиною якої є ураження печінки внаслідок зловживання алкоголем, а також трансплантація інших органів, їхніх частин, тканин або клітин .

1.14. Кома

Глибокий патологічний стан втрати свідомості, що характеризується пригніченням функцій кори головного мозку, повною відсутністю реакції на зовнішні подразники та порушенням життєво важливих функцій (дихання, кровообігу), що вимагає негайної реанімації протягом 96 (дев'яноста шести) годин поспіль і більше із застосуванням заходів для підтримання життєдіяльності (інтубація та механічна вентиляція легенів). Цей діагноз має супроводжуватись ураженням головного мозку з відповідними симптомами неврологічного дефіциту, що має бути підтверджено результатами неврологічного дослідження, проведеного не раніше, ніж за 30 днів після настання коми, або періодом перебування в стані коми протягом не менше 60-ти днів.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є: кома, спричинена алкогольною або наркотичною залежністю, а також штучна кома, викликана медичними фахівцями з терапевтичними цілями.

1.15. Розсіяний склероз (РС)

Хронічне аутоімунне захворювання, що уражує центральну нервову систему (ЦНС) і характеризується запаленням, демієлінізацією, гліозом та втратою нейронів.

Розсіяний склероз, має бути підтверджений наступними критеріями:

- 1) Типові симптоми демієлінізації та порушення моторної та сенсорної функцій, що безперервно триває протягом 6 (шести) місяців та більше;
- 2) Належним чином задокументовані 2 (два) загострення та 2 (дві) ремісії названих симптомів та неврологічних дефіцитів в анамнезі.
- 3) Наявність характерних змін у цереброспінальній рідині, нарівні зі специфічними ушкодженнями, які реєструються при МРТ.

Код за МКХ-10 G35.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі, якщо клінічна картина відповідає щонайменше 7-9,5 рівню за розширеною шкалою порушень життєдіяльності (EDSS - Expanded Disability Status Scale) - **100% Страхової суми**;
- у разі, якщо клінічна картина відповідає 4-6,5 рівню за розширеною шкалою порушень життєдіяльності (EDSS - Expanded Disability Status Scale) - **25% Страхової суми**.

1.16. Сліпота (Втрата зору)

Повна, клінічно підтверджена та невідновна втрата зору (на одне або обидва ока) внаслідок хвороби або Нещасного випадку. Сліпота має бути підтверджена висновком лікаря-офтальмолога за умови наявності результатів спеціальних досліджень та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

Критерії оцінки невідновної втрати зору:

- 1) гострота зору 0-0,05 ;
- 2) поле зору – звуження до 10 ° і менше;
- 3) світловідчуття – відсутнє або дезорієнтоване

Коди за МКХ-10 H54.0, H54.4.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі сліпоти (втрати зору) на обидва ока (МКХ-10 H54.0) - **100% Страхової суми**;
- у разі сліпоти (втрати зору) на одне око (МКХ-10 H54.4) - **25% Страхової суми**.

1.17. Глухота (втрата слуху):

Повна та невідновна втрата слуху внаслідок нещасного випадку або хвороби. Діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів на визначення звукового порогу, засвідчений

висновком лікаря - оторіноларинголога (ЛОР - лікаря) та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів (в тому числі слуховим апаратом).

Термін «повна» означає втрату щонайменше 80 децибел на всіх частотах слухового сприйняття.

Розмір Страхової виплати становить:

- у випадку глухоти на обидва вуха - **100% Страхової суми**;
- у випадку глухоти на 1 (одне) вухо - **25% Страхової суми**.

1.18. Втрата мовлення

Повна та незворотна втрата здатності розмовляти як результат травми або захворювання органів мовного апарату. Має бути встановлено, що нездатність розмовляти триває безперервно протягом 6 (шести) місяців. Цей діагноз має бути підтверджено висновком лікаря - оторіноларинголога (ЛОР - лікаря), та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є: всі порушення психогенного характеру, спричинені психічними та/або розумовими розладами. Обов'язковою умовою виплати є надання відповідного висновку лікарем-психіатром.

1.19. Параліч (втрата функцій кінцівок)

Повна та незворотна втрата функції 2 (двох) та більше кінцівок внаслідок травми або захворювання. Цей стан має бути підтверджений відповідними неврологічними показниками та тривати 6 (шість) місяців. Висновок лікаря-невролога або нейрохірурга має містити інформацію, що параліч є постійним без можливості одужання.

Код за МКХ-10 G81-G82, G83.0.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є: ушкодження, завдані самому собі, частковий параліч, тимчасовий післявірусний параліч, параліч, спричинений психологічними станами, синдром Гієна-Барре.

1.20. М'язова дистрофія

Встановлений остаточний діагноз для будь-якої з наступних видів м'язової дистрофії:

- 1.20.1.1. М'язова дистрофія Дюшена (DMD);
- 1.20.1.2. М'язова дистрофія Бекера (BMD);
- 1.20.1.3. М'язова дистрофія Емері-Дрейфуса (EDMD);
- 1.20.1.4. М'язова дистрофія поясно-кінцівкова (LGMD);
- 1.20.1.5. Лицево-лопатково-плечова м'язова дистрофія (FSHD);
- 1.20.1.6. Міотонічна дистрофія або Хвороба Штейнерта (MMD);
- 1.20.1.7. Окулофарингеальна м'язова дистрофія (OPMD);

Цей діагноз має бути підтверджено висновком спеціаліста – невролога на підставі результатів електроміографічного дослідження та біопсії м'язової тканини та неспроможністю Застрахованої особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) «видів щоденної життєдіяльності» протягом не менше 6 (шести) місяців:

- Види щоденної життєдіяльності:

1) Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душу) або миття належної якості за допомогою інших засобів;

2) Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;

3) Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;

4) Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;

5) Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;

6) Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.21. Фульмінантний вірусний гепатит

Субмасивний або масивний некроз печінки викликаний вірусом гепатиту, що призвів до стрімкого розвитку печінкової недостатності. Діагноз має бути підтверджений висновком спеціаліста та супроводжуватися усіма наступними ознаками:

- Стрімке зменшення розміру печінки;
- Некроз із залученням цілих часточок;
- Стрімке погіршення функціональних тестів печінки;
- Прогресуюча жовтяниця;
- Печінкова енцефалопатія.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.22. Первинна легенева гіпертензія

Первинне підвищення тиску у легеневій артерії, яке не можна пояснити, що спричиняє ознаки гіпертензії та недостатності у правих відділах серця. Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога або спеціаліста з респіраторної медицини та усім з наведеного нижче:

- Тиск в легеневій артерії 30 мм рт. ст. або вище;
- ЕКГ ознаки гіпертрофії правої половини серця (зубець R у відведенні V1 та зубець S у відведенні V5 > 1.05 mB/ RV1 та SV5 > 1.05 mV);
- Відсутність можливих причин легеневої гіпертензії - захворювань серця, легень, хронічної тромбоемболії легеневої артерії, аутоімунних захворювань тощо.

Код за МКХ-10 I27.0.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.23. Системний склероз, що прогресує

Системне аутоімунне судинно-колагенове захворювання, що викликає дифузний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів. Цей діагноз має бути підтверджений результатами біопсії та серологічних тестів, а сама хвороба включає випадки системного розповсюдження із залученням серця, легень або нирок.

Виключенням є: вогнищева склеродермія (CREST синдром — кальциноз шкіри, феномен Рейно, стравохідна дискінезія, склеродактилія, телеангіектазія, лінійна склеродермія або кільцеподібна склеродермія (Морфеа)), та інші локальні форми.

Код за МКХ-10 M34.0.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.24. Термінальна стадія захворювання легень

Термінальна стадія захворювання легень, що спричиняє хронічну дихальну недостатність, підтверджена висновком лікаря-пульмонолога та відповідає всім наведеним нижче критеріям:

- Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення менше ніж 1 літр. Вимірювання має відбуватися 3 рази із інтервалом в 1 (один місяць); та
- Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії; та
- Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше ($PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.).

