1. Загальні положення, терміни та визначення

1.1. Ці Загальні умови стандартного страхового продукту «Повний захист: життя, критичні хвороби, травми» (надалі – **Умови**) є невід'ємною частиною договору страхування за стандартним страховим продуктом «Повний захист: життя, критичні хвороби, травми» (надалі – **Договір**). Умови затверджені Наказом **ПрАТ "СК "УНІКА ЖИТТЯ" №17 від 22.04.2026 р., вступають в дію з 01.05.2026 р.** та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням: https://uniqa.ua/storage/public-offer/partner-reports/9301_umovy_01.05.2026.pdf

1.2. Договори за цим страховим продуктом укладаються на підставі Ліцензії, виданої Національним банком (дата і номер рішення щодо зміни обсягу Ліцензії 25.07.2025 №21/812-рк, що підтверджується Витягом із Державного реєстру фінансових установ), **за класом страхування 1** «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» та **за класом страхування 2** "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)", що включає ризик в межах класу страхування - страхування на випадок хвороби.

1.3. **Об'єктом страхування** є життя, здоров'я, працездатність особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування (надалі - Застрахованої особи), зазначеної в п. 5 Договору.

1.4. **Визначення понять та термінів, що вживаються в Договорі:**

1.4.1. **Вигодонабувач** - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства (спадкоємиці Застрахованої особи за законом).

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

1.4.3. **Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування віком від 1 (одного) року до 65 (шістдесяти п'яти) років. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування власного життя, працездатності та здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

1.4.4. **Законний представник Застрахованої особи** – батьки, усиновлювачі, опікуни чи інші особи, визначені законом. За цим страховим продуктом під «діями, правами чи обов'язками Застрахованої особи» для Застрахованих неповнолітніх осіб розуміються в тому числі дії,

права, обов’язки їх Законних представників.

1.4.5. **Інвалідність, стійка непрацездатність, стійка втрата працездатності** – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав на рівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист. Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України. Залежно від ступеню втрати здоров'я встановлюють три групи інвалідності.

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

1.4.7. **Лікувально-профілактичний заклад (далі – ЛПЗ)** – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні, медичні послуги, а також виконання інших функцій, пов’язаних з професійною діяльністю медичних працівників, а саме: медичні центри, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, науково-дослідні інститути, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри тощо, незалежно від форми власності.

1.4.8. **Експертна команда з оцінювання повсякденного функціонування особи** – спеціально створені команди лікарів в спеціально визначених Міністерством охорони здоров’я закладах охорони здоров'я, які проводять оцінювання повсякденного функціонування особи, встановлюють групи інвалідності, фіксують причини та час її настання, встановлюють ступінь втрати професійної працездатності та виконують інші обов'язки відповідно до Порядку проведення оцінювання повсякденного функціонування особи, затвердженого постановою Кабінету міністрів України.

1.4.9. **Компетентні органи** – державні органи (установи, організації), заклади охорони здоров’я, рятувальні, аварійні, пожежні служби, інші підприємства, установи, організації до компетенції яких, згідно із законодавством України або іншої держави, громадянином якої є Застрахована особа, належить визначення фактів та/або обставин подій, які вважаються страховими випадками відповідно до цих Умов та оформлення (засвідчення) відповідних підтверджуючих документів.

1.4.10. **Медичний огляд** – процедура комплексного обстеження стану здоров’я Застрахованої особи, яка проводиться у випадках передбачених Умовами на вимогу Страховика уповноваженим ним медичними спеціалістами, може включати огляд, лабораторні та інструментальні дослідження та передбачає видачу експертного висновку за результатами обстеження.

1.4.11. **Непрацездатність** – соціально-фізіологічний стан людини, який визначається об'єктивною втратою чи зменшенням природних функцій організму, значним зменшенням обсягу чи припиненням трудової діяльності. Зміст та вид Непрацездатності визначається

законодавчо закріпленими обставинами, які зумовлюють її настання.

1.4.12. **Нещасний випадок (надалі – НВ, Нещасний випадок)** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та не залежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, що відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи. До Нещасних випадків за цим страховим продуктом відносяться: травматичні ушкодження, поранення, випадкове потрапляння в дихальні шляхи чужорідного тіла, утоплення, ураження блискавкою та/або електричним струмом, опіки, обмороження, укуси тварин, отруйних комах, змій та інше, випадкове отруєння газами, побутовими або промисловими хімічними речовинами у Строк та на Території дії Договору.

