

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТАНДАРТНОГО СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ЗАХИСТ НА КОЖЕН ДЕНЬ»

Ці Загальні умови стандартного страхового продукту «Захист на кожен день», затверджені Наказом №34 від 28.05.2024 р., дата початку дії 01.07.2024 р., повний текст яких розміщений на веб-сторінці Страховика за посиланням uniqua.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ (далі – «Загальні умови страхового продукту»).

Ці Загальні умови страхового продукту встановлюють загальні умови і порядок укладення, внесення змін та припинення Договорів страхування від нещасного випадку за стандартним страховим продуктом «Захист на кожен день» (надалі – «Договори» або «Договір»). Конкретні умови страхування визначаються Сторонами при укладенні Договорів страхування.

Договори за цим страховим продуктом укладаються шляхом приєднання та складаються з публічної частини Договору (Пропозиції щодо укладення договору страхування від нещасного випадку за стандартним страховим продуктом «Захист на кожен день», надалі – «Пропозиція»), що є публічною частиною Договору, яка є актуальною на дату укладання Договору та повний текст якої доступний на вебсайті Страховика uniqua.ua/oferta/at-kb-privat-bank/, та індивідуальної частини Договору (Полісу страхування від нещасного випадку за стандартним страховим продуктом «Захист на кожен день», надалі – «Поліс»), підписанням якої Страхувальник приєднується до Договору в цілому. За цим страховим продуктом Страховик може оформити декілька Пропозицій залежно від Програм страхового продукту, що пропонуються Страхувальникам.

1. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "УНІКА",

внесено до Реєстру фінансових установ розпорядженням Держфінпослуг №1224 від 24.06.2004 року, Свідоцтво про реєстрацію: СТ № Б0000142, дата реєстрації: 21.08.2004 року; місцезнаходження Україна, 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. «В»; код ЄДРПОУ 35320033; контактні дані для цілей врегулювання подій, що мають ознаки страхових випадків: цілодобовий інформаційний центр за телефон (044) 225 60 00 або +38 (097) 170 03 73 (Київстар), +38 (066) 170 03 73 (Vodafone), +38 (093) 170 03 73 (Lifecell), e-mail office@uniqua.ua; веб-сайт www.uniqua.ua. IBAN UA45305299000026508010100774 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 20033533.

2. СТРАХОВИЙ АГЕНТ: АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,

укладає Договір від імені та в інтересах Страховика на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг №093002А від 14.11.2017 року, місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна, код ЄДРПОУ 14360570 Страховий агент підлягає внесенню до Реєстру НБУ з 01.01.2025, після чого відомості про внесення до вказаного Реєстру зазначаються на веб-сайті Страхового агента. Контактні дані: 3700; веб-сайт: <https://www.privatbank.ua/>

3. СТРАХУВАЛЬНИК

Страхувальником за Договором є дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір.

4. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС. ВИГОДОНАБУВАЧ

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

4.2. Об'єктом страхування є життя, здоров'я і працездатність Застрахованої особи, з якими пов'язані:

- страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача);
- страхові ризики, що підлягають страхуванню.

4.3. При укладенні Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути страхувальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

4.4. Вигодонабувачем є Застрахована особа, а у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець згідно з чинним законодавством.

5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

5.1. Застрахованою особою є фізична особа, ідентифікаційні дані якої визначені в Договорі. Застрахованою особою не може бути особа, вказана в п.12.10. Загальних умов страхового продукту.

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Страховим ризиком за Договором є нещасний випадок із Застрахованою особою.

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

До нещасних випадків відносяться:

- травматичне пошкодження, опіки, відмороження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком сальмонельозу, дизентерії), ліками; ботулізм; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, сказ внаслідок укусу тварини, правець;

- утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змії, проникнення стороннього тіла, протиправні дії третіх осіб тощо.

6.2. Страховим випадком є настання страхового ризику, передбаченого п. 6.1 Загальних умов страхового продукту, протягом строку дії страхового захисту та дії Договору, що підтверджено документально і не є виключенням зі страхових випадків, а саме:

6.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

6.2.2. Травматичні ушкодження організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що передбачені Додатком №1 «Таблиця розмірів страхових виплат у випадку травматичних ушкоджень організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку» до Загальних умов страхового продукту (далі – «**Таблиця виплат**»).

6.2.2.1. Повний перелік пошкоджень та розмір страхових виплат зазначений у Таблиці виплат.

6.3. Зазначена в пункті 6.2.1. Загальних умов страхового продукту подія визнається страховим випадком, якщо вона наступила упродовж **12 (дванадцяти) місяців** з дати настання нещасного випадку.

6.4. Страховий захист за Договором надається 24 години на добу, зокрема:

6.4.1. на час виконання службових, професійних обов'язків, та виконання роботи, в т.ч. при слідуванні на роботу та/або з роботи;

6.4.2. під час навчання, в т.ч. при слідуванні до/з місця навчання;

6.4.3. під час виконання поміркованих фізичних навантажень або у побуті або під час заняття **аматорськими видами спорту чи відпочинку** (плавання, водне поло, синхронне плавання, гольф, веслування, настільний теніс, спортивна аеробіка, бадмінтон, городковий спорт, ігрові види спорту (волейбол, гандбол, теніс, хокей на траві та інше, крім футболу, регбі, баскетболу і хокею з шайбою), художня гімнастика, легка атлетика, стрільба з лука, стендова та кульова стрільба, фехтування, віндсерфінг, парусний спорт, стрибки на батуті, велосипедний спорт);

6.4.4. під час заняття **активними видами спорту чи відпочинку на аматорському рівні**, пов'язані з ризиком та істотними фізичними навантаженнями, які вимагають сміливості та навичок та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі; та які не передбачають участь в спортивних змаганнях та/або конкурсах, а саме:

- зимові види спорту (гірські лижі та сноуборд на гірськолижних курортах під час відпочинку);
- дайвінг (глибина занурення до 18 метрів);
- рафтинг (1-2 рівень складності);
- катання на конях, верблюдах, слонах;
- катання на квадроциклах та багі (в тому числі перебування Застрахованої особи в якості пасажира);
- парасейлинг;
- туристичні походи/трекінг (1-2 категорії складності);
- пляжний футбол, атлетика (окрім легкої), воднолижний спорт, гирьовий спорт, лижне двоборство, пауерліфтинг, стрибки у воду, фігурне катання, армспорт, багатоборство (всі види), велоспорт (трек, шосе), водно-моторний спорт, гребля, спортивна гімнастика, картинг, кінний спорт, ковзанярський спорт, контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, козацький двобій, рукопашний двобій, традиційне карате, кікбоксинг, бокс, дзюдо, боротьба, самбо, сумо), піші походи з гірським ландшафтом, поло, регбі, санний спорт, спідвей, шот-трек, футбол (всі види), хокей з шайбою, автототоспорт, вертолітний спорт, гірський велосипед, гірськолижний спорт, дельтапланерний спорт, літаковий спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, планерний спорт, піші походи (по спеціальних маршрутах), ралі, слалом (всі види), скелелазіння, спелеологія, стрибки на лижах з трампліна, фрістайл-акробатика, стрибки на батуті, рибальський спорт, біатлон, бодібілдинг, художня гімнастика, ігрові види спорту (баскетбол, бейсбол, пейнтбол, футбол, хокей з шайбою, рокн-рол акробатичний, сквош, спортивні танці, великий теніс);
- полювання;

6.4.5. під час заняття **активними видами спорту чи відпочинку**, зазначених в п. 6.4.4. Загальних умов страхового продукту, з метою участі в спортивних змаганнях та/або конкурсах, - за умови, що Страхувальником на момент укладання Договору було обрано Програму "Активний спорт", про що відмічено в Договорі та за даний страховий захист Страхувальником сплачено додатковий страховий платіж у розмірі відповідно до п. 8.4. Загальних умов страхового продукту;

6.4.6. за страховими випадками, отриманими Застрахованою особою **внаслідок воєнних дій на території України**, а саме: влучення снарядів, мін, куль, руйнування будівель, мінування територій, вибухів, пожеж тощо (окрім застосування зброї масового знищення), **що сталися з цивільними особами**, які на момент настання випадку: не приймали активної участі у відсічі та стримуванні збройної агресії іноземних держав, у тому числі, але не виключно, з використанням вогнепальної зброї і боеприпасів до неї, не брали безпосередньої участі в бойових, військових діях та ліквідації їх наслідків, військових навчаннях та тренуваннях (в тому числі як військовослужбовці, працівники органів МВС, Національної гвардії, учасники територіальної оборони та інших сил Національного супротиву України).

Страховий захист за умовами даного пункту 6.4.6. Загальних умов страхового продукту надається тільки у випадку, якщо Страхувальником на момент укладання Договору було обрано Програму «Воєнні ризики», про що відмічено в Договорі, та за даний страховий захист Страхувальником сплачено додатковий страховий платіж у розмірі відповідно до п. 8.4. Загальних умов страхового продукту.

7. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА. ПРОГРАМА

7.1. **Розмір загальної страхової суми за Договором** визначається Страхувальником при укладенні Договору. Страхова сума залежить від обраної Страхувальником Програми страхового продукту (надалі – «Програма»), а саме:

Варіант страхових сум	Страхова сума за Програмою, грн				
	«Стандартні умови»	«Сімейна»	«Активний спорт»	«Воєнні ризики»	«Страхування колективу»

Стандарт	50 000 грн	50 000 грн	50 000 грн	50 000 грн	50 000 грн
Еліт	125 000 грн	-	125 000 грн	125 000 грн	125 000 грн
Люкс	250 000 грн	-	250 000 грн	-	-

При укладенні Договору дозволяється обрати одну із наведених в цьому пункті Загальних умов страхового продукту Програм.

7.2. Вид та розмір франшизи: не застосовується.

8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, УМОВИ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ

8.1. Розмір річного страхового тарифу вказується в Договорі.