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.25. Хвороба рухових/моторних нейронів

Діагноз хвороба рухових нейронів (боковий аміотрофічний склероз, первинний латеральний склероз, прогресуючий бульбарний параліч, псевдобульбарний параліч), підтверджений лікарем неврологом, а також результатами електроміографії і електронейрографії, Захворювання має виявлятися в постійній неможливості самостійно виконувати щонайменше 3-х з наступних видів щоденної життєдіяльності:

- Види щоденної життєдіяльності:

- a. Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- b. Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- c. Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- d. Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- e. Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- f. Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Висновок щодо здатності виконувати види щоденної життєдіяльності має бути наданий профільним лікарем або лікарсько-консультативною комісією закладу охорони здоров'я.

Код за МКХ-10 G12.2.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.26. Хвороба Паркінсона:

Діагноз хвороби Паркінсона встановлений лікарем-неврологом, що погіршується та не піддається медикаментозній корекції.

Код за МКХ-10 G20.

Розмір Страхової виплати становить:

- **100% Страхової суми** у разі наявності стійкого неврологічного дефіциту, що унеможливорює самостійне виконання Застрахованою особою щонайменше 3-х з наступних видів щоденної життєдіяльності:
 - o Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
 - o Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
 - o Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
 - o Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
 - o Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
 - o Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.
- **25% Страхової суми** у разі полегшеної форми за наявності наступних характерних симптомів, що повторюються, поєднаних з необхідністю постійної медикаментозної терапії:
 - o Брадикинезія (аномальна повільність руху, фізичних та розумових реакцій);
 - o Тремор;
 - o Закляклість м'язів;
 - o Нестійка постава.

Висновок щодо здатності виконувати види щоденної життєдіяльності має бути наданий профільним лікарем або лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) закладу охорони здоров'я.

Виключенням є: Паркінсонізм, викликаний вживанням наркотичних речовин або отруєнням різними хімічними сполуками,.

1.27. Апластична анемія

Хронічне, стійке ураження кісткового мозку, що викликає анемію, лейкоцитопенію, нейтропенію та тромбоцитопенію та вимагає лікування хоча б одним з таких методів:

- Використання стимуляторів кісткового мозку;
- Використання імуносупресорів;
- Трансплантація кісткового мозку.

Застрахована особа має отримувати лікування протягом принаймні 3 (трьох) послідовних місяців. Діагноз має бути підтверджено біопсією кісткового мозку та висновком лікаря-гематолога.

Код за МКХ-10 D61.3, D61.8, D61.9.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.28. Черезшкірна транслюмінальна коронарна ангіопластика

Хірургічне втручання з метою лікування ішемічної хвороби серця шляхом усування звуження або непрохідності однієї чи декількох коронарних артерій за допомогою черезшкірної ендоваскулярної техніки.

Розмір Страхової виплати становить **10% Страхової суми**.

1.29. Енцефаліт

Тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбура або мозочка), що викликане вірусною або бактеріальною інфекцією та призводить до постійного неврологічного дефіциту. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом або лікарем-інфекціоністом на підставі результатів об'єктивних досліджень (аналіз крові та цереброспінальної рідини, наявності вірусної/бактеріальної інфекції в досліджених матеріалах, комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку, електороенцефалограма, серологічні лабораторні дослідження)

Код за МКХ-10 A83 - A86.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі встановлення діагнозу та госпіталізації - **10% Страхової суми**;
- у разі встановлення діагнозу та встановлення будь-якої групи інвалідності за цим захворюванням Застрахованій особі протягом строку дії ризику - **100% Страхової суми**.

1.30. Бактеріальний менінгіт

Бактеріальна інфекція, що призводить до тяжкого запалення оболонок головного мозку або спинного мозку, що має бути підтверджено результатами спеціальних досліджень (аналіз крові та цереброспінальної рідини, наявності бактеріальної інфекції в спинномозковій рідині при люмбальній пункції, комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку) та висновком лікаря-невролога та/або лікаря-інфекціоніста.

Код за МКХ-10 G00.0 - G.00.9, A39.0.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі встановлення діагнозу та невідкладної госпіталізації - **10% Страхової суми**. Термін «невідкладна госпіталізація» означає надання стаціонарної медичної допомоги за призначенням лікаря, коли потрібна госпіталізація протягом 24 годин;
- у разі встановлення діагнозу та підтвердження наявності стійкого неврологічного дефіциту шляхом його документування протягом щонайменше 3-х місяців - **100% Страхової суми**.

1.31. Системний червоний вовчак

Полісистемне, поліфакторіальне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антитіл до власної тканини. Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом та відповідати наявним 4 з 17 класифікаційних критеріїв системного червоного вовчаку (щонайменше один з 4 критеріїв є клінічним і один - імунологічним або у пацієнта є підтверджений біопсією нефрит, що обумовлений СЧВ, і наявні антинуклеарні антитіла або антитіла до нативної ДНК).

Код за МКХ-10 M32.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є: Дискоїдний червоний вовчак та червоний вовчак, викликаний вживанням наркотичних речовин.

1.32. Апатичний синдром

Розповсюджене пошкодження кори головного мозку внаслідок захворювання або нещасного випадку, що супроводжується порушенням когнітивних здібностей, з непошкодженим стовбуром головного мозку та збереженням вегетативних функцій. Цей діагноз має бути чітко підтверджений лікарем-неврологом профільного медичного закладу. Тривалість цього стану не менше 1 (одного) місяця має бути підтверджена медичними документами.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є: стан який розвинувся в наслідок зловживання алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин.

1.33. Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція

Хронічна дегенерація мозкової тканини, що прогресує та призводить до постійної деменції, втрати пам'яті, розумових розладів, що унеможливорює самостійне існування та потребує постійної турботи від інших. Захворювання має проявлятися усіма вказаними нижче симптомами та умовами:

- 1) Втрата когнітивних здібностей із порушенням пам'яті та розумових операцій (встановлення послідовності, планування, підсумовування тощо), що призводять до істотного зниження розумових і соціальних здібностей; та
- 2) Зміна особистості; та
- 3) Поступове та постійне зниження когнітивних функцій; та
- 4) Типові результати нейропсихологічних досліджень та достовірних візуальних методів діагностики (комп'ютерної томографії тощо); та
- 5) Необхідність цілодобового щоденного догляду за Застрахованою Особою (у віці до 65 років);

та

6) Неспроможність Застрахованої Особи користуватися телефоном, здійснювати покупки, управляти фінансами; та

7) Неспроможність Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) «видів щоденної життєдіяльності» протягом 6 (шести) місяців і більше:

Види щоденної життєдіяльності:

g. Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;

h. Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;

- i. Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
 - j. Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
 - k. Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
 - l. Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.
- Діагноз має бути встановлено лікарем – неврологом, психіатром на підставі результатів діагностики (комп'ютерна, магнітно-резонансна або позитронна емісійна томографія головного мозку), згідно з законодавчо затвердженими медичними стандартами.

Код за МКХ-10 G30..., F00.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі неможливості самостійного виконання Застрахованою особою щонайменше 3-х з вищезазначених видів щоденної життєдіяльності протягом 6-ти місяців і більше - **100% Страхової суми**;
- у разі неможливості самостійного виконання Застрахованою особою щонайменше 1-єї з вищезазначених видів щоденної життєдіяльності протягом 6-ти місяців і більше - **25% Страхової суми**.

Виключенням є неорганічні хвороби, такі як невроз та психіатричні хвороби, пошкодження головного мозку, пов'язані з вживанням алкоголю та/або наркотичних речовин.

1.34. Хвороба Крона

Хронічне неспецифічне гранулематозне запалення шлунково-кишкового тракту з трансмуральним характером ураження.

Діагноз має бути встановлено лікарем гастроентерологом на підставі результатів обстежень: колоноскопія із біопсією, МР-ентерографія, лабораторно фекальний кальпротектин, капсульна ендоскопія, МРТ/КТ діагностика. Код за МКХ-10 K50.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі хірургічного втручання внаслідок встановлення чіткого діагнозу на підставі гістопатологічного дослідження - **100% Страхової суми**. Обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати є наявність підтвердження перфорації кишкового тракту та/або обструкції або нориця кишечника або іншої підстави для здійснення хірургічного втручання;
- у разі встановлення чіткого діагнозу на підставі гістопатологічного дослідження, що вимагає госпіталізації - **10% Страхової суми**.