1.4.13. **Період страхування** – це період, під час дії якого Страховик несе відповідальність за сплату страхової виплати, відповідно до умов Договору страхування, але виключно за умови сплати страхового платежу.

1.4.14. **Період відстрочення** - визначений цими Умовами проміжок часу від дня набрання чинності Договором, протягом якого події, що сталися із Застрахованою особою в цей період, не визнаються страховими випадками та, відповідно, страхові виплати за такими подіями не здійснюються.

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

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

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

1.4.18. **Страховий акт** – документ визначеної Страховиком форми, який кваліфікує подію як страховий випадок, та який містить інформацію про суму Страхової виплати.

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

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

1.4.21. **Страхова премія (Страховий платіж)** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

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

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

1.4.24. **Страхувальник** - фізична особа, яка уклала із страховиком договір страхування або є страхувальником відповідно до законодавства.

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

1.4.26. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату Страхового відшкодування Страхувальнику або іншій особі, визначеній в Договорі згідно з умовами Договору.

1.4.27. **Страховий інтерес** – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованої особи.

1.4.28. **Страховий тариф** – ставка Страхової премії з одиниці Страхової суми за визначений строк страхового покриття.

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

1.4.30. **Програма страхового продукту (надалі - Програма страхування)** - встановлений Страховиком перелік умов страхування, що пропонується Страхувальнику. Програма страхування обирається Страхувальником в момент підписання Договору. Умовами Договору передбачені наступні Програми страхування: **«Жіноча», «Чоловіча», «Дитяча», «Преміальна (чоловіки/жінки)**».

1.4.31. **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

2. Строк дії Договору. Порядок вступу в дію Договору

2.1. Строк дії Договору зазначається у п.11 Договору, визнається за згодою Сторін в момент укладання Договору строком на 1 (один) рік, що дорівнює 365 або 366 календарним дням.

2.2. Договір набирає чинності та Страхове покриття починає діяти з 00.00 годин за київським часом дати, наступної за датою оплати на поточний рахунок Страховика Страхового платежу, але не раніше 00.00 годин за київським часом дати, зазначеної у пункті 11 Договору як дата початку строку дії Договору. За страховими ризиками, передбаченими п. 5.1.3 – 5.1.6 Умов, Строк страхового покриття починається з дня, наступного за закінченням Періоду відстрочення.

2.3. Договір та Строк страхового покриття діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом дати, що зазначена у п. 11 Договору як дата закінчення Строку дії Договору, якщо інші обставини, передбачені розділом 12 Умов не призвели до дострокового припинення дії Договору, з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу.

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

2.5. У випадку несплати Страхового платежу у розмірі та у строки, визначені відповідно пунктами 9 та 10 Договору, Договір вважається таким, що не набув чинності та у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором.

3. Страхова сума. Франшиза

3.1. Страхова сума за Договором встановлюється під час підписання Договору шляхом вибору Страхувальником однієї із наступних Програм страхування:

Програма Страхування/ Страхова сума Грн./ Страхові ризики	Жіноча	Чоловіча	Дитяча	Преміальна (чоловіки/жінки)
Критичні захворювання відповідно до обраної Програми страхування	**500 000**	**500 000**	**500 000**	**500 000**
Смерть в результаті Нещасного випадку	**500 000**	**500 000**	**-**	**500 000**
Стійка втрата працездатності в результаті Нещасного випадку	**500 000**	**500 000**	**-**	**500 000**
Тілесні ушкодження	**500 000**	**500 000**	**500 000**	**500 00**

3.1.1. В межах страхового ризику **Критичні захворювання для програм страхування «Жіноча», «Чоловіча», «Преміальна (чоловіки/жінки)» встановлюється щомісячна Ануїтетна виплата строком на 12 (дванадцять) місяців відповідно до п.9.11 Умов** в наступному розмірі:

Програма Страхування	Жіноча	Чоловіча	Преміальна (чоловіки/жінки)
Розмір щомісячної Ануїтетної виплати Грн.	**25 000**	**25 000**	**25 000**

3.2. Страхова сума встановлюється на Застраховану особу в цілому за кожним страховим випадком, передбаченим Договором.

3.3. **Страховий тариф** (за строк дії Договору) встановлюється відповідно до обраної Програми

страхування та зазначається в п. 6 Договору.