8.2. Річний страховий тариф визначається залежно від Програми та розміру страхової суми в наступному розмірі:

Варіант страхових сум	Річний страховий тариф за Програмою, %				
	«Стандартні умови»	«Сімейна»	«Активний спорт»	«Воєнні ризики»	«Страхування колективу»
Стандарт (50 000 грн)	0,48%	0,36%	0,96%	1,44%	0,48%
Еліт (125 000 грн)	0,48%	-	0,96%	1,44%	0,48%
Люкс (250 000 грн)	0,48%	-	0,96%	-	-

8.3. Загальний страховий платіж за Договором розраховується шляхом добутку страхової суми та річного страхового тарифу.

8.3.1. Порядок сплати загального страхового платежу за Договором залежить від кількості періодів страхування за Договором. Страховий платіж за кожен період страхування сплачується з періодичністю визначеною в Договорі, у безготівковій формі.

8.3.2. Страховий платіж сплачується у дату початку строку дії Договору, визначену умовами Договору. У разі сплати страхового платежу щомісячно, дата сплати страхового платежу за кожний період страхування відповідає даті встановленого Страхувальником регулярного платежу, зазначеного в Договорі. Дата сплати страхового платежу може бути змінена Страхувальником шляхом зміни дати регулярного платежу.

8.4. Розмір загального страхового платежу залежить від Програми та розміру страхової суми, а саме:

Варіант страхових сум	Страховий платіж за Програмою, грн									
	«Стандартні умови»		«Сімейна»		«Активний спорт»		«Воєнні ризики»		«Страхування колективу»	
	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік
Стандарт (50 000 грн)	20 грн	240 грн	15 грн	180 грн	40 грн	480 грн	60 грн	720 грн	20 грн	240 грн
Еліт (125 000 грн)	50 грн	600 грн	-	-	100 грн	1 200 грн	150 грн	1 800 грн	50 грн	600 грн
Люкс (250 000 грн)	100 грн	1 200 грн	-	-	200 грн	2 400 грн	-	-	-	-

8.5. Відомості для сплати страхового платежу:

8.5.1. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

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

8.5.3. У випадку зміни платіжних реквізитів (у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу частинами) Страховик про це інформує Страхувальника за допомогою ІТС Страховика / Страхового агента.

8.5.4. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи можуть стягувати комісію за перерахування коштів відповідно діючих тарифів.

9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ

9.1. Строк дії Договору визначається Сторонами на момент укладення Договору.

9.1.1. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії, яка зазначена в Договорі як Дата початку строку дії Договору, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Договором, на рахунок Страховика.

9.1.2. Договір діє до 24.00 годин (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору.

9.2. Період страхування – **1 (один) рік або 1 (один) місяць** – залежно від кількості періодів страхування.

9.2.1. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за датою сплати Страхувальником страхового платежу, що визначена Договором, на рахунок Страховика, та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня періоду страхування, встановленого в Договорі.

9.2.2. Страховий захист в кожному періоді страхування діє за умови сплати страхового платежу за такий період страхування.

9.2.3. Якщо страховий платіж надійшов у поточному періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування, дата початку якого - це дата, що слідує за датою закінчення дії поточного періоду страхування.

9.2.4. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за відповідний період страхування, страховий захист за Договором в такому періоді страхування не діє, страхові виплати за подіями, що стались в неоплачений період страхування, не здійснюються Страховиком.

9.2.5. Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист не діє, був сплачений страховий платіж, то страховий захист відновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження простроченого страхового платежу за період страхування в повному розмірі на рахунок Страховика та діє до закінчення сплаченого періоду страхування згідно. При цьому датою закінчення останнього періоду страхування є дата закінчення дії Договору, а у разі лонгації Договору згідно з п.9.3. Загальних умов страхового продукту, страховий захист у періоді, що перевищує дату закінчення Договору, надається за продовженням (лонгованим) Договором.

9.2.6. Договір припиняє свою дію та страховий захист не може бути відновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі чергових страхових платежів на рахунок Страховика **протягом 6 (шести) місяців поспіль**.

9.3. Дія Договору продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору на умовах, визначених Полісом та Пропозицією, якщо жодна із Сторін Договору не заявить про намір його припинити. Договір не може бути продовжений (лонгований) у випадку, передбаченому п.9.3.1. Загальних умов страхового продукту.

9.3.1. Продовження (лонгація) строку дії Договору можлива за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору діє договір доручення із страховим агентом, за посередництвом якого укладено Договір. У разі припинення договору доручення із страховим агентом Договір діє до закінчення строку дії Договору, на якій він був укладений, за умови сплати страхових платежів, але не продовжується (не лонгується) на новий строк дії Договору.

9.3.2. Страхувальник може заявити про намір припинити Договір у персональному кабінеті в Приват24 або у ІТС Страховика / Страхового агента в будь-який момент до кінцевої дати строку дії Договору, або направивши Страховику письмове повідомлення не пізніше ніж **за 30 (тридцять) днів** до дати закінчення строку дії Договору.

9.3.3. Страховик може заявити про намір припинити Договір шляхом відправлення повідомлення Страхувальнику у спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі через ІТС Страховика / Страхового агента, або шляхом публікації повідомлення на вебсайті Страховика не пізніше, ніж **за 30 (тридцять) днів** до дати завершення строку дії Договору.

9.3.4. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після закінчення строку дії Договору, повертаються Страховиком Страхувальнику на картковий рахунок у АТ КБ «ПРИВАТБАНК», з якого страхові платежі були сплачені, а у разі його закриття – на підставі письмової заяви Страхувальника.

9.4. Період очікування страхового випадку	протягом перших 7 (семи) днів від дати набрання чинності Договором
--	---

9.4.1. **Період очікування страхового випадку** – проміжок часу від дати набрання чинності Договором, протягом якого страховий захист за Договором не діє.

10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Територія дії Договору - весь світ.

10.2. Дія Договору не поширюється:

10.2.1. на території України, що є тимчасово окуповані; території України, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; населенні пункти, що розташовані на лінії розмежування; території, на яких тривають активні бойові дії;

10.2.2. на території поза межами України в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, територій, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.

11. ДІЇ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку:

11.1.1. **протягом 48 (сорока восьми) годин** з моменту настання події Застрахована особа зобов'язана звернутися за медичною допомогою, використовуючи будь-які доступні способи;

11.1.2. **не пізніше 30 (тридцяти) днів** з дня отримання травматичного ушкодження або закінчення лікування, Страхувальник, Застрахована особа зобов'язана заявити про випадок та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2 Загальних умов страхового продукту через ІТС «Приват 24» або за телефоном **3700** (а у разі недоступності зазначених каналів – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1 Загальних умов страхового продукту);

11.1.3. **не пізніше 6 (шести) місяців** з дати смерті, спадкоємець Застрахованої особи зобов'язаний заявити про випадок за телефоном **3700** (а у разі недоступності зазначеного каналу – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1 Загальних умов страхового продукту) та **не пізніше 12 (дванадцяти) місяців** надати Страховику документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2 Загальних умов страхового продукту.

11.2. Перелік документів, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та необхідні для розрахунку та здійснення страхової виплати:

11.2.1. заява про страхову виплату, у якій повинні бути зазначені обставини та причини настання страхового випадку, що подається в строки, передбачені в п.11.1 Загальних умов страхового продукту разом з документом, що посвідчує особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного податкового номера. Сторони погоджуються, що заявою про страхову виплату,

прирівняно до письмової форми, є заява Страхувальника, сформована в ІТС Страхового агента «Приват 24».

11.2.2. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 6.2.1. Загальних умов страхового продукту:

11.2.2.1. свідоцтво РАГСу про смерть Застрахованої особи – нотаріально засвідчена копія;

11.2.2.2. лікарське свідоцтво про смерть або довідка про причину смерті або рішення суду;

11.2.2.3. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує, причини, обставини, що смерть настала внаслідок нещасного випадку - підписаний відповідальною особою та завірений оригінальною печаткою закладу, який склав документ;

11.2.2.4. свідоцтво про право на спадщину - нотаріально засвідчена копія;

11.2.2.5. документ медичного закладу і/або судово медичної експертизи, який підтверджує, що смерть Застрахованої особи сталася внаслідок нещасного випадку, з інформацією про результат аналізу крові на вміст алкоголю/наркотичних/токсичних речовин.

11.2.3. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 6.2.2. Загальних умов страхового продукту:

11.2.3.1. медична довідка, яка свідчить про тілесні ушкодження або порушення функцій організму Застрахованої особи. Медична довідка (довідки) повинна містити в собі: ПІБ пацієнта, точний діагноз, дату звернення за медичною допомогою, тривалість лікування, підпис відповідальної особи завірений печаткою медичного закладу;

11.2.3.2. лист тимчасової непрацездатності або інший медичний висновок;

11.2.3.3. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує, причини, обставини втрати працездатності настала внаслідок нещасного випадку - підписаний відповідальною особою та завірений оригінальною печаткою закладу, який склав документ.

11.2.4. Якщо подія відбулася за межами території України, Страховику повинні бути надані медичні та інші документи, що дозволяють ідентифікувати факт страхового випадку та характер отриманих ушкоджень. Якщо документи складено іншою, ніж однією з європейських мов, вони повинні підтверджуватися наданням нотаріально завіреного (апостильованого) перекладу або наданням перекладу ліцензованого бюро перекладу. Витрати по збору зазначених документів та їх перекладу оплачує Страхувальник, Застрахована особа або її Спадкоємці.

11.2.5. Документи, які подаються для отримання страхового відшкодування, повинні бути придатними для візуального сприйняття їх змісту, достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином, легітимність яких визнається на території України відповідно до чинного законодавства України. Всі розділи виписок мають бути заповнені відповідно встановленого порядку. З метою перевірки достовірності поданих документів страховик має право запитувати їх оригінали. Документи, що не відповідають переліченим вимогам, можуть не прийматися Страховиком до розгляду.