1.35. Виразковий коліт

Діагноз виразкового коліту (хронічного запально-виразкового захворювання слизової оболонки товстої кишки) має бути встановлений на підставі результатів гістопатологічного дослідження, що вимагає хірургічного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати. Код за МКХ-10 K51.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.36. Інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)

Факт інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) внаслідок переливання крові або її компонентів в спеціалізованому медичному закладі, розташованому на території України, країн Європейського Союзу, США, Канади, Японії, Великої Британії, Норвегії, Швейцарії, Ісландії, Ліхтенштейну або внаслідок виконання професійних обов'язків, що підтверджене відповідним судовим рішенням.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.37. Сепсис

Синдром системної запальної відповіді, що виникає як реакція на інфекційний процес та характеризується наявністю мікроорганізмів в крові та відмовою органів. Діагноз має бути однозначно підтверджений відповідними спеціалістами, ґрунтуватися на клінічних дослідженнях у поєднанні з результатами бактеріологічного посіву, що вказують на наявність інфекції та супроводжується госпіталізацією до відділення реанімації (інтенсивної терапії) щонайменше на 72 години.

Код за МКХ-10 A40.0 - A40.3, A40.9, A41.0 – A41.5, A 41.9, R65.1.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.38. Пращець

Гостре специфічне бактеріальне інфекційне захворювання нервової системи, спричинене нейротоксином, виробленим *Clostridium tetani*. Діагноз має бути підтверджений лікарем на підставі результатів лабораторних досліджень.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.39. Бактеріальний ендокардит

Гостре інфекційне ураження власних клапанів серця за відсутності сторонніх тіл в серцево-судинній системі. Діагноз має бути однозначно підтверджений відповідними спеціалістами та ґрунтуватись на клінічних обстеженнях законодавчо затвердженими медичними стандартами.

Розмір Страхової виплати становить **50% Страхової суми.**

1.40. Хвороба Кройцфельд(т)а-Якоба

Прогресуюче дегенеративне захворювання центральної нервової системи, що належить до групи пріонних хвороб (губчастоподібних енцефалопатій). Діагноз має бути встановлений та підтверджений спеціалістом – неврологом. , Характеризується деменцією, що прогресує та міоклонічними судомою, що призводить до когнітивних порушень та постійного неврологічного дефіциту, наслідком чого є неможливість виконувати щонайменше 3 з наступних видів щоденної життєдіяльності.

• Види щоденної життєдіяльності:

- a. Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- b. Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- c. Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- d. Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- e. Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечника та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- f. Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Код за МКХ-10 A81.0.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.41. Туберкульоз

Встановлений спеціалістом – фтізіатром та підтверджений результатами бактеріальних досліджень діагноз інфекційного ураження легень (легенева форма туберкульозу) та/або інших органів (позалегенева

форма туберкульозу: кістки, суглоби, сечостатева система, мозкові оболонки тощо), викликаного бактеріями *Mycobacterium tuberculosis*, що має активну форму відповідними клінічними та рентгенологічними ознаками ураження органів та вимагає антибактеріального лікування.

Код за МКХ-10 A15-A19

Розмір Страхової виплати становить **10% Страхової суми**.

1.42. Легенева емболія

Масивна легенева емболія, що підтверджена відповідними медичними висновками та вимагає невідкладного хірургічного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10 I26.0.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.43. Хвороба Лайма (Бореліоз)

Чітко встановлений діагноз інфекційного ураження, викликаного *Borrelia burgdorferi* внаслідок укусу кліща, що підтверджено результатами імунологічних досліджень, супроводжується різноманітними симптомами ураження органів, вимагає госпіталізації та має об'єктивні клінічні прояви **II або III стадії** (дисемінована або хронічна форми).

Код за МКХ-10 A69.2.

Розмір Страхової виплати становить **10% Страхової суми**.

1.44. Абсцес головного мозку

Діагноз абсцес головного мозку, має бути підтверджено результатами гістопатологічних досліджень та вимагає невідкладного хірургічного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.45. Кардіоміопатія

Кардіоміопатія — це група незапальних захворювань, для яких характерне ураження серцевого м'язу (міокард), що супроводжується серцевою недостатністю, аритмією та збільшенням серцевих камер (передсердь і шлуночків). Діагноз має бути встановлений лікарем-кардіологом і підтверджений результатами інструментальних досліджень (зокрема ехокардіографії, МРТ серця або інших методів інструментальних досліджень).

Код за МКХ-10 I42.9.

Розмір Страхової виплати становить:

- **100% Страхової суми** в разі, якщо клас серцевої недостатності за функціональною класифікацією Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів є щонайменше 4-м- Неможливість будь-якої фізичної активності без виникнення дискомфорту. Можуть бути скарги у спокої. За будь-якої фізичної активності дискомфорт посилюється
- **50% Страхової суми** в разі, якщо клас серцевої недостатності за функціональною класифікацією Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів є щонайменше 3-м : Істотне обмеження фізичної активності.

Комфортне самопочуття у спокої, проте фізична активність нижча за звичайну й зумовлює значну задишку, втомлюваність або серцебиття

1.46. Церебральна гідатидна (ехінококова) кіста

Церебральна кіста, викликана стрічковим гельмінтом *Echinococcus granulosus*, що вимагає невідкладного хірургічного втручання та підтверджена результатами мікроскопічного дослідження. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10 B67.9.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.47. Малярія

Гостра антропонозна протозойна хвороба, спричинена паразитами роду (*Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae* та *Plasmodium falciparum*) та супроводжується лихоманкою, треморами та іншими симптомами – головним болем та болем у м'язах, нудотою, блюванням, діареєю, задишкою, неврологічними розладами тощо. Для цілей цього ризику страховим випадком вважається підтверджена форма захворювання, що характеризується циклічними нападами лихоманки, анемією та спленомегалією). діагноз має бути встановлений інфекціоністом на підставі клінічних симптомів та підтверджений результатами будь якого з наступних досліджень:

- Виявлення плазмодіїв в мазках крові;
- Виявлення нуклеїнових кислот плазмодіїв в крові;
- Виявлення специфічного антигену до плазмодіїв.

Код за МКХ-10 B50.-B54.

Розмір Страхової виплати становить **50% Страхової суми**.

1.48. Холера

Гостре інфекційне захворювання, викликане холерним вібрионом. Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом на підставі чіткої клінічної картини – блювання та діареї та підтверджений результатами лабораторних досліджень, а саме:

- Виділенням холерного вібриону з клінічного матеріалу Застрахованої особи;
- Наявністю специфічного антигену до холерного вібриона в клінічному матеріалі Застрахованої особи;
- Наявністю холерного ентеротоксину або генетичного матеріалу холерного ентеротоксину в клінічному матеріалі Застрахованої особи.

Код за МКХ-10 A00 .

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми**.

1.49. Жовта лихоманка

Гостре трансмісивне вірусне захворювання, спричинене арбовірусом роду *Flaviviridae*. Діагноз має бути встановлений спеціалістом – інфекціоністом на підставі епідеміологічних даних – наявності підтвердженого факту перебування Застрахованої особи в місцевості, де мав місце підтверджений спалах жовтої лихоманки під час такого спалаху та підтверджений результатами будь якого з наступних досліджень:

- Виділенням вірусу жовтої лихоманки з клінічного матеріалу Застрахованої особи;
- Виявлення нуклеїнових кислот вірусу жовтої лихоманки;
- Виявлення специфічного антигену до вірусу жовтої лихоманки;
- Виявлення специфічних антитіл до вірусу жовтої лихоманки.

Код за МКХ-10 A95.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.50. Шистосомоз (більгарціоз)

Паразитарне захворювання, викликане кров'яними сисунами – гельмінтами роду *Schistosoma* та супроводжується лихоманкою, кашлем, діареєю, болем у шлунку, збільшеною печінкою та селезінкою. Діагноз має бути встановленим спеціалістом – інфекціоністом на підставі результатів гістопатологічних, серологічних та паразитологічних досліджень.

Код за МКХ-10 B65.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.51. Тиреоїдит Хашимото

Діагноз встановлений спеціалістом – ендокринологом лімфоцитарного тиреоїдиту (Тиреоїдит Хашимото), на підставі результатів гістопатологічного аналізу біопсії щитоподібної залози та наявності підвищеного рівня антитіл до тиреопероксидази або неспецифічних антитиреоглобулінових антитіл.