3.4. Загальний страховий платіж (за строк дії Договору) встановлюється за обраною Програмою страхування відповідно до віку Застрахованої особи, та зазначається у п. 8 Договору. Страховий платіж, передбачений Договором, підлягає сплаті одним платежем в день укладення Договору. Розмір страхового платежу на одну Застраховану особу за Програмами страхування встановлюється в залежності обраної Програми страхування та віку Застрахованої особи:

3.4.1. Програма страхування «Жіноча» включає ризики: Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, Тілесне ушкодження (травма), отримане Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку, Жіноче критичне захворювання.

Програма страхування	Вік Застрахованої особи на дату укладення Договору	Загальний страховий платіж грн.
Жіноча	18-25	7000
	26-30	7600
	31-35	8500
	36-40	9300
	41-45	10300
	46-50	11500
	51-55	12500
	56-60	13200
	61-65	13900
	65	14700

3.4.2. Програма страхування «Чоловіча» включає ризики: Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, Тілесне ушкодження (травма), отримане Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку, Чоловіче критичне захворювання

Програма страхування	Вік Застрахованої особи на дату укладення Договору	Загальний страховий платіж грн.
Чоловіча	18-25	6600
	26-30	6900
	31-35	7400
	36-40	8400
	41-45	10400

	46-50	**14000**
	51-55	**19300**
	56-60	**26100**
	61-64	**32800**
	65	**42700**

3.4.3. Програма страхування «Дитяча»: включає включає ризики: Тілесне ушкодження (травма), отримане Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку, Критичне захворювання дитини - 20 хвороб/станів

Програма страхування	Вік Застрахованої особи на дату укладення Договору	Загальний страховий платіж грн.
Дитяча	**1-17**	**6100**

3.4.4. Програма страхування «Преміальна (чоловіки/жінки)» включає ризики: Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, Тілесне ушкодження (травма), отримане Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку, Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів

Програма страхування	Вік Застрахованої особи на дату укладення Договору	Загальний страховий платіж грн.
Преміальна (чоловіки/жінки)	**18-25**	**8500**
	26-30	**9400**
	31-35	**10500**
	36-40	**12300**
	41-45	**16200**
	46-50	**22000**
	51-55	**33000**
	56-60	**40600**
	61-64	**52600**
	65	**57200**

3.5. Застрахованою особою може бути одна особа віком від 1 до 65 років включно на момент укладання Договору та не більше 66 років на момент завершення строку дії Договору.

3.6. Після здійснення Страхової виплати за одним із Страхових випадків, зазначених в п. 5.2.1 та п. 5.2.2 Умов, Договір вважається таким, що припинив свою дію на підставі виконання Страховиком зобов'язань у повному обсязі.

3.7. Після здійснення Страхової виплати за Страховими випадками, зазначеними в п. 5.2.3 –

5.2.7. Умов, Страхова сума зменшується на суму здійсненої Страхової виплати. При цьому Договір продовжує дію до дати закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини, передбачені розділом 12 Умов, не призвели до дострокового припинення дії Договору.

3.8. Франшиза за Договором не застосовується.

4. Територія дії Договору

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

4.2. Дія Договору не поширюється на:

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

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

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

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

4.3. Страховий захист на території України (крім зазначеної в пп. 4.2.1 Умов), на якій ведуться воєнні дій та/або бойові дії будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, надається за Страховими випадками, визначеними в п. 5.2. Умов, які не мають причино-наслідкового зв'язку із війною, воєнними, бойовими діями або воєнними конфліктами та будь – якими способами, методами її/їх ведення з урахуванням винятків, передбачених у розділі 6 Умов.

5. Страхові ризики. Страхові випадки

5.1. Страховими ризиками за Договором є:

5.1.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

5.1.2. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку: а саме встановлення інвалідності I-ої групи Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку.