11.2.6. У разі потреби Страховик може вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємця інші документи про обставини і причини страхового випадку (документи органів МВС про дорожньо-транспортну пригоду, висновки правоохоронних органів, медичних закладів тощо), а також інші документи про обставини і причини страхового випадку і розмір збитків або надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язані протягом 3 (трьох) 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 продовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

11.3. Форма подання документів, зазначених в п. 11.1. та 11.2. Загальних умов страхового продукту:

11.3.1. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п.11.1. та 11.2. Загальних умов страхового продукту, в тому числі в електронному вигляді.

11.3.2. Копією документу згідно Договору є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим агентом від імені Страховика можуть

прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам Договору. На вимогу Страховика або Страхового агента та у визначений ними термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

11.3.3. Документ, цифрова копія якого надається Страховику та/або Страховому агенту, має відповідати наступним вимогам:

11.3.3.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;

11.3.3.2. документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx або .pdf, jpg, tif з розпізнаним текстом);

11.3.3.3. документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);

11.3.3.4. має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

11.3.4. Страхувальник прийняттям умов Пропозиції підтверджує, що надаючи Страховику (Страховому агенту) копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки; Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Страхувальник розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.

11.4. Порядок розрахунку розміру страхової виплати:

11.4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 6.2.1. Загальних умов страхового продукту, страхова виплата здійснюється в розмірі 100 % від страхової суми, яка зазначена в Договорі.

11.4.2. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 6.2.2. Загальних умов страхового продукту, страхова виплата здійснюється на підставі Таблиці виплат у розмірі страхової виплати (визначеного % від загальної страхової суми, яка зазначена в Договорі), визначеної Таблицею виплат.

11.4.2.1. Виплата згідно п. 118 Таблиці виплат здійснюється тільки при тривалості безперервного стаціонарного та/або амбулаторного лікування понад 7 днів.

11.4.3. Після здійснення страхової виплати за страховим випадком, зазначеного в п. 6.2.2. Загальних умов страхового продукту, загальна страхова сума за Договором зменшується на суму виплати; при цьому Договір зберігає дію до кінця поточного року страхування (з урахуванням умов по припиненню дії Договору, визначених в Розділі 16 Загальних умов страхового продукту).

11.4.4. У разі смерті Застрахованої особи в період дії Договору, страхова виплата здійснюється з урахуванням раніше здійснених страхових виплат за п. 6.2.2. Загальних умов страхового продукту, але не більше страхової суми, встановленої Договором.

11.4.5. Загальна сума страхових виплат Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом 1 року дії Договору не може перевищувати загальної страхової суми, встановленої Договором.

11.4.6. У разі визнання випадку страховим, страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі Заяви на страхову виплату та документів, зазначених в п. 11.1. та п. 11.2. Загальних умов страхового продукту.

11.4.7. Страхові виплати сплачуються незалежно від виплат по державному соціальному страхуванню, соціальному забезпеченню.

11.4.8. Відповідальність Страховика визначається як різниця між загальною страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше проведеними страховими виплатами.

11.4.9. Якщо виплату здійснено в розмірі 100% загальної страхової суми за Договором, дія Договору в частині відповідальності Страховика припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

11.4.10. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення загального страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини загального страхового платежу при настанні страхового випадку за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.2. Загальних умов страхового продукту, із суми, належної до виплати, Страховик має право утримати прострочену несплачену частину загального страхового платежу, яка існувала на момент розрахунку суми страхової виплати.

11.4.11. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення загального страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини загального страхового платежу при настанні страхового випадку за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.1. Загальних умов страхового продукту, із суми, належної до виплати, Страховик має право утримати суму несплачених страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору.

11.4.12. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж, та після завершення періоду очікування страхового випадку.

11.5. Страховик протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати одержання всіх необхідних документів приймає рішення:

11.5.1. про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

11.5.2. про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати прийняття такого рішення.

11.5.3. У випадку наявності сумнівів щодо підстав або розміру здійснення страхової виплати, Страховик може вимагати надання додаткових документів, або проводити самостійну перевірку заявлених фактів, а Страхувальник погоджується на таку перевірку та надає медичним та іншим компетентним установам право розголошувати таку інформацію на запит Страховика.

11.5.4. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті у разі особливо складних обставин страхового випадку або коли обставини страхового випадку потребують додаткової перевірки на строк не більший 6 (шести) місяців з дати отримання останнього з усіх документів, запитаних Страховиком для прийняття відповідного рішення, якщо:

11.5.4.1. для встановлення причин випадку необхідно зробити запити до медичних закладів, інших підприємств, установ чи організацій, державних органів – до моменту отримання відповідей на запити;

11.5.4.2. не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розміру суми страхового відшкодування – до їх з'ясування; відкрито кримінальне провадження - до закінчення досудового розслідування постановою про закриття кримінального провадження або винесення вироку судом; у випадку, якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового випадку, відстрочити Страхову виплату до закінчення Страховиком такого розслідування.

11.6. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, вона виплачується Страховиком Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) **протягом 5 (п'яти) робочих (банківських) днів** з моменту оформлення страхового акту. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) на один з його рахунків, відкритих в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», на будь-який інший, зазначений у заяві на страхову виплату. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою), страхова виплата здійснюється її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

12. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

12.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Вигодонабувача) або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями.

12.1.2. Вчинення Страхувальником (Вигодонабувачем) або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до страхового випадку.

12.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку.

12.1.4. Порушення Страхувальником або 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 інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором.

12.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, передбачені Договором, або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків).

12.1.6. Ненадання, або надання в не повному об'ємі документів, що передбачені Загальними умовами страхового продукту; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам цих Загальних умов страхового продукту.

12.1.7. Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період, або під час періоду очікування страхового випадку, або до початку дії Договору.

12.1.8. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, недотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

12.1.9. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем Страховика після отримання травматичного ушкодження або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін.

12.1.10. Отримання Застрахованою особою протягом річного періоду страхування 3 (трьох) та більше ушкоджень, по яким Страховиком було здійснено виплату страхового відшкодування, а саме: м'яких тканин (ст. 57-59, ст. 61 Таблиці виплат), хімічного та термічного опіку (ст. 113-117 Таблиці виплат), струсу головного мозку (ст.3 Таблиці виплат), вивиху плеча (ст.68 Таблиці виплат), вивиху (підвивиху) фаланг пальців, відриву нігтьової пластинки (ст.82, 85, 105 Таблиці виплат), а також ушкоджень, по яким Страховиком було здійснено виплату згідно ст.118 Таблиці виплат.

12.1.11. Звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, використовуючи будь-які доступні способи, пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту настання нещасного випадку.

12.1.12. Випадок, який не є страховим (в т.ч. захворювання) або наявні обставини, які є винятками зі страхових випадків чи обмеженнями страхування відповідно до умов Договору (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Розділом 9 Загальних умов страхового продукту).

12.2. Не є страховим випадком та страхові виплати не здійснюються за наявності таких обставин:

12.2.1. вчинення дій або бездіяльності Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що призвели до нещасного випадку;

12.2.2. керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння а також у результаті передачі керування транспортним засобом особі в такому стані, або особі, яка не має права керувати таким транспортним засобом;

12.2.3. самогубства, спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

12.2.4. скоєння Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умисного злочину чи інших протиправних дій, що призвели до заподіяння шкоди життю чи здоров'ю Застрахованої особи;

12.2.5. порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;

12.2.6. самолікування; невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, недотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану здоров'я;

12.2.7. смерті Застрахованої особи, що була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент нещасного випадку;

12.2.8. наявних у Застрахованої особи психічних захворювань або епілепсії в разі причинно-наслідкового зв'язку між захворюванням та нещасним випадком;

12.2.9. подій, що сталися із Страхувальником в місцях позбавлення волі;

12.2.10. подій, що сталися поза межами території дії та строку дії Договору;

12.2.11. захворювання, у тому числі раптові та професійні.

12.3. Не є страховим випадком події, що відбулися під час або в результаті:

12.3.1. масових заворушень, актів громадянської непокорності, громадянської війни, страйків, локаутів, бунтів, заколотів, державних переворотів або спроби їх здійснення, повстання або революції, терористичних актів та їх наслідків, диверсій, дій озброєних повстанців, а також дій влади, спрямованих на їхнє придушення;

12.3.2. застосування зброї масового знищення, ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження, хімічного, бактеріологічного забруднення;

12.3.3. воєнних дій, військових заходів будь-якого роду, використання зброї, військової техніки та знарядь війни, дій військових сил та/або спеціальних формувань (підрозділів) будь-якої держави, будь-якого роду недержавних збройних сил або збройних формувань, дій бойовиків, збройних угруповань, їх окремих учасників (незалежно від факту оголошення війни чи введення воєнного стану). Виключення не застосовується щодо випадків, які відбулися на території України за Програмою "Воєнні ризики" відповідно до обставин, передбачених п. 6.4.6. Загальних умов страхового продукту;

12.3.4. дій Збройних сил України, сил спеціального призначення та/або інших спеціально призначених воєнізованих формувань та підрозділів, проведення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії, антитерористичної операції, операції Об'єднаних сил, виконання завдань національного спротиву. Виключення не застосовується щодо випадків, які відбулися на території України за Програмою "Воєнні ризики" відповідно до обставин, передбачених п. 6.4.6. Загальних умов страхового продукту;

12.3.5. участі Застрахованої особи у воєнних (бойових) діях, в тому числі але не виключно в складі Збройних сил України, Сил оборони, будь-яких інших служб, підрозділів, формувань, в тому числі але не виключно одноособово, незалежно від форми та способу їх утворення;

12.3.6. участі в спортивних змаганнях та/або конкурсах під час занять активними видами спорту чи відпочинку, якщо за даний страховий захист Страхувальником не було сплачено додатковий страховий платіж у розмірі відповідно до п. 8.4. Загальних умов страхового продукту;

12.3.7. занять професійним спортом. В межах цього Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за грошову винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях;

12.4. Не визнається страховим випадком визнання Застрахованої особи безвісно відсутньою у порядку, встановленому законодавством України.