Код за МКХ-10 E06.3.

Розмір Страхової виплати становить **10% Страхової суми.**

1.52. Лихоманка Денге

Встановлений спеціалістом — інфекціоністом діагноз лихоманки Денге — гострої вірусної інфекції, спричиненої вірусом Денге (DENV 1–4), **що супроводжується лихоманкою та щонайменше двома з таких проявів:**

- сильний головний або ретробульбарний біль;
- біль у м'язах або суглобах;
- висип;
- геморагічні прояви;
- лейкопенія,

та підтверджений позитивним специфічним лабораторним дослідженням на DENV: RT-PCR/NAAT, антиген NS1 або серологічним підтвердженням гострої інфекції.

Код за МКХ-10 A97.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.53. Сказ

Гостра контактна зоонозна інфекційна хвороба, яку спричинює нейротропний вірус сказу із роду *Lyssavirus*. Характеризується розвитком специфічного енцефаліту що призводить до незворотного ураження життєво важливих центрів головного мозку. Діагноз має бути встановлено компетентним фахівцем (терапевтом або інфекціоністом) на підставі клінічної картини (наявність хоча б однієї з фаз — збудження (гідрофобія, аерофобія, фотофобія, судоми, психомоторне збудження), паралітичної форми («тихий сказ»)), лабораторного підтвердження (прижиттєвого або посмертного виявлення антигену вірусу або РНК вірусу методом ПЛР у відбитках рогівки, біоптаті шкіри потилиці або в спинномозковій рідині) та медичної документації.

Код за МКХ-10 A82.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.54. Ботулізм

Гостре токсико-інфекційне захворювання зумовлене дією ботулотоксину, який продукується бактерією *Clostridium botulinum*. Характеризується прогресуючим ураженням центральної та вегетативної нервової системи з розвитком низхідних м'явих паралічів, порушенням зору, мовлення, ковтання, м'язовою слабкістю та паралічем, із ризиком розвитку дихальної недостатності. Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом або іншим компетентним лікарем на основі клінічних симптомів та підтверджений відповідними лабораторними методами (виявлення ботулотоксину в сироватці крові, блювотних масах або залишках харчових продуктів (методом біологічної проби на мишах або ІФА/ПЛР)).

Код за МКХ-10 A05.1.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми**.

1.55. Сибірка, легенева форма

Найтяжча клінічна форма гострої особливо небезпечної інфекційної хвороби, що виникає внаслідок інгаляційного потрапляння спор бактерії *Bacillus anthracis* у дихальні шляхи, що характеризується розвитком специфічного геморагічного медіастиніту (запалення середостіння), некротизуючої пневмонії та важкої системної інтоксикації.

Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом на підставі клінічної картини та підтверджений лабораторними дослідженнями (виділення культури *B. anthracis* із крові, мокротиння або плевральної рідини, позитивний результат ПЛР-тесту на наявність ДНК збудника, виявлення специфічних антигенів або чотирикратне зростання титру антитіл у парних сироватках).

Код за МКХ-10 A22.1.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.56. Амебний енцефаліт паразитарне захворювання центральної нервової системи, спричинене вільноживучими амебами (*Naegleria fowleri*, *Acanthamoeba* або *Balamuthia mandrillaris*) , яке характеризується запаленням головного мозку та/або його оболонок, швидким прогресуванням неврологічних порушень, високим ризиком незворотніх уражень центральної нервової системи. Діагноз має бути підтверджений лікарем-неврологом за результатами інструментальних (КТ/МРТ) та лабораторних (аналіз спинномозкової рідини) досліджень. Випадок визнається страховим за умови, що захворювання призвело до тяжких неврологічних проявів, що загрожують життю та потребувало госпіталізації.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми**.

1.57. Гангрена Фурньє - гостра форма некротизуючого фасціїту зовнішніх статевих органів, промежини та періанальної ділянки. Захворювання має полімікробну етіологію (спричиняється синергічною дією аеробних та анаеробних бактерій) і супроводжується швидкою деструкцією підшкірної клітковини та фасцій з розвитком системної інтоксикації та септичного шоку. Страховим випадком вважається підтверджена гангрена Фурньє, що потребувала радикального хірургічного втручання. Діагноз має бути встановлений лікарем-хірургом та підтверджений інтраопераційними даними та/або лабораторними чи інструментальними дослідженнями (бактеріологічне дослідження, КТ/МРТ).

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми**.

1.58. Меліоїдоз або Сеп

Гостре інфекційне захворювання, що характеризується розвитком сепсису з утворенням абсцесів у різних органах і тканинах з високою токсичністю і ризиком сепсису. Діагноз має бути встановлений лікарем-інфекціоністом та підтверджений бактеріологічним виділенням збудника ***Burkholderia mallei***,

серологічними або молекулярно-генетичними методами. Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.

Коди за МКХ-10: A24.1–A24.4 — Меліоїдоз; A24.0 — Сап.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.59. Хвороба Шагаса

Трансмісивне паразитарне інфекційне захворювання, спричинене *Trypanosoma cruzi*, з гострим перебігом, що характеризується ураженням серцево-судинної та /або травної системи, із ризиком розвитку кардіоміопатії, аритмії, серцевої недостатності, мегаколону або мегаезофагу. Діагноз має бути встановлений лікарем-інфекціоністом та підтверджений лабораторними методами діагностики (мікроскопія, серологічні тести, ПЛР).

Код за МКХ-10: B57.0, B57.1.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.60. Хвороба, викликана вірусом Ебола – гостра важка вірусна інфекція, спричинена РНК-вірусом роду *Ebolavirus* (родини *Filoviridae*)., що має підтверджуватися наявністю сильних загальних симптомів лихоманки та щонайменше двома наступних специфічних клінічних проявів:

- Вираженою інтоксикацією;
- Геморагічним синдромом;
- Ураженням внутрішніх органів.

Діагноз має бути встановлений лікарем-інфекціоністом та підтверджений лабораторними методами діагностики (Виявлення РНК вірусу в плазмі крові або інших біологічних рідинах методом **ПЛР (RT-PCR)**, виявлення антигенів вірусу (метод ІФА),).

Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10: A98.4.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.61. Хвороба, викликана вірусом Марбург.

Гостра інфекційна хвороба, спричинена РНК-вмісним вірусом роду *Marburgvirus* (родини *Filoviridae*). Захворювання супроводжується системним ураженням судинного ендотелію, розвитком масивного геморагічного синдрому, тяжкою інтоксикацією та поліорганною недостатністю та щонайменше двома з наступних специфічних клінічних проявів:

- Важкі кишково-шлункові розлади (діарея, блювання, спазми в животі);
- Гемарагічний синдром (кровотечі);
- Ураження центральної нервової системи.

Діагноз також має бути підтверджений результатами лабораторних досліджень – ПЛР або ІФА.

Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10: A98.3.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.62. Черевний тиф

Системне інфекційне захворювання, спричинене бактерією *Salmonella typhi*. Хвороба має циклічний перебіг і супроводжується тривалою гарячкою, розладами сну, характерним висипом (розеолами) та гепатоспленомегалією.

Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом з урахуванням клінічних симптомів та лабораторних досліджень шляхом виділення збудника з крові/калу/кісткового мозку або серологічних тестів.

Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10: A01.0.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.63. Філяріатоз

Група тропічних гельмінтозів, спричинених нематодами роду *Filarioidea*, може призводити до ураження лімфатичної системи (лімфатичний філяріатоз), шкіри або очей. Захворювання може спричиняти хронічні ураження, включаючи лімфедему, слоноподібність кінцівок, ураження органів зору. Діагноз має бути підтверджений лікарем інфекціоністом або паразитологом на підставі лабораторних досліджень (виявлення мікрофілярій у крові або ПЛР). Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10: B74.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.64. Лихоманка Чикунгунья

Гостра трансмісивна вірусна інфекція, спричинена РНК-вірусом роду *Alphavirus* (родини *Togaviridae*), що характеризується тріадою симптомів: раптовою високою гарячкою, вираженими артралгіями (болем у суглобах) та макулопапульозним висипом. Умовою для здійснення страхової виплати є факт госпіталізації або розвиток деструктивного артриту, що триває понад 3 місяці та обмежує рухливість.

Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом та підтверджений лабораторними дослідженнями (ПЛР, серологічні тести на IgM/IgG) відповідно до міжнародних стандартів.

Код за МКХ-10: A92.0.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.65. Лихоманка Ласса

Гостре зоонозне вірусне захворювання, спричинене аренавірусом (*Lassa marmarenavirus*). Характеризується системним ураженням судин, розвитком тяжкого геморагічного синдрому, набряком обличчя та шиї, а також частим ураженням органів слуху.

Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом та підтверджений лабораторними дослідженнями (ПЛР, серологічні тести на IgM/IgG) відповідно до міжнародних стандартів.

Код за МКХ-10: A96.2.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми.**

1.66. Лихоманка Західного Нілу

Гостра вірусна трансмісивна хвороба, спричинена РНК-вірусом роду *Flavivirus*. Діагноз може бути поставлений лікарем інфекціоністом або неврологом (при неврологічних формах) та підтверджений лабораторними дослідженнями (ПЛР, серологічні тести на IgM/IgG) відповідно до міжнародних стандартів.

Страховим випадком вважається вперше встановлений діагноз за умови документального підтвердження ураження центральної нервової системи (ЦНС). Виплата проводиться за фактом встановлення діагнозу «нейроінвазивна форма», яка має наступні клінічні прояви (один з перелічених):

1. **Енцефаліт:** запалення головного мозку з порушенням свідомості, судомами або вогнищевою симптоматикою;
2. **Менінгіт:** запалення мозкових оболонок із вираженим менінгіальним синдромом та змінами у лікворі;
3. **Гострий в'ялий параліч:** гостре ураження рухових нейронів, що клінічно нагадує поліомієліт.

Код за МКХ-10: A92.3.

Розмір Страхової виплати становить **25% Страхової суми**.

**Визначення термінів
для ризику «Жіноче критичне захворювання» (п.5.3.15 Умов)**

1.1. Термін **«хвороба»** або **«захворювання»** використовується у Договорі для цілей Страхового ризику **«Жіноче критичне захворювання»** для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку Строку страхового покриття за цим ризиком.

1.2. Термін **«критичне захворювання»** використовується у Договорі для цілей Страхового ризику **«Жіноче критичне захворювання»** для визначення «злоякісного новоутворення».

1.3. Термін **«Злоякісне новоутворення»** використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику **«Жіноче критичне захворювання»** для визначення злоякісної пухлини жіночого статевого або репродуктивного органу, яка характеризується неконтрольованим ростом та поширенням злоякісних клітин з інвазією у нормальну тканину жіночого статевого або репродуктивного органу, якщо це не є прямим наслідком метастаз або злоякісного новоутворення інших органів, які є місцем локалізації первинної пухлини. В цілях цього Страхового ризику до даного поняття не включаються пухлини, які гістологічно означені як доброякісні або неінвазивні, або пухлини з ознаками злоякісних змін у вигляді carcinoma-in-situ, включаючи T1N0M0 карциномою та карциномою молочної залози менше 2 см в діаметрі (окрім випадків, коли з приводу такого діагнозу Застрахованій Особі було проведено операцію з видалення такої пухлини, що мала своїм наслідком видалення всього органу Застрахованої особи, що був уражений пухлиною), дисплазією шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3, а також усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції.

1.4. Термін **«жіночий статевий або репродуктивний орган»**, який використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику **«Жіноче критичне захворювання»**, включає молочні залози, піхву, шийку матки, матку, фаллопієві (маткові) труби та яєчники.

1.5. Терміни **«діагноз»/«діагностування»/«встановлення діагнозу»** використовуються у Договорі страхування для цілей Страхового ризику **«Жіноче критичне захворювання»** для визначення заключного діагнозу, встановленого кваліфікованим лікарем та підтвердженого гістологічним висновком, який свідчить про те, що Застрахована особа має захворювання, що є Страховим випадком за Страховим ризиком **«Жіноче критичне захворювання»**. На вимогу Страховика Страхувальник зобов'язаний пройти за рахунок Страховика медичне обстеження у кваліфікованого лікаря, визначеного Страховиком.

1.6. Інші терміни застосовуються відповідно до визначень наведених Умовах та законодавстві.

**Визначення критичних захворювань та розмірів виплат
для ризику «Чоловіче критичне захворювання» (п.5.3.16 Умов)**

1. Визначення критичних захворювань/станів

1.1. Термін «**хвороба**» або «**захворювання**» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Чоловіче критичне захворювання» для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку Строку страхового покриття за цим ризиком.

1.2. Термін «**критичне захворювання**» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Чоловіче критичне захворювання» для визначення Злоякісного новоутворення статевого або репродуктивного органу, Інфаркту міокарда та Інсульту/інфаркту головного мозку, згідно з п.1.3 – 1.5 цього Додатку.

1.3. Злоякісне новоутворення статевого або репродуктивного органу Пухлина передміхурової залози (простати), статевого члену або сім'яної залози (яєчка), що характеризується патологічним, безконтрольним ростом тканин, спричинених порушенням поділу клітин. Діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі діагностування злоякісного новоутворення локалізованого у передміхуровій залозі (простаті), статевому члені або сім'яній залозі (яєчку) за виключенням пухлин, гістологічно описаних, як доброякісні та наведених нижче - **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування неінвазивних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом, локалізованих у передміхуровій залозі (простаті), статевому члені або сім'яній залозі (яєчку) - **25% Страхової суми**.

1.4. Інфаркт міокарда

Некроз частини серцевого м'язу, внаслідок ішемічної хвороби серця, що відповідає наступним критеріям:

- 1) Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда (біль у грудях);
- 2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту міокарда;
- 3) Діагностично значуще підвищення ферменту креатинкінази MB;
- 4) Діагностично значуще підвищення Тропоніну (Т або I);
- 5) Фракція викиду лівого шлуночку через 3 місяці після випадку або більше, складає менше 50%;
- 6) Свіжі порушення функції серцевих скорочень (гіпокінезія).

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога. Код за МКХ-10 I-21.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі діагностування інфаркту міокарда за наявності будь-яких 3-х або більше з зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення вище - **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування інфаркту міокарда за наявності будь-яких 2-х із зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення вище - **25% Страхової суми**.

1.5. Інсульт/інфаркт головного мозку

Гострий цереброваскулярний стан, в тому числі внаслідок нещасного випадку, травми або поранення, що призвів до незворотного некрозу тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, що супроводжується наведеними нижче ознаками:

- 1) Остаточний діагноз, встановлений в умовах відповідного профільного медичного закладу (відділення);
- 2) Наявність типових клінічних симптомів: параліч кінцівок і дизестезія, дефекти полів зору, когнітивна дисфункція, афазія, або утруднення продукування та розуміння мови, апраксія, або втрата здатності виконувати вивчені цілеспрямовані рухи, агнозія, або зниження здатності розуміти значення сенсорних подразників, порушення пам'яті, концентрації, уваги чи здатності до цілеспрямованої діяльності, порушення візуально-просторового сприйняття, ігнорування одного боку тіла (неглект синдром), підтверджених лікарем-неврологом не менш ніж через 3 (три) місяці після випадку;
- 3) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту та підтверджують омертвіння ділянки мозкової тканини, геморагію або емболію.

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-невролога. Код за МКХ-10 I63, I64.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі наявності всіх зазначених ознак Інсульту/інфаркту головного мозку згідно з визначенням вище - **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування Інсульту/інфаркту головного мозку при наявності будь-яких 2-х із зазначених вище ознак Інсульту/інфаркту головного мозку згідно визначення вище - **25% Страхової суми**.

Виключенням є транзиторні ішемічні атаки.

**Визначення критичних захворювань та розмірів виплат
для ризику «Дитяче критичне захворювання» (п.5.3.17 Умов)**

1. Визначення критичних захворювань/станів

1.1. Термін «хвороба» або «захворювання» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Дитяче критичне захворювання» для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку Строку страхового покриття за цим ризиком.

1.2. Термін «критичне захворювання» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Дитяче критичне захворювання» для визначення захворювань/ станів / хірургічних втручань, які вказані в п.1.3 – 1.22 цього Додатку.