5.1.3. Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів, а саме: Злоякісне новоутворення (ICD-10 C00-C97), Злоякісне новоутворення (ICD-10 C44), Злоякісне новоутворення (ICD-10 D00-D09,), Доброякісна пухлина головного мозку, Аневризма головного мозку; Полегшена форма аневризми головного мозку; Церебральна гидатидна (ехінококова) кіста; Інсульт; Полегшена форма інсульту; Бактеріальний менінгіт (що передбачає термінову госпіталізацію); Бактеріальний менінгіт (за наявності постійного неврологічного дефіциту

шляхом його документування протягом щонайменше 3-х місяців); Енцефаліт (за наявності постійного неврологічного дефіциту шляхом його документування протягом щонайменше 3-х місяців; Енцефаліт (за умови термінової госпіталізації); Апалічний синдром; Абсцес головного мозку; Параліч (втрата функцій кінцівок); Втрата мовлення; Перший інфаркт міокарда: у разі наявності будь-яких 3-х або більше з зазначених ознак інфаркту міокарда; Перший інфаркт міокарда: у разі наявності будь-яких 2-х з зазначених ознак інфаркту міокарда, Кардіоміопатія; Полегшена форма Кардіоміопатії; Первинна легенева гіпертензія; Легенева емболія; Черезшкірна транслюмінальна коронарна ангіопластика; Коронарне шунтування; Хірургічне втручання на серцевому клапані: у разі заміни серцевого клапан; Полегшена форма хірургічного втручання на серцевому клапані; Хірургічне втручання на аорті; Полегшена форма хірургічного втручання на аорті; Сліпота (втрата зору): у разі сліпоти (втрати зору) на обидва ока; Сліпота (втрата зору) у разі сліпоти (втрати зору) на одне око; Трансплантація життєво важливих органів; Кома; Термінальна стадія захворювання легень; Термінальна стадія печінкової недостатності; Ниркова недостатність; Глухота (втрата слуху) на обидва вуха; Глухота (втрата слуху) на одне вухо; Хвороба рухових/моторних нейронів; "Хвороба Паркінсона; Полегшена форма Хвороби Паркінсона; Хвороба Альцгеймера (тяжка деменція; Полегшена форма Хвороби Альцгеймера (тяжкої деменції); М'язова дистрофія; Хвороба Кройцфельд(т)а-Якоба; Хвороба Крона; Полегшена форма Хвороби Крона; Системний червоний вовчак з люпус-нефритом; Системна склеродермія, що прогресує; Апластична анемія; Гангрена Фурньє (Fournier's Gangrene); Сепсис; Бактеріальний ендокардит; Тиреоїдит Хашимото; Виразковий коліт; Полегшена форма розсіяного склерозу; Розсіяний склероз; Туберкульоз; Хвороба Лайма (Бореліоз); Холера; Жовта лихоманка; Лихоманка Чикунгунья; Лихоманка Ласса; Лихоманка Західного Нілу; Хвороба, викликана вірусом Ебола; Хвороба, викликана вірусом Марбург; Меліоїдоз (Сап); Лихоманка Денге; Сказ; Сибірка, легенева форма; Малярія; Черевний тиф; Правець; Хвороба Шагаса; Шистосомоз (більгарціоз); Філяріатози; Ботулізм; Фульмінантний вірусний гепатит; Інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ); Амебний енцефаліт (Naegleria fowleri, Balamuthia). Для цілей Договорів страхування, що передбачають цей ризик, використовуються визначення захворювань/станів, наведені у Додатку №5 до цих Умов.

5.1.4. **Жіноче критичне захворювання,** а саме Злоякісне новоутворення статевих або репродуктивних органів Застрахованої особи. Для цілей Договору страхування використовуються визначення захворювань/станів, наведені у Додатку №2 до цих Умов.

5.1.5. **Чоловіче критичне захворювання,** а саме: Злоякісне новоутворення статевих або репродуктивних органів, Перший інфаркт міокарда, Інсульт. Для цілей Договору страхування використовуються визначення захворювань/станів, наведені у Додатку №3 до цих Умов.

5.1.6. **Критичне захворювання дитини - 20 хвороб/станів,** а саме: Злоякісне новоутворення, Апластична анемія, Менінгіт; Глухота (втрата слуху), Доброякісне новоутворення головного мозку, Гостра ревматична лихоманка, Хронічний активний вірусний гепатит, Інфікування ВІЛ при переливанні крові, Параліч, Поліомієліт, Ниркова недостатність, Цукровий діабет, Придбані хронічні захворювання серця, Правець, Сліпота (втрата зору),

Трансплантація життєво важливих органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку; Хірургічне лікування захворювань аорти; Хірургічне втручання на серцевому клапані; Енцефаліт; Епілепсія. Для цілей Договору страхування використовуються визначення захворювань/станів, наведені у Додатку №4 до цих Умов.