12.5. Не визнаються страховими випадками події, які сталися із Застрахованою особою, визнаною в судовому порядку померлою (або щодо якої в судовому порядку встановлено факт смерті). Виключення не застосовується за Програмою «Воєнні ризики» та якщо дата смерті, відповідно до рішення суду, мала

місце в період дії Договору. При цьому Страховик проводить страхову виплату виключно у разі, якщо документи щодо підтвердження таких фактів (факт оголошення померлою та / або факт встановлення смерті) та документи, визначені п. 11.1 та п. 11.2. Загальних умов страхового продукту, надані протягом 12 місяців з дати надання заяви про страховий випадок;

12.6. Не визнається страховим випадком подія, яка відбулася до початку дії даного Договору або в період, коли страховий захист за Договором не діяв, а також непрямі збитки, наприклад, упущена вигода, моральна шкода тощо.

12.7. Не визнаються страховими випадками травматичні ушкодження, функціональні розлади, стійка втрата Застрахованою особою працездатності, смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, які відбулися та мають безпосередній причинно-наслідковий зв'язок із:

- психічним захворюванням Застрахованої особи;

- захворюванням, з приводу якого Застрахованій особі встановлено групу інвалідності (I, II, III групи інвалідності або статус дитини з інвалідністю);

- захворюванням, у зв'язку із яким Застрахована особа знаходилась на освідченні медико-соціальної експертної комісії (надалі - МСЕК); перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних та інших диспансерах; хворіла на СНІД.

12.8 Страхова виплата не здійснюється у разі пошкодження меніску колінного суглобу (п.95(б) Таблиці виплат) та/або з розривом зв'язок колінного суглобу, що вимагав оперативного лікування, (п.95 в Таблиці виплат), якщо нещасний випадок відбувся або діагноз встановлено протягом перших шести місяців дії Договору.

12.9. Страхова виплата не здійснюється у разі отримання Застрахованою особою внаслідок травми садн, припухлостей м'яких тканин та ран до 2 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини; отримання ушкоджень, що потребують безперервного стаціонарного та/або амбулаторного лікування строком менше 7 днів.

12.10. Застрахованою особою не може бути особа, яка:

- визнана в установленому порядку недієздатною;

- є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та/або службовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших воєнізованих утворень, служб, підрозділів, формувань незалежно від форми та способу їх утворення). Обмеження стосується лише страхування за Програмою «Воєнні ризики».

12.11. За наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.12.10. Загальних умов страхового продукту, до початку дії Договору (в тому числі якщо після укладення Договору буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховика про зазначені обставини або повідомив завідомо неправдиві відомості, Договір вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи, щодо якої існують зазначені обставини, та у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені за Застраховану особу страхові платежі у повному розмірі.

У разі виникнення під час дії Договору обставин, за яких Застрахована особа не може бути застрахована відповідно до п.12.10. Загальних умов страхового продукту, Договір втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору не може бути продовжено на наступний строк. Страхові виплати після втрати чинності Договором не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі, сплачені за таку Застраховану особу, за період страхування, у який сталася така обставина, та за кожний наступний період страхування, у випадку їх сплати Страхувальником.

12.12. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п.11.5. Загальних умов страхового продукту. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п.11.5. Загальних умов страхового продукту, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або

законодавства України має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

12.13. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

13. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

13.1. Страховик зобов'язаний:

13.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством України.

13.1.2. Протягом **2 (двох) робочих днів** з моменту отримання заяви Страхувальника про страхову виплату, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

13.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором та цими Загальними умовами страхового продукту.

13.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати прийняття такого рішення.

13.1.5. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб.

13.2. Страховик має право:

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

13.2.2. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів / оцінювачів, та/або направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду). При цьому, Застрахована особа надає право Страховику отримувати у зазначених вище закладах, організаціях та установах будь-яку інформацію стосовно стану свого здоров'я, у тому числі інформацію, яка є лікарською таємницею.

13.2.3. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору.

13.2.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Розділом 12 Загальних умов страхового продукту.

13.2.5. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставин, зазначених у Розділі 12 Загальних умов страхового продукту.

13.2.6. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

13.2.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати **6 (шести) місяців**.

13.2.8. Відкласти здійснення страхової виплати у разі, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного

судочинства, справа про адміністративне правопорушення. Здійснення страхової виплати відкладається до закінчення розслідування та встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця) або прийняття рішення суду.

13.2.9. Достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором та Розділом 16 Загальних умов страхового продукту.

13.2.10. Відмовитись від підтримання ділових відносин з Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції, 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», зокрема, у разі:

13.2.10.1. якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;

13.2.10.2. якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;

13.2.10.3. встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

13.2.10.4. ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;

13.2.10.5. подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

13.2.10.6. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигододержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

13.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі, не допускаючи прострочення та наявності періодів страхування, за якими не сплачені страхові платежі, в тому числі при збільшенні страхового тарифу у випадках, передбачених Договором.

13.3.2. При укладанні Договору надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта страхування, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), і надалі, **не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів** після настання змін, інформувати його про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, та/або для оцінки Страхового ризику відносяться відомості про вік Застрахованої особи, про стан здоров'я та зміни стану здоров'я Застрахованої особи. Укладення Страхувальником Договору відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до пункту 12.10. Загальних умов страхового продукту, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

13.3.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування.

13.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

13.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором.

13.3.6. Для здійснення страхової виплати, – надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Загальних умов страхового продукту.

13.3.7. Протягом **5 (п'яти) років** з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати.

13.3.8. Протягом **3 (трьох) робочих днів** з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати.

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

13.3.10. Надати Страховику всю необхідну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку; надати можливість проводити розслідування події, що має ознаки страхового випадку; надати лікарю-експерту Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи.

13.3.11. Повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір та ознайомити її з умовами страхування, і якщо Застрахована особа протягом **30 (тридцяти) календарних днів** не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору, Договір вважається укладеним на її користь

13.3.12. Отримати інформацію про стани/захворювання/рід діяльності/занять Застрахованої особи, яка зазначається Страхувальником під час укладення Договору.

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. Достроково припинити дію Договору.

13.4.2. Укладати зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за умови повідомлення Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір.

13.4.3. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

13.4.4. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору.

13.4.5. За письмовою заявою отримати Договір на паперовому носії, підписаний оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням протягом **5 (п'яти) робочих днів** з моменту отримання такої вимоги Страховиком.

13.4.6. Одержати від Страховика будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

13.4.7. Відмовитись від укладеного Договору в порядку та на умовах, передбачених п.16.6. Загальних умов страхового продукту.

13.5. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом **5 (п'яти) робочих днів** про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну номеру мобільного зв'язку Страхувальника).

13.6. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством України.

13.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.

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

13.7. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадянських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму тощо.

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

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

14.1. Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку.

14.2. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше **1 (одного) місяця** від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше **15 (п'ятнадцяти) днів** від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати **45 (сорока п'яти) днів**.

Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном **(044) 225 60 00** або **+38 (097) 170 03 73 (Київстар)**, **+38 (066) 170 03 73 (Vodafone)**, **+38 (093) 170 03 73 (Lifecell)**, (цілодобово), чи письмовим на електронну пошту office@uniqa.ua або шляхом заповнення форми «Зворотнього зв'язку» на веб-сайті Страховика <https://uniqa.ua/ua/contacts/feedback/> або засобами поштового зв'язку на адресу Страховика **Україна, 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. «В»**. У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

14.3. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу: **01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0 800 505 240**); що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства України, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

15. ТЕХНОЛОГІЯ, ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ І ПІДПИСАННЯ ДОГОВОРУ. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ДОКУМЕНТООБИГУ МІЖ СТОРОНАМИ

15.1. Договір укладається у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ. Договір укладається за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або Страхового агента шляхом приєднання та складається з публічної частини договору (Пропозиції) та індивідуальної частини договору (Полісу), підписанням якого клієнт (Страхувальник) приєднується до Договору в цілому.

15.2. Для укладення Договору Клієнту необхідно зайти на вебсторінку Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства України, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору. Перед укладенням Договору Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика, про Страхового агента, Загальними умовами страхового продукту та надати підтвердження щодо надання згоди Застрахованою особою на обробку її персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації формується для Клієнта індивідуальна частина Договору.

15.2.1. Укладення Договору здійснюється шляхом прийняття Клієнтом пропозиції укласти Договір на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної

Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ та Страхового агента <https://www.pb.ua>, а також в ІТС (тощо) Страховика та Страхового агента (умови Пропозиції є загальними для споживачів).

15.3. Підписання Договору Страхувальником здійснюється шляхом прийняття Пропозиції укласти Договір на індивідуально визначених умовах.

Безумовним прийняттям Пропозиції Страховика укласти Договір вважається здійснення Страхувальником дій, направлених на оформлення Договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору) та підписання Полісу (індивідуальної частини Договору) простим електронним підписом (ОТР-пароль, Одноразовий ідентифікатор, Цифровий власноручний підпис, QR-код, ПІН-код, підпис в IVR, біометричні дані Клієнта (голосовий зліпок, відбиток пальця, Face ID), кнопки “Підпис”, “Підписав”, “Підтверджую”, “Ознайомився”, “Сплатити”, “Оплатити” тощо в ІТС Страхового агента (програмних комплексах, мобільних додатках або на офіційних сайтах у мережі Інтернет)) відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію» та згідно з договором про використання простого електронного підпису, що укладається між Страхувальником та Страховим агентом, який діє від імені Страховика. Вимога укладення договору про використання простого електронного підпису не поширюється на використання Страхувальником електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

15.3.1. Прийняттям Пропозиції Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору, приймає умови Пропозиції. Отримання Страховиком або Страховим агентом підписаного Страхувальником Полісу (індивідуальної частини Договору) засвідчує прийняття Страхувальником всіх умов Пропозиції. При укладенні та виконанні Договору відповідно до умов цієї Пропозиції Страховик / Страховий агент, уповноважені особи Страховика / Страхового агента використовують засоби підпису/засвідчення відповідно до чинного законодавства України та з урахуванням особливостей, визначених НБУ.