1.3. Злоякісне новоутворення:

Пухлина, що характеризується патологічним, безконтрольним ростом тканин, спричинених порушенням поділу клітин. Діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом. Коди за МКХ-10: C00-C97, D00-D09, C44.

Розмір Страхової виплати залежить від діагнозу:

- у разі діагностування раку (код за МКХ-10 C00-C97) – **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування неінвазивних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом (код за МКХ-10 D00-D09) – **25% Страхової суми**;
- у разі діагностування не-меланомних пухлин шкіри (код за МКХ-10 C44) – **10% Страхової суми**.

1.4. Апластична анемія

Хронічне стійке ураження кісткового мозку, що викликає анемію, лейкоцитопенію, нейтропенію і тромбоцитопенію та вимагає лікування хоча б одним з таких методів:

- 1) Використання стимуляторів кісткового мозку;
- 2) Використання імуносупресорів;
- 3) Трансплантація кісткового мозку.

Застрахована особа має отримувати лікування протягом принаймні 3 (трьох) послідовних місяців. Діагноз має бути підтверджено біопсією кісткового мозку та висновком лікаря-гематолога.

Розмір Страхової виплати становить:

- у випадку проведення лікування методами, зазначеними в абзаці 2) та абзаці 3) - **100% Страхової суми**;
- у випадку проведення лікування методом, зазначеним в абзаці 1) - **50% Страхової суми**.

1.5. Менінгіт

Запалення оболонок головного мозку або спинного мозку, що має бути підтверджено результатами спеціальних досліджень (аналіз крові та цереброспинальної рідини, наявності бактеріальної чи іншої інфекції в спинномозковій рідині при люмбальній пункції, комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку) та висновком лікаря-невролога та лікаря-інфекціоніста.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі встановлення діагнозу та невідкладної госпіталізації - **10% Страхової суми**. Термін «невідкладна госпіталізація» означає надання стаціонарної медичної допомоги за призначенням лікаря, коли потрібна госпіталізація протягом 24 годин;
- у разі встановлення діагнозу та підтвердження наявності стійкого неврологічного дефіциту шляхом його документування протягом щонайменше 3-х місяців - **100% Страхової суми**.

Виключенням є менінгіт, який є ускладненням інших захворювань.

1.6. Глухота (втрата слуху)

Повна та невідновна втрата слуху на одне або на обидва вуха внаслідок нещасного випадку або хвороби. Діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів на визначення звукового порогу, засвідчені висновком лікаря-отоларинголога (ЛОР – лікаря) та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів (в тому числі слуховим апаратом).

Термін «повна» означає втрату щонайменше 80 Децибел на всіх частотах слухового сприйняття.

Випадок визнається страховим, якщо вік Застрахованої дитини на момент події, що сталася в результаті хвороби, становить 2 (два) і більше повних років (у разі втрати слуху на одне вухо), або 1 (один) повний рік та більше (у разі втрати слуху на обидва вуха).

Розмір Страхової виплати становить:

- у випадку глухоти на обидва вуха - **100% Страхової суми**;
- у випадку глухоти на 1 (одне) вухо - **25% Страхової суми**.

1.7. Доброякісна пухлина головного мозку

Доброякісне новоутворення головного мозку, що викликало пошкодження тканини мозку та було видалено хірургічним шляхом, або, в разі неможливості хірургічного видалення, призвело до стійкого неврологічного дефіциту, зокрема парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що тривають протягом щонайменше 3 (трьох) місяців. Наявність пухлини та наведених вище наслідків мають бути підтверджені лікарем-неврологом або лікарем-нейрохірургом, а також результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) та лабораторних методів дослідження.

Виключенням є наступні хвороби/стани: кісти, гранульоми, судинні мальформації, гематоми, пухлини гіпофіза і спинного мозку.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.8. Гостра ревматична лихоманка із ураженням серця

Гостра ревматична лихоманка із залученням серця (код захворювання I01 відповідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10) з розвитком хронічної серцевої недостатності не нижче 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії ІІА (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско), що зберігається на тлі проведеного лікування протягом щонайменше 6 (шість) місяців з дати встановлення діагнозу. Діагноз захворювання має бути підтверджений лікарем-кардіологом (ревматологом).

Страховим випадком не вважається виникнення захворювання, пов'язаного з ураженням серцевих клапанів, діагностованих (виявлених) у Застрахованої особи до дати набуття чинності Договору страхування відносно цього критичного захворювання.

Розмір Страхової виплати становить:

- у випадку гострої ревматичної лихоманки з розвитком хронічної серцевої недостатності 3-го або 4-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів

НУНА) або не нижче стадії ІІВ або ІІІ (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско) - **100% Страхової суми**;

- у випадку гострої ревматичної лихоманки з розвитком хронічної серцевої недостатності 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів НУНА) або не нижче стадії ІІА (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско) - **50% Страхової суми**.

1.9. Хронічний активний вірусний гепатит

Діагноз хронічного вірусного гепатиту, який має бути підтверджений лікарем-інфекціоністом за обов'язковою наявністю всіх наступних факторів:

- зміст у крові рівнів печінкових ензимів АЛТ і АСТ більш ніж у 4 (чотири) рази перевищує фізіологічну норму протягом щонайменше 3 (трих) місяців з дати встановлення діагнозу;

- наявність маркерів вірусу гепатиту в організмі протягом щонайменше 6 (шість) місяців з дати встановлення діагнозу.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Страховими випадками не вважаються захворювання вірусом гепатиту А і діагностування вірусного гепатиту у тих осіб, які страждають на гемофілію.

1.10. Інфікування вірусом імунодефіциту людини при переливанні крові

Факт інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) внаслідок переливання крові або її компонентів на території України, США, Канади, Японії, Великої Британії, Норвегії, Швейцарії, Ісландії, Ліхтенштейну та країн Європейського союзу. Для здійснення Страхової виплати необхідно надати рішення суду (що набуло законної сили), що підтверджує факт інфікування.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

1.11. Параліч

Повна та незворотна втрата рухової функції як мінімум однієї кінцівки внаслідок захворювання або нещасного випадку. Цей стан має бути підтверджений фахівцем-неврологом або нейрохірургом.

Страховим випадком не вважається параліч, викликаний травмами, які Застрахована особа нанесла сама собі, тимчасовий післявірусний параліч, параліч, спричинений психологічними станами, синдром Гієна-Барре.

Розмір Страхової виплати становить:

- у випадку паралічу двох або більше кінцівок, який триває щонайменше 6 (шість) місяців - **100% Страхової суми**;
- у випадку паралічу однієї кінцівки, який триває щонайменше 6 (шість) місяців - **50% Страхової суми**;
- у разі діагностування паралічу, який триває щонайменше 1 (один) місяць - **20% Страхової суми**.

1.12. Поліомієліт

Поліомієліт - інфекційне вірусне захворювання, яке характеризується локальним або поширеним паралічем м'язів внаслідок руйнування клітин передніх рогів спинного мозку або відповідних клітин в стовбурі мозку.

Встановлений діагноз «Поліомієліт» має відповідати наступним критеріям:

- вірус поліомієліту визначено причиною захворювання, що супроводжується виявленням антигену вірусу поліомієліту у фекаліях/цереброспинальній рідині або наростання титру специфічних антитіл (у 4 рази та більше) в крові;

- параліч м'язів кінцівок або тулуба (включаючи дихальну мускулатуру) тривалістю щонайменше 3 (три) місяці з дати встановлення діагнозу.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Захворювання не вважається Страховим випадком, якщо Застрахована особа не була первинно вакцинована згідно Національного календаря профілактичних щеплень, який затверджується Наказом МОЗ України.

1.13. Ниркова недостатність

Термінальна стадія захворювання нирок, яка характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, результатом чого є постійне застосування ниркового діалізу (гемодіалізу, перитоніального діалізу) або проведення трансплантації нирки від донора.

Код за МКХ-10: N18.5.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу

1.14. Цукровий діабет

Цукровий діабет 1 (першого) або 2 (другого) типу, який має бути підтверджений лікарем-ендокринологом і вимагав щоденних ін'єкцій інсуліну протягом щонайменше 6 (шести) місяців з дати встановлення діагнозу.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі діагностування Цукрового діабету 1 типу - **100% Страхової суми**;
- у разі діагностування Цукрового діабету 2 типу – **50% Страхової суми**.