5.1.7. **Тілесне ушкодження (травма), отримане Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку**. Для цілей Договору під тілесним ушкодженням (травмою) мається на увазі порушення фізичної цілісності, внутрішніх або зовнішніх функцій організму Застрахованої особи, яке сталося протягом строку страхового покриття внаслідок Нещасного випадку та передбачене Таблицями розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою (Додаток №1 до Умов, далі – Таблиці травм) незалежно від того чи призвело це до непрацездатності Застрахованої особи

5.2. Страховими випадками за Договором є:

5.2.1. Смерть Застрахованої особи, що настала внаслідок Нещасного випадку, який стався протягом строку страхового покриття;

5.2.2. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, який стався протягом строку страхового покриття;

5.2.3. Тілесне ушкодження (травма), отримане Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку, який стався протягом строку страхового покриття;

5.2.4. За ризиком Жіноче критичне захворювання: вперше діагностоване протягом Строку страхового покриття Злоякісне новоутворення жіночого репродуктивного або статевого органу;

5.2.5. За ризиком Чоловіче критичне захворювання: вперше діагностоване протягом Строку страхового покриття злоякісне новоутворення статевих репродуктивних органів, інфаркт міокарда, інсульт;

5.2.6. За ризиком Критичне захворювання дитини - 20 хвороб/станів: вперше діагностоване протягом Строку страхового покриття, захворювання дитини з переліку 20 хвороб/станів.

5.2.7. За ризиком Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів: вперше діагностоване протягом Строку страхового покриття, захворювання з переліку 80 хвороб/станів.

5.3. Страховими випадками є події, зазначені як Страхові ризики в п.7 Договору, за винятком тих, які настали при обставинах, зазначених у розділі 6 Умов, що сталися протягом Строку страхового покриття та на території дії Договору, та підтверджені документами, виданими Компетентними органами, із настанням яких виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату згідно з умовами Договору.

6. Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування

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

6.1.1. війною, збройною агресією, воєнним конфліктом, збройним конфліктом,

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

6.1.2. введенням надзвичайного стану або особливого періоду, страйками, локаутами, мітингами, демонстраціями, революціями, трудовими безладами або громадянськими хвилюваннями, заколотами, народними повстаннями, діями озброєних повстанців, а також діями влади, що направлені на їх придушення;

6.1.3. активною участю Застрахованої особи у протиправних діях терористичного спрямування – терористичних актах, встановленням вибухового пристрою тощо; мітингів, демонстрацій;

6.1.4. активною участю Застрахованої особи у діях, які вжито з метою запобігання, придушення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, усвідомлюваного і такого, що несе загрозу терористичного акту, будь-якими терористичними актами, диверсіями, заходами щодо їх придушення, попередження та інших антитерористичними діями;

6.1.5. вибухом застарілих боєприпасів;

6.1.6. обвалом, деформацією, загорянням будь-яких елементів будівель (приміщень, будівельних конструкцій), транспортних засобів внаслідок впливу будь-яких вибухових речовин (крім природного газу внаслідок побутового інциденту), засобів ведення воєнних (бойових) дій (куль, гранат, мін, бомб, артилерійських снарядів, ракет, снарядів для реактивних систем тощо) або будь-яких їх частин (осколків, детонаторів, запалів, будь-яких елементів конструкцій, компонентів вибухових пристроїв тощо) та/або вибухової хвилі;

6.1.7. дією радіації та іонізуючого випромінення, радіоактивного, хімічного, бактеріологічного забруднення;

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

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

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

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

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

6.1.13. будь-яким погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, яке викликане радіаційним опроміненням або є результатом використання атомної енергії;

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

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

6.1.16. перебуванням Застрахованої особи у місцях позбавлення волі, попереднього ув'язнення, під час арешту.

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

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

6.4. Страховик не визнає Страховим випадком і Страхова виплата не здійснюється у разі настання події з перелічених у п.5.2.4 – 5.2.7. Умов, причиною яких прямо або опосередковано є наведене нижче:

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

6.4.2. захворювання та/або стани, діагностовані до початку Строку страхового покриття за ризиками передбаченими п. 5.2.4 – 5.2.7 Умов, а також інші захворювання, стани, їх ускладнення чи наслідки, які були діагностовані до початку Строку страхового покриття за вищевказаними ризиками, що можуть прямо або опосередковано призвести до настання захворювань чи станів з передбачених п. 5.2.4 – 5.2.7 Умов;

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

6.4.4. будь-які розлади психіки та нервової системи;