15.3.2. Факт перерахування коштів страхового платежу на рахунок Страховика підтверджується електронним документом (квитанцією) оператора платіжної системи, яка використана Страхувальником або Страховим агентом для сплати страхового платежу, із зазначенням дати здійснення розрахунку.

Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору — індивідуальну частину Договору (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

Договір набирає чинності в порядку, передбаченому Розділом 9 Загальних умов страхового продукту. Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

Заповнення Клієнтом форм, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору, в тому числі в ІТС Страховика / Страхового агента, не зобов'язує його укласти Договір. Договір не є укладеним без електронного підпису Страхувальника та Страховика (або Страхового агента від імені Страховика).

15.4. Невід'ємними частинами Договору є Поліс, а також Пропозиція з Додатком №1. У випадку укладення Договору за Програмою “Сімейна” або Програмою «Страхування колективу» невід'ємною частиною Договору в тому числі є Страхове Свідectво, яким підтверджується факт укладання Договору страхування від нещасного випадку за стандартним страховим продуктом «Захист на кожен день» на користь Застрахованої особи. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

15.5. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладання Договору на виконання вимог Закону України “Про фінансові послуги та фінансові компанії” (надалі в цьому пункті - **Закон**) Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені зазначеним Законом; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика www.uniga.ua та/або Страхового агента <https://privatbank.ua/strahovaniye>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в т.ч. мобільна версія, Mobile Banking).

15.6. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування у випадку, якщо прийняття такого ризику неможливе відповідно до вимог законодавства України або внутрішньої політики Страховика.

15.7. Якість надання послуг за Договором, укладеним на підставі цих Загальних умов страхового продукту відповідає вимогам Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», та іншим нормативним актам України.

15.8. Факт укладення Договору посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору (заповнення форми, надання відомостей в ІТС Страховика / Страхового агента). Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страхового агента шляхом розміщення Поліса для завантаження в Приват24 (доступний для завантаження у персональному кабінеті в Приват24). Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (Страхового агента) в електронній базі Страховика (Страхового агента).

15.9. Розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24 або відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса / повідомлення Страхувальнику про укладення Договору. Сторони Договору приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням в строк, передбачений п.13.4.5. Загальних умов страхового продукту.

15.10. Сплата страхового платежу за укладеним Договором за перший період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Полісу від Страховика або Страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації Страхового агента (у тому числі розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в ІТС Страхового агента Приват24).

15.11. Повний текст публічної частини Договору (Пропозиції) оприлюднюються Страховиком та є доступними для ознайомлення клієнтів (Страхувальників) на веб-сайті Страховика за посиланням uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/, включаючи його мобільну версію. Усі редакції публічної частини Договору (Пропозиції) зберігаються на веб-сайті Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених чинним законодавством України. Публічна частина Договору (Пропозиція) надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб, обраний ним при укладенні Договору, а саме – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/.

15.12. Поліс (індивідуальна частина Договору) містить всі істотні умови, передбачені чинним законодавством України, у тому числі шляхом посилання на відповідні умови, викладені у Пропозиції.

15.12. Договір (його індивідуальна частина – Поліс) підписується:

15.12.1. електронним підписом Страхувальника з урахуванням вимог законодавства України та цієї Пропозиції;

15.12.2. кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або Страховим агентом на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою.

15.13. Час (момент) укладення Договору визначається кваліфікованою позначкою часу накладеного КЕП уповноваженим представником Страховика (Страхового агента), який є невід'ємним реквізитом укладеного Договору.

15.14. Надання Страхувальнику примірника Полісу, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються Страховиком (Страховим агентом) за контактними даними Страхувальника, зазначеними в п.3 Полісі, або шляхом розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24.

Підписання Страхувальником Полісу та вчинення дій на виконання Договору, в тому числі сплата страхового платежу за Договором, підтверджують отримання Страхувальником примірника підписаного Договору.

16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

16.1. Внесення змін до умов Договору страхування:

16.1.1. Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін Договору шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного Договору (переукладення Договору).

16.1.1.1. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору можуть бути запропоновані із застосуванням електронної пошти Сторони та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

16.1.1.2. Сторона-ініціатор внесення змін чи доповнень до Договору направляє іншій Стороні відповідну пропозицію, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору, **не пізніше ніж за 10 (десять) календарних днів** до дати внесення змін.

Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в **десятиденний строк** з дня її отримання повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція про внесення змін до Договору, вважається відхиленням одержаної пропозиції. У разі відхилення пропозиції Договір достроково припиняє свою дію з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію, якщо інший строк не зазначений у пропозиції, без укладення нового договору страхування. У випадку дострокового припинення дії Договору з причини недосягнення Сторонами згоди щодо внесення змін чи доповнень до Договору, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором впродовж поточного року страхування. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони переукладають Договір.

Якщо Сторона, яка одержала пропозицію внести зміни до Договору, у межах строку для відповіді вчинила дію відповідно до вказаних у пропозиції умов (сплатила страховий платіж тощо), що засвідчує її бажання внести зміни до Договору, ця дія є прийняттям пропозиції, якщо інше не вказане в пропозиції.

Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої із застосуванням електронної пошти Сторони та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking), або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу в порядку, передбаченому п. 13.5 Загальних умов страхового продукту, за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

16.1.2. Своїм підписом Страхувальник підтверджує надання згоди на те, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни в Пропозицію (з урахуванням обмежень, визначених законодавством) шляхом викладення нової редакції Пропозиції на вебсайті Страховика uniqua.ua/oferta/at-kb-privat-bank/. Викладення нової редакції Пропозиції на вебсайті Страховика вважається належним повідомленням Страхувальника про внесення змін в Пропозицію. Якщо Страхувальник не згоден із змінами умов Договору, він має право достроково припинити його дію, повідомивши про це Страховика протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати публікації таких змін. В такому випадку Страховик повертає Страхувальнику невикористану частину страхового платежу, розраховану згідно з п. 16.2.3.3. Загальних умов страхового продукту. Якщо від Страхувальника протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати викладення нової редакції Пропозиції не надійшло повідомлення про дострокове припинення дії Договору страхування, Страхувальник вважається таким, що повністю прийняв Пропозицію, викладену в новій редакції. Страхувальник приймає на себе обов'язок

самостійно відстежувати наявність/відсутність пропозицій Страховика про зміну умов Договору на офіційному вебсайті Страховика в мережі Інтернет.

16.2. Підставами припинення дії Договору є:

16.2.1. припинення дії Договору за згодою Сторін Договору. При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхового платежу або його частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді;

16.2.2. припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме:

- закінчення строку дії Договору. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- несплати чергового страхового платежу **протягом 6 (шести) місяців поспіль**;
- ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства України, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов Договору (п.17.5. Загальних умов страхового продукту), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним; наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством України та відповідним рішенням суду;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2.3. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціююча Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за **30 (тридцять) календарних днів** до дати припинення дії Договору. При цьому:

16.2.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, у розмірі, передбаченому Договором, але не більше максимальної частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договорів страхування за цим страховим продуктом (п.17.5. Загальних умов страхового продукту), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором впродовж поточного року страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним впродовж поточного року страхування страховий платіж повністю. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

У разі, якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному Договором, незалежно від надання згоди Страхувальника, виконання ним умов Договору та інших обставин.

16.2.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачений ним впродовж поточного року страхування страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору у розмірі, передбаченому Договором, але не більше максимальної частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договорів страхування за цим страховим продуктом (п.17.5.

Загальних умов страхового продукту), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором впродовж поточного року страхування. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

16.2.3.3. У випадках, коли повернення страхових платежів відбувається з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, у відповідності до п.16.2.3.1. та п. 16.2.3.2. Загальних умов страхового продукту, сума страхового платежу до повернення розраховується за формулою

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

СПС = Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником, в грн.

СПФ = Страховий платіж за фактичний строк дії Договору = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДФ}$, 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 = $\text{СПЗ} \times \text{частка витрат Страховика}$, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, %, де

СПЗ = Страхова премія за період, що залишився до закінчення дії Договору = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДЗ}$, в грн.

ДЗ = Кількість днів, що залишились до закінчення дії Договору, днів.

ФВВ = Фактичні виплати страхового відшкодування здійснені Страхувальнику, в грн.

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

16.2.3.4. Пропозиція достроково припинити дію Договору може бути запропонована із застосуванням електронної пошти Сторони та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі.

16.4. Повернення сплаченого страхового платежу або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом Загальних умов страхового продукту, здійснюється Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою Сторін.

16.5. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились не врегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.6. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством України, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше 30 (тридцяти) календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж повністю протягом **10 (десяти) банківських днів** з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору, останній вважається неукладеним, а Сторони Договору повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

17. ІНШІ УМОВИ

17.1. Договір укладається на підставі Ліцензії, виданої Національним банком України. Дата внесення запису 23.04.2024, що підтверджується Витягом із Державного реєстру фінансових установ.

17.2. Договір укладається відповідно до Загальних умов стандартного страхового продукту "Захист на кожен день", затверджених Наказом №34 від 28.05.2024 р., дата початку дії 01.07.2024 р.,

повний текст яких розміщений на веб-сторінці Страховика за посиланням uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/.

17.2.1. Страхування здійснюється за класом страхування 1 “Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)”, ризик в межах класу страхування “страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання”.

17.2.2. У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуватимуться положеннями чинного законодавства України, а також зазначених Загальних умов страхового продукту. У випадку розбіжностей між Загальними умовами страхового продукту та Договору – перевагу мають положення Договору.

17.3. Терміни в Договорі вживаються в таких значеннях:

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

Програма страхового продукту (Програма) – строкові, вартісні та територіальні складові страхового захисту, що пропонуються споживачу окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхового платежу або страхового тарифу, видом та розміром франшизи. Перелік видів Програм за Договором наведено в п. 7.1. Загальних умов страхового продукту . Обрана Страхувальником Програма для конкретної Застрахованої особи вказується в Договорі.