1.15. Набуті хронічні захворювання серця

Хронічне захворювання серця, що призвело до документально підтвердженого структурного ураження клапанів серця, міокарда, перикарда або ендокарда та розвитку хронічної серцевої недостатності не нижче II функціонального класу за класифікацією NYHA або не нижче стадії IIA за класифікацією Стражеска-Василенка, яка зберігається попри проведення лікування протягом щонайменше 6 (шести) місяців з дати встановлення діагнозу. Діагноз захворювання та наявність серцевої недостатності мають бути підтверджені лікарем-кардіологом на підставі клінічних та інструментальних даних.

До хронічних захворювань серця для цілей цього визначення належать кардіоміопатії, хронічний міокардит, ревматичні та неревматичні набуті вади клапанів серця, наслідки інфекційного ендокардиту, хронічні захворювання перикарда, ішемічна хвороба серця з формуванням постінфарктного кардіосклерозу або ішемічної кардіоміопатії.

Розмір Страхової виплати становить:

- у випадку розвитку хронічної серцевої недостатності 3-го або 4-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIB або III (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско) - **100% Страхової суми**;
- у випадку розвитку хронічної серцевої недостатності 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско) - **50% Страхової суми**.

Страховим випадком не вважається виникнення хронічного захворювання серця у зв'язку з:

- алкогольною чи наркотичною залежністю;
- дефектом міжпередсердної або міжшлуночкової перетинки;
- гострою ревматичною лихоманкою, яка мала місце до дати набуття чинності Договором страхування відносно цього критичного захворювання.

1.16. Правець

Гостре специфічне бактеріальне інфекційне захворювання нервової системи, спричинене нейротоксином, виробленим *Clostridium tetani*. Діагноз має бути підтверджений лікарем на підставі результатів лабораторних досліджень.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Захворювання не вважається Страховим випадком, якщо Застрахована особа не була первинно вакцинована згідно Календаря профілактичних щеплень в Україні, затверджений Наказом МОЗ України.

1.17. Сліпота (втрата зору)

Повна, клінічно підтверджена та невідновна втрата зору (на одне або обидва ока) внаслідок хвороби або нещасного випадку. Сліпота має бути підтверджена висновком лікаря-офтальмолога за умов наявності результатів спеціальних досліджень та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

Критерії оцінки невідновної втрати зору:

- 1) гострота зору 0-0,05 ;
- 2) поле зору – звуження до 10 ° і менше;
- 3) світловідчуття – відсутнє або дезорієнтоване

Коди за МКХ-10 H54.0, H54.4.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі сліпоти (втрати зору) на обидва ока (код за МКХ-10 H54.0) - **100% Страхової суми**;
- у разі сліпоти (втрати зору) на одне око (код за МКХ-10 H54.4) - **25% Страхової суми**.

Подія визнається Страховим випадком, якщо вік Застрахованої особи на момент події, що сталася внаслідок хвороби, складає 1 (один) повний рік та більше.

1.18. Трансплантація життєво важливих органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку

Фактично проведена трансплантація серця, легень (однієї, обох або частини), підшлункової залози, цілої нирки, печінки (в тому числі частини печінки) або будь-якої комбінації цих органів, від людини-донора, а також трансплантація (пересадка) Застрахованій особі кісткового мозку з використанням кровотворних стовбурних клітин після повної екстирпації кісткового мозку. Факт операції з пересадки має бути засвідчений відповідною медичною документацією.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми**.

Виключенням є трансплантація печінки (або її частини), причиною якої є ураження печінки внаслідок зловживання алкоголем , а також трансплантація інших органів, їхніх частин, тканин або клітин .

1.19. Хірургічне втручання на аорті

Фактично перенесене хірургічне втручання за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування (код за МКХ-10 I 71). Під терміном «аорта» слід розуміти: грудна та черевна частини аорти, а не її гілки.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі хірургічного втручання за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині - **100% Страхової суми**;
- у разі малоінвазивного внутрішньо-артеріального хірургічного втручання - **25% Страхової суми**.

Виключенням є

- хірургічне втручання, яке було необхідне внаслідок хвороби, що виникла через алкогольну або наркотичну залежність.

1.20. Хірургічне втручання на серцевому клапані

Фактично перенесене вперше хірургічне втручання з метою заміни серцевого клапану. Визначення включає заміну аортального, мітрального, тристулкового або пульмонального (клапана легеневої артерії) клапанів серця штучними аналогами внаслідок розвитку стенозу, недостатності клапанів або комбінації цих станів.

Код за МКХ-10 Z 95.2.-Z 95.4.

Розмір Страхової виплати становить **100% Страхової суми.**

1.21. Енцефаліт

Тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбура або мозочка), що викликане вірусною або бактеріальною інфекцією та призводить до постійного неврологічного дефіциту. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом або лікарем-інфекціоністом на підставі результатів об'єктивних досліджень (аналіз крові та цереброспінальної рідини, наявності вірусної/бактеріальної інфекції в досліджених матеріалах, комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку, електороенцефалограма, серологічні лабораторні дослідження) .

Код за МКХ-10A83 - A86.

Розмір Страхової виплати становить:

- у разі встановлення діагнозу та невідкладної госпіталізації - **25% Страхової суми.** Термін «невідкладна госпіталізація» означає надання стаціонарної медичної допомоги за призначенням лікаря, коли потрібна госпіталізація протягом 24 годин;
- у разі встановлення діагнозу та підтвердження наявності стійкого неврологічного дефіциту шляхом його документування протягом щонайменше 3-х місяців - **100% Страхової суми.**

1.22. Епілепсія

Діагноз епілепсії з генералізованими тоніко-клонічними нападами (grand mal), які супроводжуються втратою свідомості, підтверджений лікарем-неврологом і результатами ЕЕГ (електроенцефалографії). Подія визнається Страховим випадком при наявності епілептичних нападів на тлі лікування, що проводиться: не менше 12 (дванадцяти) нападів упродовж 12 (дванадцяти) місяців послідовно з дати встановлення діагнозу.

Розмір Страхової виплати становить:

- у випадку, якщо напади трапляються не рідше ніж 1 раз на 7 днів протягом 12 місяців - **100% Страхової суми;**
- у випадку, якщо протягом 12 місяців сталося не менше ніж 12 нападів - **25% Страхової суми.**

Таблиця оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку або хвороби

Розділ	Опис хірургічних операцій	Розмір Страхових виплат (у % від Страхової суми за ризиком)
1	ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА	
1	Апендектомія	35%
2	Резекція кишки	70%
3	Резекція шлунку	70%
4	Гастроентеростомія	60%
5	Видалення жовчного міхура (холецистектомія)	60%
6	Видалення селезінки	50%
7	Діагностична лапаротомія або видалення через розріз одного або більше органів крім зазначеного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних операцій, страхова виплата здійснюється тільки за одну)	50%
2	АБСЦЕС:	
1	Розріз поверхневого абсцесу, гнійника або фурункула, одного або більше	5%
2	Хірургічне лікування карбункула, одного або більше	10%
	Примітка: не більше одного випадку протягом 12-ти місяців між будь-якими двома річницями дії Страхового ризику «Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання» (п.5.3.19 Умов)	
3	АМПУТАЦІЯ:	
1	Будь-якого пальця кисті або стопи	10%
2	Кисті, передпліччя або стопи на рівні гомілковостопного суглоба	20%
3	Верхньої або нижньої кінцівки (окрім тих, що вказані вище)	40%
4	Стегна на рівні кульшового суглоба	70%
4	МОЛОЧНА ЗАЛОЗА:	
1	Ампутація однієї або обох, радикальна, з резекцією до пахвинної западини	70%
2	Ампутація однієї або обох, проста	40%
3	Резекція молочної залози	20%
5	ГРУДНА КЛІТКА:	
1	Повна торакотомія (розкриття грудної клітки)	60%