6.5. Додатково до п.6.1 – 6.3 Умов Страховик не визнає Страховими випадками та не здійснює Страхових виплат у разі **Смерті Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку, Стійкої втрати працездатності Застрахованої особи внаслідок Нещасного випадку**, **Тілесного ушкодження (травми), отриманої Застрахованою особою внаслідок Нещасного випадку,** причиною яких є наведене нижче:

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

- праця, пов’язана з вибуховими речовинами (в тому числі, але не обмежуючись виготовлення, використання, зберігання, транспортування, переробка тощо,), в т.ч. боєприпасів усіх видів, піротехніки тощо;
- каскадери;
- циркові артисти (акробати, дресирувальники);
- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
- військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
- аварійно-рятувальні служби, що працюють у високогірних районах із використанням вертольотів та/або альпіністського спорядження;
- військовослужбовці незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
- члени загонів особливого призначення, незалежно від відомчого підпорядкування;
- професійні спортсмени та тренери;
- особисті охоронці;
- водолази, працівники, чия діяльність пов’язана з підводним занурюванням.

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

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

6.5.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;

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

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

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

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

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

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

6.7. Додатково до п.6.1 – 6.3, 6.5 Умов Страховик не визнає Страховими випадками та не здійснює Страхових виплат у разі **Тілесного ушкодження (травми) внаслідок Нещасного випадку,** причиною якого прямо або опосередковано є наведене нижче:

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

6.7.2. Патологічний перелом, включаючи переломи внаслідок остеопорозу;

6.7.3. Втомний перелом (стрес-перелом);

6.7.4. Перелом по типу «зеленої гілки»;

6.7.5. Будь-які опіки, спричинені сонячним опроміненням;

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

6.8. Додатково до п.6.1 - 6.4 Умов Страховик не здійснює Страхових виплат та не визнає Страховими випадками за ризиком **Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороби / стани,** причиною яких є прямо або опосередковано наведене нижче:

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

6.8.2. ВІЛ-інфекція, Синдром Набутого Імунодефіциту (СНІД), ВІЛ-асоційований комплекс, окрім інфікування ВІЛ під час переливання крові або внаслідок виконання професійних обов'язків, як зазначено в пп.1.34 Додатку №6 до цих Умов, що є Страховим випадком;

6.8.3. Будь-які розлади психіки та нервової системи, або перебування в закладах санаторно-курортного лікування.

6.9. Додатково до п.6.1 - 6.4 Умов Страховик не здійснює Страхових виплат та не визнає Страхові випадки за ризиком **Критичне захворювання дитини – 20 хвороб/станів,** причиною яких є прямо або опосередковано наведене нижче:

6.9.1. ВІЛ-інфекція, Синдром Набутого Імунодефіциту (СНІД), ВІЛ-асоційований комплекс, окрім інфікування ВІЛ під час переливання крові, як зазначено в п.1.8 Додатку №4 до цих Умов, що є Страховим випадком;

6.9.2. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять, окрім вроджених вад та аномалій, що їх було вперше діагностовано під час дії Договору;

6.10. Додатково до п.6.1 - 6.4 Умов Страховик не здійснює Страхових Виплат та не визнає Страхові випадки за ризиком **Жіноче критичне захворювання,** причиною яких прямою або опосередкованою є наведене нижче:

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

6.10.2. Хвороби жіночих органів та їх наслідки, що їх було вперше діагностовано до початку дії Договору, а також у випадку виникнення симптомів критичного захворювання з переліку Страхових Ризиків;

6.10.3. ВІЛ (Вірус Імунодефіциту Людини), або захворювання, пов'язане з ВІЛ, та/або на момент настання Страхового випадку у Застрахованої особи виявлена наявність Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ) або Синдрому Імунодефіциту Людини, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ;

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

6.10.5. Будь-яка бактеріальна інфекція (за виключенням гнійної інфекції, що виникла внаслідок випадкового порізу або поранення).

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

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

6.11.2. 6.11.2. ВІЛ (Вірус Імунодефіциту Людини), або захворювання, пов'язане з ВІЛ, та/або на момент настання Страхового випадку у Застрахованої особи виявлена наявність Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ) або Синдрому Імунодефіциту Людини, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ.

6.12. Не визнаються Страховими випадками події, які настали внаслідок нещасного випадку, під час якого Застрахована особа перебувала у стані або під впливом алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння.