Період страхування - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором в межах загального строку дії Договору (періоди страхування застосовуються з урахуванням Розділу 9 Загальних умов страхового продукту).

Регулярний платіж - це платіж на визначену Клієнтом (Страхувальником) суму, який здійснюється Банком у вказану Клієнтом (Страхувальником) дату.

Страховий захист - зобов'язання Страховика щодо здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, що виникло протягом строку дії Договору.

Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

17.3.1. Інші терміни, що вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

17.4. Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за Договором. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи стягують комісію за перерахування коштів відповідно діючих тарифів.

17.5. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, становить 50 % страхового платежу.

17.6. Застереження щодо захисту персональних даних:

17.6.1. Страхувальник, підписуючи Договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з укладенням та виконанням Сторонами умов Договору протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, в тому числі для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник

надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством України, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

17.6.2. Укладаючи Договір, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику та асистуючій компанії згоду на отримання Страховиком від третіх осіб (медичних та інших закладів, лікарів приватної практики, свідків настання випадку тощо), які надавали медичні або інші послуги Застрахованій особі, своїх персональних, медичних та інших даних, які становлять лікарську таємницю, медичну інформацію про стан свого здоров'я, лікування, встановлені діагнози, а також обставини настання випадку тощо).

17.6.3. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням Договору Страхувальник / Застрахована особа надають свою згоду Страховику (Страховому агенту, якщо такий агент укладає Договір від імені Страховика) та асистуючій компанії:

- на обробку їх персональних даних (в тому числі даних про стан здоров'я), з метою провадження страхової діяльності (укладання та виконання Договору), та/або пропонування Застрахованій особі / Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним із використанням засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;
- на прийняття рішень на підставі обробки персональних даних Застрахованої особи (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;
- на обробку персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Застраховану особу / Страхувальника виключно з метою виконання Договору;
- на зберігання їх персональних даних довше ніж це необхідно для встановлених цілей їх обробки у випадку, коли зберігання персональних даних вимагається законодавством України;
- на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України;
- на надання Страховиком доступу асистуючій компанії та медичним закладам до персональних даних Застрахованих осіб та передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Медичним закладам без повідомлення Страхувальника виключно з метою виконання Договору;
- на передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Страхувальнику на його вимогу без повідомлення Застрахованих осіб;
- передачу та/або надання доступу до персональних даних Страхувальника, Застрахованих осіб 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, визначеною п. 17.6. Загальних умов страхового продукту.

17.6.4. Страхувальник підтверджує, що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних (в тому числі даних про стан здоров'я), відповідно до п.17.6. Загальних умов страхового продукту. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

17.6.5. Страхувальник підтверджує, що повідомив Застрахованих осіб (їх законних представників) про укладення Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням Договору Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

Всі Застраховані особи за Договором повідомлені про страхування на умовах, зазначених у Договорі, та зобов'язуються виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (в т.ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застраховані особи не були повідомлені Страхувальником про страхування за Договором, Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, як, якби Страховик сам їх відшкодував.

17.6.6. Страхувальник /Застрахована особа надають безвідкличний та безумовний дозвіл асистуючій компанії та медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за подіями, що мають ознаки страхового випадку, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

17.7. Застереження щодо запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення: належна перевірка клієнта-фізичної особи здійснюється Страховим агентом згідно з вимогами пункту 4 статті 11 Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», та додатку 2 до Положення про здійснення установами фінансового моніторингу. Інформацію та необхідні документи щодо належної перевірки Страховик може отримати від Страхового агента відповідно до укладеного договору на право використання інструменту покладання. Ідентифікація Страхувальника здійснена Страховим агентом перед встановленням ним ділових відносин. Верифікація Страхувальника здійснена при зверненні до Страхового агента із застосуванням ІТС Страхового агента.

17.8. Валютне застереження: валютою страхування за Договором є грошова одиниця України (гривня).

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

17.10. **Положення про виключення та санкції.** Незважаючи на інші положення Договору, Договір забезпечує страховий захист в тій мірі, наскільки даний страховий захист 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.

17.11. **Страхувальник, підписуючи Договір, надає свою згоду отримувати повідомлення від Страховика/Страхового агента та підтверджує, що отримав згоду від Застрахованих осіб отримувати повідомлення від Страховика/Страхового агента на засоби зв'язку, надані Страхувальником під час укладення Договору як засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб відповідно, а також надає згоду на проведення Страховиком/Страховим агентом ідентифікації його як Страхувальника та підтверджує, що отримав згоду від Застрахованих осіб на проведення Страховиком їх ідентифікації як Застрахованих осіб, за датою народження та/або номером телефону, та/або електронною адресою, вказаними в Договорі як засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб відповідно, під час звернення до Страховика/Страхового агента за допомогою цифрових каналів комунікацій та будь-яких інших мережевих ідентифікаторів, включаючи месенджер, комунікатори UNIQAua в Viber та Telegram, мобільний застосунок MyUNIQA тощо.**

Страхувальник підтверджує:

- що його номер телефону може використовуватися Страховиком/Страховим агентом **для отримання підтвердження від Страхувальника способу виплати та реквізитів для здійснення страхової виплати (за умови що Страхувальник є Вигодонабувачем за Договором), для надання консультацій, внесення змін до умов Договору;**

- що **повідомив Застрахованих осіб, що номер телефону Застрахованої особи може використовуватися Страховиком/Страховим агентом для отримання підтвердження від Застрахованої особи способу виплати та реквізитів для здійснення страхової виплати (за умови, що Застрахована особа є Вигодонабувачем за Договором), для надання консультації;**

- що засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб, надані під час укладення Договору,

є актуальними на дату укладення Договору та **зобов'язується повідомити Страховика/Страхового агента** протягом 5 (п'яти) робочих днів **у випадку їх зміни**. Якщо Страховик не був повідомлений Страхувальником про зміну засобів зв'язку вчасно, направлені Страховиком повідомлення на останні надані Страхувальником Страховику/Страховому агенту засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб є належним чином виконані Страховиком.

17.12. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованої особи (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються медичним закладом Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо медичному закладу).

У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від медичному закладу 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 відповідної 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.

17.13. Страхувальник підтверджує: що за останні 12 (дванадцять) місяців, які передують укладенню Договору, Застрахована особа не зверталася за медичною допомогою, обстеженням чи консультацією у зв'язку із одним і тим самим захворюванням більш ніж один раз; на момент укладення Договору жодна Застрахована особа не здійснює професійну діяльність, хобі та/ або не займається екстремальними видами спорту з підвищеними ризиками для життя.

17.14. 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». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на веб-сайті Страховика за посиланням www.uniga.ua, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.

17.15. 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.

17.16. 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.

17.17. Пропозиція, на підставі якої укладається Договір, дійсна з дати, вказаної в Пропозиції, та діє до оприлюднення на сайті Страховика інформації про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Дія попередньої редакції Пропозиції припиняється з оприлюдненням на сайті Страховика нової редакції Пропозиції. Укладені договори страхування діють на умовах відповідної редакції Пропозиції, що діяла на момент укладення таких договорів.

**Таблиця розмірів страхових виплат у випадку травматичних ушкоджень організму
Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку**

Таблиця 1

Стаття	Травматичне ушкодження, інший розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (% від страхової суми)
Черепно-мозкова травма, нервова система		
1.	Перелом кісток черепа: а) зовнішньої пластинки кісток склепіння б) склепіння в) основи г) склепіння і основи	5 15 20 25
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: а) епідуральна б) субдуральна, внутрішньомозкова в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	10 15 20
3.	Ушкодження головного мозку: а) струс головного мозку при строку лікування від 7 днів б) струс головного мозку при стаціонарному строку лікування від 14 і більше днів в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив при стаціонарному строку лікування не менше 14 днів г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу) д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики) Примітки: 1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% від страхової суми, одноразово. 2. Струс головного мозку має бути підтверджений діагнозом лікаря невропатолога/невролога і наявністю енцефалограми головного мозку.	3 5 10 15 50
4.	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до: а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту в) епілепсії г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки) д) гемі - або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті) е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки) ж) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції) з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними у ст. 4, виплачується за одним з пунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3-х місяців з дня отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата здійснюється додатково до страхової	5 10 15 30 40 60 70 100

	<p>виплати, яка була здійснена раніше у зв'язку із травмою(ами), що призвела(у) до ураження нервової системи.</p> <p><u>Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.</u></p> <p>2. У випадку, коли Страхувальником (Застрахованою особою) подані довідки стосовно лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється за ст. 1, 2, 3, 5, 6 та ст. 4 тільки за найважче з ушкоджень.</p> <p>3. В разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями тільки за найважче з ушкоджень.</p>	
5.	Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст. 1. Стаття 5 при цьому не застосовується.	10
6.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів: а) Струс спинного мозку при безперервному стаціонарному лікуванні - строком не менше 7 днів, і амбулаторному лікуванні загальною тривалістю не менше 14 днів б) Забій спинного мозку при безперервному лікуванні загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування у поєднанні із стаціонарним лікуванням, тривалість якого склала не менше 14 днів в) здавлення, гематомієлія, поліомієліт г) частковий розрив д) повний перерив спинного мозку	5 10 30 50 100
7.	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів) .	5
8.	Ушкодження (перерив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь: а) травматичний плексит б) частковий розрив сплетіння в) перерив сплетіння Примітки: 1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.	10 40 70
9.	Перерив нервів: а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променезап'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променезап'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового д) двох і більше: пахвового, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового Примітка: 1. Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не дає підстав для отримання страхової виплати.	5 10 20 25 40
Органи зору		
10.	Параліч акомодатії одного ока.	15
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).	15
12.	Звуження поля зору одного ока: а) неконцентричне б) концентричне	10 15
13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока	10