2	Видалення легені (пневмонектомія) або частини легені	70%
3	Малоінвазивна торакотомія з метою лікування, за винятком торакоцентезу	20%
4	Видалення гною, за винятком торакоцентезу	10%
5	Бронхоскопія під час операції, виключаючи біопсію	20%
6	ВУХО:	
1	Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез)	5%
2	Мастоїдектомія – радикальна – одна сторона	50%
3	Мастоїдектомія – радикальна - обидві сторони	60%
4	Стапедопластика зі встановленням протезу стремена - одна сторона	40%
5	Стапедопластика зі встановленням протезу стремена - обидві сторони	70%
7	ЩИТОВИДНА ЗАЛОЗА:	
1	Видалення щитовидної залози	70%
8	СТРАВОХІД:	
1	Операція з приводу стриктури	40%
9	ОКО:	
1	Повне відшарування сітківки (не менше 70% по площі одного ока)	100%
2	Катаракта	50%
3	Глаукома	30%
4	Видалення очного яблука (енуклеація)	40%
5	Видалення птеригію	20%
10	ПЕРЕЛОМИ:	
1	Ключиці, лопатки або передпліччя (одна кістка)	15%
2	Кісток зап'ястка, п'ясних, передплюсневих та плюсневих кісток, грудини, крижів або куприка, носа	10%
3	Стегна	40%
4	Гомілки (одна кістка) або плеча	25%
5	Одного пальця руки чи ноги або ребра	5%
6	Передпліччя – дві кістки, наколінка, або тазу без витягнення	20%
7	Гомілки (дві кістки)	30%
8	Щелепи нижньої	20%
9	Пальці руки чи ноги або ребра – два або більше	10%
10	Тазу з витягненням	30%
11	Одного хребця (відростків)	5%
12	Хребці (відростків) - два або більше	10%
13	Хребців: компресійний перелом тіла, один або більше	40%

14	Зовнішньої пластинки кісток склепіння черепа	5%
15	Обох пластин склепіння черепа	15%
16	Основи черепа	20%
17	Обох пластин склепіння і основи	25%
18	Кісточки (щиколотки) одна	5%
19	Кісточки (щиколотки) дві	10%
20	<i>Для перелому, що вимагає хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), зазначені вище відсотки подвоюються, але максимальна виплата не повинна перевищувати 100% Страхової суми</i>	

11	СЕЧО-СТАТОВА СИСТЕМА:	
1	Видалення нирки	70%
2	Фіксація нирки	70%
3	Видалення пухлин або каменів з нирки, уретри або сечового міхура за допомогою: - операції з розрізом	60%
4	Видалення пухлин або каменів з нирки, уретри або сечового міхура за допомогою: - катетеризації або трансуретрально	20%
5	Операція на сечоводі з розрізом	30%
6	Операція на уретрі з розрізом	15%
7	Простата: видалення всієї залози за допомогою операції - операція з розрізом	70%
8	Простата: часткове видалення - трансуретрально	25%
9	Простата: інші операції з розрізом	25%
10	Орхідектомія або епідідектомія	25%
11	Гідроцеле або варикоцеле	10%
12	Видалення фібром, без трансабдомінального доступу	20%
13	Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, обидві сторони (для віку до 45 років включно на дату хірургічного втручання)	80%
14	Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, обидві сторони (для віку 46 років та старше включно на дату хірургічного втручання)	40%
15	Гістеректомія	60%
16	Оваріектомія з матковою трубою, одна сторона	30%
17	Конізація	20%

12	КИЛА	
1	Оперування однієї кили	30%
2	Оперування подвійної кили	50%

Примітка: у випадку кил(и) з ущемленням, некрозом - додатково виплачується 10% Страхової суми

13	СУГЛОБИ: ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ВИВИХИ	
1	Артротомія з приводу захворювання або порушення функції, крім зазначеного нижче та крім пункції	15%
2	Артротомія плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції	40%
	Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартикуляція або артропластика на:	
3	- кульшовому суглобі або хребті	75%
4	- плечовому, колінному, ліктьовому, променево-зап'ястковому або гомілковостопному суглобі	30%
	Вивих:	
5	- одного пальця кисті або стопи	10%
6	- пальці кисті або стопи- два або більше	20%
7	- плечового, ліктьового, променево-зап'ясного або гомілковостопного суглоба	30%
8	- нижньої щелепи	10%
9	- кульшового або колінного суглоба, крім наколінка	40%
10	- наколінка	10%
11	- ушкодження зв'язок суглобу, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки	10%
12	- розрив зв'язок, підтверджений результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД)	20%
13	- зшивання сухожиль	20%
14	ОПІКИ ТА ОБМОРОЖЕННЯ	
1	Опіки (обмороження) шкіри з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше, що спричинили хірургічне втручання, в т.ч. з пересадки шкіри	100%
2	Опіки (обмороження) шкіри з ураженням від 18% до 26% площі поверхні тіла, що спричинили хірургічне втручання, в т.ч. з пересадки шкіри	60%
3	Опіки (обмороження) шкіри з ураженням від 9% до 17% площі поверхні тіла, що спричинили хірургічне втручання, в т.ч. з пересадки шкіри	30%
4	Опіки (обмороження) шкіри з ураженням від 4,5% до 8% площі поверхні тіла, що спричинили хірургічне втручання, в т.ч. з пересадки шкіри	16%
5	Опіки (обмороження) шкіри з ураженням від 0,5% до 4,4 % площі поверхні тіла, що спричинили хірургічне втручання, в т.ч. з пересадки шкіри	5%
6	<i>Опіки, спричинені сонячним опроміненням, є виключенням.</i>	
	Примітка: у разі здійснення кількох хірургічних втручань з одного й того самого приводу, Страхова виплата за кожне наступне втручання становить 30% від базового відсотка, встановленого в цій Таблиці для відповідного хірургічного втручання.	

15	НІС:	
1	Черезносова операція на носових пазухах	15%
2	Позаносова операція на носових пазухах	35%
3	Поліпи, видалення одного або більше	5%
4	Резекція підслизової оболонки	25%
5	Конхектомія	10%
16	ПУНКЦІЯ:	
1	- черевної порожнини	10%
2	- плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації	5%
3	- барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова	5%
17	ПРЯМА КИШКА:	
1	Радикальна резекція злоякісної пухлини, включаючи колостомію	100%
2	Геморой, тільки зовнішній, видалення	10%
3	Геморой, внутрішній або внутрішньо-зовнішній, включаючи випадіння прямої кишки, видалення або повна склерозуюча терапія	20%
4	Нориця прямої кишки	15%
5	Тріщина прямої кишки, яка вимагала хірургічного втручання	5%
6	Інші операції на прямій кишці з розрізом	20%
18	ЧЕРЕП:	
1	Операції з розрізом на порожнині черепа,	100%
2	Видалення кістки, декомпресія	30%
19	ГОРЛО:	
1	Тонзилектомія або тонзил- та аденоїдектомія:	
2	- дорослі та діти віком 15 років та старші	15%
3	- діти віком до 15 років	10%
4	Пряма ларингоскопія з лікувальною метою	5%
5	<i>Тонзилектомія та аденоїдектомія не визнається Страховим випадком протягом перших 180-ти (ста вісімдесяти) календарних днів строку дії цього Страхового ризику.</i>	
20	ПУХЛИНИ, хірургічне видалення:	
1	Злоякісних пухлин, крім пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини	50%
2	Злоякісних пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини	25%
3	Ганглія	5%

4	Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім зазначених вище (не більше одного випадку протягом 12-ти місяців між будь-якими двома річницями дії цього Страхового ризику)	10%
21	ВЕНИ, варикоз - операція з розрізом або склерозуюча терапія:	
1	- однієї ноги	20%
2	- обох ніг	30%
22	М'ЯКІ ТКАНИНИ	
1	Первинна хірургічна обробка (ПХО), накладання швів	5%
23	ОПЕРАЦІЇ НА СЕРЦІ	
1	Операції на перегородці, передсерді та клапанах серця	60%
2	Операції на коронарних артеріях :	
	- шунтування	50%
	- стентування	30%
3	Операції на провідній системі серця, імплантація водія ритму та інше	50%
4	Операції на перикарді	40%
5	Інші операції на серці	30%

Якщо хірургічне втручання із вказаних в Додатку 10 виконано малоінвазивним способом (у тому числі з використанням ендоскопічних методик), страхова виплата становить 50% від базового відсотка, зазначеного в Додатку, незалежно від складності та обсягу втручання.