6.13. Строк страхового покриття за Страховими ризиками **Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороби / стани**, **Жіноче критичне захворювання, Чоловіче критичне захворювання** та **Критичне захворювання дитини - 20 хвороб/станів** починається наступного дня після закінчення **Періоду відстрочення**, який становить **90**

календарних днів. При укладенні нового договору страхування щодо Застрахованої особи за цим страховим продуктом, Період відстрочення не застосовується, якщо після закінчення дії попереднього договору страхування за цим страховим продуктом та початком дії нового договору страхування не було перерви більше ніж 15 (п'ятнадцять) календарних днів.

6.14. Обмеження щодо віку Застрахованої особи за цим страховим продуктом Застрахованою особою може бути:

- за програмами страхування «Жіноча», «Чоловіча», та «Преміальна (чоловіки/жінки)» - дієздатна фізична особа **віком від 18 до 65 років** на дату укладення Договору, **до 66 років** (включно) на дату закінчення Строку дії Договору;
- за програмою страхування «Дитяча» - фізична особа віком від **1 до 17 років** на дату укладення Договору.

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

6.15.1. особи, які знаходяться на обліку в наркологічному, туберкульозному, психоневрологічному, шкірно-венерологічному диспансері, центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;

6.15.2. особи, визнані в установленому порядку недієздатними;

6.15.3. особи, які перебувають у місцях позбавлення волі.

6.16. У випадку повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою неправдивої інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи та/або наявності обставин (однієї чи декількох), визначених вище у п. 6.15.1 - 6.15.3 Умов, до дати початку дії Договору у відношенні до такої Застрахованої особи, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи.

7. Порядок дій та контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку

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

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

+38 096 170 03 72 (Київстар),

+38 050 170 03 72 (Vodafone),

+38 093 170 03 72 (Lifecell)

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

7.1.1.2. про **стійку втрату працездатності** Застрахованої особи, Страхувальник / Застрахована особа чи її Законний представник повідомляє Страховика протягом **14**

(чотирнадцяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи

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

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

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

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

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

7.4. Страховик залишає за собою право вимагати висновок стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, що передував Страховому випадку чи був пов'язаний із Страховим випадком. У таких випадках Страховик здійснює страхову виплату на підставі висновку, що при необхідності базується на експертній оцінці лікаря відповідної кваліфікації, уповноваженого Страховиком. На вимогу та за кошти Страховика, Застрахована особа повинна пройти медичний огляд у визначеного Страховиком лікаря відповідної кваліфікації та/або пройти додаткові медичні дослідження. У випадку якщо за результатами медичного огляду у визначеного Страховиком лікаря діагноз Застрахованої особи не буде підтверджено, Страхувальник відшкодовує Страховику витрати на такий медичний огляд. Якщо Застрахована особа відмовляється пройти медичне обстеження у визначені Страховиком строки та обсязі та/або надати документи за результатами обстеження, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової виплати.

8. Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування

8.1. Для отримання Страхових виплат за цим Договором, Страховику мають бути надані документи, які підтверджують настання Страхового випадку, видані відповідними Компетентними органами (медичним закладом, судом, органами внутрішніх справ, органами реєстрації актів цивільного стану (далі - РАЦС) тощо) відповідно до чинного законодавства України, а також кожною особою, яка має право на отримання Страхової виплати надається:

8.1.1. Заява на здійснення Страхової виплати з зазначенням реквізитів рахунку одержувача виплати, відкритого у банківський установі України. Сторони також погоджуються, що заявою на страхову виплату прирівняною до письмової форми, є заява на страхову виплату

або протокол оформлення заяви та подачі документів, сформовані в ІКС Страховика, у разі подачі заяви на страхову виплату та документів, необхідних для отримання страхової виплати, за допомогою цифрових каналів комунікацій згідно з умовами Оферти, розміщеної на вебсайті Страховика.

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

8.1.3. Копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру одержувача виплати (або копію документу згідно п. 8.1.2 Умов, в якому міститься інформація про цей номер чи відмітка про відсутність індивідуального податкового номеру), засвідчену підписом власника таких документів.

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

8.2. У разі настання Страхового випадку, пов'язаного зі **смертю Застрахованої особи**, Страховику додатково надаються такі документи:

8.2.1. Копія лікарського висновку із зазначенням причини настання смерті, а також результатів розтину Застрахованої особи, якщо його було здійснено.