14.	Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору: а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм в) опіки ока (очей) без зазначення ступеня, а також опіки ока (очей) I ступеня Примітки: 1. У випадку, якщо ушкодження, перелічені в ст. 14 призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20. Стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснювалася страхова виплата за ст. 14, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, то раніше виплачена сума утримується. 2. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.	3 10 1
15.	Ушкодження слъозопровідних шляхів одного ока: а) які не призвели до порушення функції слъозопровідних шляхів б) які призвели до порушення функції слъозопровідних шляхів	3 7
16.	Наслідки травми ока: а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій) , заворот повіка, не видалені сторонні тіла у очному яблуці та тканинах очної ямки, рубці оболонки очного яблука та повік (за винятком шкіри) Примітки: 1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільше тяжкого наслідку, одноразово. 2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше ніж через 3 місяця після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, які перелічені у статтях 10, 11, 12, 13, 15 б, 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше ніж 50% за одне око.	3 10
17.	Ушкодження ока (очей), що призвело до повної втрати зору, одного, єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,2: а) одного ока б) єдиного ока або обох очей	50 100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.	10
19.	Перелам орбіти.	10
20.	Зниження гостроти зору.	Табл. 1.1.
Органи слуху та органи дихання.		
21.	Ушкодження вушної раковини, що призвели до: а) переламу хряща б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати за ст. 21(б, в, г) приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата здійснена за ст. 21, то ст. 58 не застосовується.	3 5 7 15
22.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху: а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м б) шепітна мова на відстані до 1 м в) цілковита глухота (розмовна мова - 0) Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми слуху приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня одержання травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за ст. 23, 24 а (якщо є підстави) .	5 15 25

23.	<p>Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, то розмір страхової виплати визначається за ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується.</p> <p>2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), то ст. 23 не застосовується.</p>	2
24.	<p>Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:</p> <p>а) гострого гнійного б) хронічного</p> <p>Примітка. Страхова виплата за ст. 24 б здійснюється додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-фахівцем через 3 місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми за відповідною статтею.</p>	1 5
25.	<p>Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, ґратчастої кістки.</p> <p>Примітка. Якщо у зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа настане його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами лікарського огляду, то страхова виплата здійснюється за ст. 25 та ст. 58 (якщо є підстави застосування цієї статті) шляхом підсумовування.</p>	5
26.	<p>Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:</p> <p>а) з однієї сторони б) з обох сторін.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Пневмонія, яка розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (за винятком ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не дає підстав для здійснення страхової виплати.</p> <p>2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених ст. 26, страхова виплата за цією статтею виплачується додатково до ст. 28, ст. 29.</p>	5 10
27.	<p>Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до:</p> <p>а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми) б) видалення долі, частини легені в) видалення однієї легені</p> <p>Примітка. При здійсненні страхової виплати за статтею 27(б, в) стаття 27 а не застосовується.</p>	10 30 50
28	Перелом грудини.	5
29	<p>Перелом ребер:</p> <p>а) одного чи двох ребер б) три і більше незалежно від кількості ребер</p> <p>Примітки:</p> <p>1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати.</p>	5 10
30	<p>Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:</p> <p>а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)</p> <p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, то страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 27; стаття 30 при цьому не застосовується. Статті 30 та 26 одночасно не застосовуються.</p>	5 10 15 5

	2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найскладнішого втручання, одноразово.	
31.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції Примітка. Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія), то додатково виплачується 5% від страхової суми.	5
32.	Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до: а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми Примітка. Страхова виплата за ст. 32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою за ст. 31. У випадку, якщо страхувальник (застрахована особа) в своїй заяві вказав, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, то необхідно отримати висновок спеціаліста по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 31.	10 20
Серцево-судинна система.		
33.	Ушкодження серця, його оболонки та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності	25
34.	Ушкодження серця, його оболонки та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності: а) I ступеня б) II-III ступеня Примітка. Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а.	10 25
35.	Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні: а) плеча, стегна б) передпліччя, гомілки	10 5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, підключичні, підпахвові, стегнові та підколінні вени. 2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста. 3. Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми, встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченню 3 місяців після травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за ст. 33, 35. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 5% від страхової суми.	10
Органи травлення.		
37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи: а) перелом однієї кістки, вивих щелепи б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	5 10

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

	першого ступеня другого ступеня третього ступеня б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу Примітка. Процент від страхової суми, який підлягає сплаті за ст. 44, визначається не раніше ніж через 6 місяців з дня травми. Раніше цього страхова виплата здійснюється попередньо за ст. 43 і цей процент вираховується при прийнятті остаточного рішення.	25 30 40 70
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до: а) холециститу, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози д) протиприродного заднього проходу (колостоми) Примітки: 1. При ускладненнях травми, передбачених у пунктах а), б), в) ст. 45, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми, а передбачені в пунктах г), д) ст. 45 - по закінченню 6 місяців після травми. Вказані ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється за ст. 43 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення. 2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному пункті ст.45, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних пунктах, розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень.	5 10 25 50 75
46.	Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої грижі. Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 46 здійснюється додатково до страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми. 2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.	10
47.	Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до: а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою і зберігається більше місяця з моменту травми чи отруєння, гепатозу б) печінкової недостатності	5 20
48.	Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до: а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура в) видалення частини печінки г) видалення частини печінки та жовчного міхура	15 20 25 35
49.	Ушкодження селезінки, що призвело до: а) підкапсульного розриву селезінки, що не потребував оперативного втручання б) видалення селезінки	5 30

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

	г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості) Примітка. Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється за ст. 52 (б, в). Стаття 54 при цьому не застосовується.	5
55.	Ушкодження органів статеві або сечовидільної системи: а) поранення, розрив б) згвалтування особи у віці: до 15 років від 15 до 18 років від 18 років і старше Примітка. Страхова виплата за пунктом б) ст.55 здійснюється лише після того, як факт згвалтування буде підтверджено вироком суду, що набрав законної чинності. При цьому ця виплата зменшується на суму, яка була виплачена за пунктом а) ст.55.	5 50 30 15
56.	Ушкодження статеві системи, що призвело до: а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену в) втрати матки у жінок віком: до 40 років від 40 до 50 років від 50 і старше г) втрати статевого, члена, в т.ч. разом з яєчками у чоловіків віком: до 60 років 60 років і старше	15 30 50 30 15 50 20
М'які тканини		
57.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до: а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше в) значного порушення косметичного вигляду г) різкого порушення косметичного вигляду д) спотворення. Примітки: 1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини. Спотворення – це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів. 2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичний вигляд в тому чи іншому ступені. 3. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була виплачена відповідна страхова виплата, а потім застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), страхова виплата проводиться знову з урахуванням наслідків повторної травми.	3 5 10 15 20
58.	Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею: а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше б) від 5,0 кв. см до 2 % поверхні тіла в) від 2,0 % до 6,0% поверхні тіла г) від 6,0 % до 10,0% поверхні тіла д) від 10,0 % до 15,0% поверхні тіла е) від 15 % та більше Примітки:	3 5 10 15 20 25

	<p>1. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II-V п'ясних кісток (без урахування I пальця).</p> <p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p> <p>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), стаття 58 не застосовується.</p>	
59.	<p>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:</p> <p>а) від 1 % до 2 % поверхні тіла б) від 2% до 10% поверхні тіла в) від 10% і більше</p> <p>Примітки. Рішення про проведення страхової виплати за статтями 57, 58, 59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхонь ран але не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p> <p>2. Загальна сума виплат за статтями 58 і 59 не повинна перевищувати 40%.</p>	<p>3 5 10</p>
60.	<p>Опікова хвороба</p> <p>Примітки: страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.</p>	10
61.	<p>Ушкодження м'яких тканин:</p> <p>а) невидалені сторонні тіла б) м'язева грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття ауто трансплантата, розрив, надрив м'язів</p> <p>Примітки.</p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язевою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1 місяця з дня травми.</p> <p>2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом б) ст.61 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p>	<p>3 5 5</p>
Хребет		
62.	<p>Перелом, переломо-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка):</p> <p>а) одного б) двох-трьох</p>	<p>5 10</p>
	<p>б) чотирьох-шести; в) семи і більше</p>	<p>20 30</p>
63.	<p>Розрив міжхребцевих зв'язок (при строку лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка).</p> <p>Примітка: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.</p>	5
64.	<p>Перелом остистого або поперечного відростка:</p> <p>а) одного-двох б) трьох і більше</p>	<p>5 10</p>
65.	Перелом крижів	10
66.	<p>Ушкодження куприка:</p> <p>а) підвивих куприкових хребців б) вивих куприкових хребців в) перелом куприкових хребців</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі, крижів та куприка)</p>	<p>3 5 10</p>

	<p>проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.</p> <p>2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень.</p> <p>3. У випадку, коли внаслідок однієї травми станеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата проводиться за статтею, яка передбачує найважче ушкодження, одноразово.</p> <p>4. Ушкодження хребта, що настали без зовнішньої дії - травми, наприклад, що стали наслідком підйому важких речей, не є основою для страхової виплати.</p>	
Верхня кінцівка. Лопатка та ключиця.		
67.	<p>Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно - ключичного зчленувань:</p> <p>а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування</p> <p>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці</p> <p>в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування</p> <p>г) незрощений перелом (псевдосуглоб)</p> <p>Примітки:</p> <p>1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, страхова виплата за ст. 58 не здійснюється.</p> <p>3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 6 місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>15</p>
Плечовий суглоб		
68.	<p>Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки):</p> <p>а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча;</p> <p>б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;</p> <p>в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) перелоמו-вивих плеча;</p> <p>Примітка: у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 68, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
69.	<p>Ушкодження плечового поясу, що призвели до:</p> <p>а) звичного вивиху плеча</p> <p>б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу)</p> <p>в) "бовтаючогося" плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за ст. 69 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми.</p> <p>3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у</p>	<p>5</p> <p>20</p> <p>40</p>

	<p>випадку, коли він настав протягом 3 років після первинного вивиху, що стався під час чинності договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилося його вправлення. В разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не проводиться.</p> <p>4. Страхова виплата за пунктом а) ст.69 здійснюється одноразово незалежно від кількості подальших випадків звичайного вивиху одного і того ж плеча.</p>	
Плече		
70.	<p>Перелом плечової кістки:</p> <p>а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина), крім ділянки суглобів</p> <p>б) подвійний перелом</p>	<p>15</p> <p>20</p>
71.	<p>Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за статтею 71 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 9 місяців після травми.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми.</p>	20
72.	<p>Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:</p> <p>а) з лопаткою, ключицею або їх частиною</p> <p>б) плеча на будь-якому рівні</p> <p>в) єдиної кінцівки на рівні плеча</p> <p>Примітка: якщо страхова виплата проводиться за статтею 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>	<p>70</p> <p>60</p> <p>100</p>
Ліктьовий суглоб		
73.	<p>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:</p> <p>а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя, вивих кістки</p> <p>б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, черезвиростковий (надвиростковий) перелом плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки</p> <p>в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя</p> <p>г) перелом плечової кістки</p> <p>д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.</p> <p>Примітка: у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 73, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
74.	<p>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:</p> <p>а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);</p> <p>б) "бовтаючогося" ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата за ст. 74 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченню 6 місяців після травми й підтвержене довідкою цього закладу.</p> <p>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	<p>20</p> <p>30</p>
Передпліччя		
75.	<p>Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):</p> <p>а) перелом однієї кістки</p>	5

	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	8
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя: а) однієї кістки б) двох кісток Примітки: Страхова виплата за ст. 76 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.	15 20
77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до: а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово. 2. Якщо страхова виплата проводиться за статтею 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	50 55 100
Променевозап'ястний суглоб		
78.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба: а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки б) перелом двох кісток передпліччя в) перілунарний вивих кисті г) вивих кісток зап'ястя д) перелоמו-вивих кисті	3 7 5 1 5
79.	Ушкодження ділянки променевозап'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі. Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променевозап'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевозап'ястного суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.	15
Кисть		
80.	Перелом кісток зап'ястя, п'ясних кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної) б) двох і більше кісток (крім човноподібної) в) човноподібної кістки Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	3 3 5
81.	Ушкодження кисті, що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів) б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променевозап'ястного суглоба в) ампутації єдиної кисті	10 50 70

	Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ясних кісток проводиться додатково за ст 81а у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 3 місяці від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.	
Пальці кисті. Перший палець		
82.	Ушкодження пальця, що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки б) перелому, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 82, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.	1 3
83.	Ушкодження пальця, що призвели до: а) відсутності рухів в одному суглобі б) відсутності рухів у двох суглобах Примітки: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції I пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.	5 10
84.	Пошкодження пальця, що призвело до: а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги б) ампутації на рівні нігтьової фаланги в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги) г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця) д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною Примітка: якщо страхова виплата проведена за ст. 84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.	3 5 10 15 18
Другий, третій, четвертий, п'ятий пальці		
85.	Ушкодження одного пальця, що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки б) перелому, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів/згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм пальця (пальців) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 85, страхова виплата проводиться у відповідності з пунктом, який враховує найтяжче ушкодження.	1 3
86.	Ушкодження пальця, що призвело до: а) відсутності рухів у одному суглобі б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку	5 7

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

	2. Страхова виплата за ст. 91б проводиться у тому випадку, коли це ускладнення буде встановлено у лікувальному закладі, але не раніше як через через 9 місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	
Стегно		
92.	Перелом стегна: а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина) б) подвійний перелом стегна	15 25
93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово. 2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.	25
94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки б) єдиної кінцівки Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	50 100
Колінний суглоб		
95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба: а) гемартроз, вивих надколінника б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки маломілкової кістки, пошкодження меніска в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, виростків стегна, черезвиростковий (надвиростковий) перелом стегна, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою маломілкової д) вивих гомілки е) перелом дистального метафіза стегна ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з пунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба (окрім розрива зв'язок) проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	3 5 10 10 7 15 20
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до: а) відсутності рухів у суглобі б) "бовтаючогося" колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його в) ендопротезування Примітка: страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.	20 25 30
Гомілка		
97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів) :	

	<p>а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової</p> <p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діяфіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці діяфіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині. 2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діяфіза, розмір страхової виплати визначається тільки за найважче з ушкоджень за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97.</p>	<p>5 10 15</p>
98.	<p>Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів):</p> <p>а) малогомілкової кістки б) великогомілкової кістки в) обох кісток</p> <p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 98 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	<p>5 15 20</p>
99.	<p>Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:</p> <p>а) ампутації гомілки на будь-якому рівні б) екзартикуляції в колінному суглобі в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки</p> <p>Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</p>	<p>50 60 100</p>
Гомілковоступневий суглоб		
100.	<p>Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:</p> <p>а) перелом однієї щиколотки, заднього краю великогомілкової кістки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки</p> <p>Примітки: 1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.</p>	<p>5 10 15</p>
101.	<p>Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:</p> <p>а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі б) "бовтаючогося" гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його) в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі.</p> <p>Примітка: якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в ст. 101, страхова виплата проводиться за одним з пунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок.</p>	<p>20 25 30</p>

102.	Ушкодження ахіллова сухожилка: а) при консервативному лікуванні б) при оперативному лікуванні	5 15
Стопа		
103.	Ушкодження стопи: а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної) б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка) Примітки: 1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. 2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.	5 10 15
104.	Ушкодження стопи, що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток) б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка) ампутації на рівні: г) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи) д) плюсневих кісток або передплюсни е) таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи) Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами а), б) в) ст.104, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, коли вони будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а за пунктами г), д), е) - незалежно від строку, що минув після травми.	5 15 20 30 40 50
Пальці стопи		
105.	Перелом фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків): а) одного пальця б) двох-трьох пальців в) чотирьох-п'яти пальців Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.	3 5 10
106.	Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації: першого пальця а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться.	5 10 5 10 15 20

107.	Ушкодження, що призвело до: а) утворення лігатурних свищів б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту Примітки: 1. Стаття 107 застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6 місяців від дня травми (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів). При гематогенному остеомієліті страхова виплата проводиться після пред'явлення довідки ф.№195. 2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.	3 5 10
108.	Травматичний шок, опіковий, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою. Примітка: страхова виплата за статтею 108 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.	5
109.	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні: а) 3-10 днів б) 11 -20 днів в) 21 і більше днів Примітка: якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 109, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова виплата з урахуванням раніше проведених страхових виплат за відповідними статтями Таблиці та встановлених в них строків.	5 7 10
Відмороження		
110.	Загальне охолодження організму (шок): а) на повітрі б) на воді	5 10
111.	Відмороження: а) I ступеня площею понад 2 кв. см б) II ступеня площею понад 2 кв. см в) III ступеня г) IV ступеня Примітка: У випадку, якщо внаслідок відмороження здійснюється ампутація (відторгнення) будь-якого ушкодженого органу, виплата страхового відшкодування окремо за ст.111 не здійснюється.	1 3 7 10
112.	Ускладнення при III- IV ступені відмороження: - місцевого характеру: а) ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнойна) б) ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, зміна тактильної чутливості) - загального характеру: в) пневмонія г) сепсис д) емболія е) гострий міоглобінурійний невроз	7 10 10 20 10 10
Термічні та хімічні опіки*		
113.	Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12 % поверхні тіла	
	а) поверхові ушкодження I, II ступеня від 1% до 6 % поверхні тіла та III, III A ступеня до 1 % поверхні тіла	1
	б) поверхові ушкодження I, II ступеня від 6% до 12 % поверхні тіла та III, III A ступеня від 2 % до 6% поверхні тіла	3
	в) поверхові ушкодження III,III A ступеня від 6% до 12% поверхні тіла	5
114.	Глибокі ушкодження (IIIБ, IV ступеня) на площі до 6 % поверхні тіла	5
115.	Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10

116.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (ІІІБ, ІV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
117.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (ІІІБ, ІV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
	*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60	
118.	Страховий випадок, що стався із застрахованою особою в період чинності договору страхування, і не передбачений цією Таблицею, але при цьому вимагалось стаціонарне і (або) амбулаторне безперервне лікування в цілому не менше ніж 7 днів. За кожний наступний день понад 7 днів - 0,1% за кожний день, але не більш ніж 5%	0,5

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

Таблиця 1.1

Гострота зору		Розмір страхової виплати, %	Гострота зору		Розмір страхової виплати, %	
до травми	після травми		до травми	після травми		
1.0	0.9	3	0.6	0.5	5	
	0.8	5		0.4	7	
	0.7	7		0.3	10	
	0.6	10		0.2	12	
	0.5	12		0.1	15	
	0.4	15		нижче 0,1	20	
	0.3	20		0.0	25	
	0.2	25				
	0.1	30	0.5	0.4	5	
	нижче 0,1	40		0.3	7	
	0.0	50		0.2	10	
0.9	0.8	3		0.1	12	
	0.7	5		нижче 0,1	15	
	0.6	7		0.0	20	
	0.5	12				
	0.4	15	0.4	0.3	5	
	0.3	20		0.2	7	
	0.2	25		0.1	10	
	0.1	30		нижче 0,1	15	
	нижче 0.1	40		0.0	20	
	0.0	50				
0.8	0.7	3	0.3	0.2	5	
	0.6	5		0.1	7	
	0.5	10		нижче 0,1	10	
	0.4	15		0.0	20	
	0.3	20				
	0.2	25	0.2	0.1	5	
	0.1	30		нижче 0,1	10	
	нижче 0,1	40		0.0	20	
	0.0	50				
	0.7	0.6		3	0.1	нижче 0,1
0.5		5		0.0		20
0.4		10				
0.3		15	нижче 0.1	0.0	20	
0.2		20				
0.1		25				
нижче 0,1		30				
0.0		40				

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

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