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

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

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

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

8.4. **У разі стійкої втрати працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку** додатково – копію документу, що посвідчує Страхувальника / Застраховану особу / Законного представника Застрахованої особи (паспорт), копію довідки про присвоєння індивідуального податкового номера; документ з медичного закладу, який підтверджує факт настання Нещасного випадку; довідку від експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи про встановлення групи інвалідності; медична картка амбулаторного

хворого та/або виписки із історії хвороби, які містять повний діагноз, відомості про лікувальний процес, причини скерування на огляд експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи (для Застрахованих осіб 18 років і старше) або лікарсько-консультативною комісією (для Застрахованих осіб до 18 років), прізвище, ініціали, печатку лікаря, який підготував виписку

8.5. У випадку, якщо виплата проводиться спадкоємцям за законом, спадкоємці померлої Застрахованої особи, яка мала отримати Страхову виплату за Договором, додатково надають Страховику Свідоцтво про право на спадщину або його нотаріально засвідчену копію.

8.6. Особа, яка має право на отримання Страхової виплати зобов'язана надавати на вимогу Страховика інші документи, що мають значення для прийняття рішення про здійснення виплати, а також документи, надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках за запитом Страховика Страхувальник, Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язані протягом **2 (двох) робочих днів** з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

8.7. Будь-які витрати, пов'язані з отриманням або нотаріальним посвідченням документів (їх дублікатів, копій), вказаних в п.8.1 - 8.6 Умов, несе особа, яка подає заяву на виплату.

8.8. У будь-якому випадку для підтвердження факту настання події, що має ознаки страхової, Страхувальник повинен надати документи компетентних органів, що видані органами державної влади відповідно до законодавства держави, на території якої сталася подія. Страховик не приймає до розгляду документи, видані органами або утвореннями, що не створені чи не діють відповідно до законодавства відповідної держави, зокрема органами або структурами невизнаних, самопроголошених утворень як на території України, так і за її межами. Документи компетентних органів іншої держави повинні бути визнані дійсними в Україні в порядку, передбаченому законодавством України.

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

8.10. Страхувальник повинен надати Страховику документи, передбачені розділом 8 Умов, українською мовою. У разі подання документів, викладених іншою мовою, ніж зазначено вище, Страхувальник (Вигодонабувач) зобов'язаний надати офіційний переклад українською мовою.

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

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

8.12. Страховик залишає за собою право вимагати оригінали документів, що перераховані в розділі 8 Умов, у випадку, якщо надані в електронній формі документи неналежної якості, або у Страховика виникли сумніви щодо їх достовірності.

9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення Страхових виплат

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

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

9.3. Страхова виплата за кожним Страховим випадком, зазначеним в Умовах, здійснюється незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими страховими випадками, які входять до Договору, в межах страхової суми, встановленої для такого страхового випадку.

9.4. При настанні Страхового випадку **Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку** Страховик здійснює одноразову Страхову виплату Вигодонабувачу або іншій особі, яка має право на отримання Страхової виплати відповідно до чинного законодавства в розмірі **100% Страхової суми**, встановленої за цим Страховим випадком в Договорі.

9.5. При настанні Страхового випадку **Стійкої втрати працездатності внаслідок Нещасного випадку**, Страховик здійснює одноразову Страхову виплату Вигодонабувачу в розмірі **100%** страхової суми, встановленої за цим Страховим випадком в Договорі.

9.6. При настанні Страхового випадку **Тілесне ушкодження (травма) внаслідок Нещасного випадку,** Страхова виплата здійснюється Страховиком на умовах Таблиць травм (Додаток №1 до Умов), Застрахованій особі (або її законному представнику, якщо особа не досягла 18 років) – у розмірі, що дорівнює частині зазначеної в Договорі Страхової суми, встановленої для відповідного тілесного ушкодження в Таблицях травм (Додаток №1 до Умов).

9.6.1. Загальна сума Страхових виплат, яка сплачується щодо двох і більше тілесних ушкоджень внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум для кожного з таких ушкоджень (окрім наведених у одній статті Таблиць травм), але загальний розмір не може перевищувати 100% Страхової суми для відповідних Страхових ризиків, зазначеної в Договорі.

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

9.6.3. Розмір Страхової виплати на випадок тілесного ушкодження (травми), яке є Страховим випадком за відповідним Страховим ризиком, але не наведене у Таблицях травм, розраховується відповідно до його тяжкості у порівнянні з тими випадками, що зазначені в

Таблицях травм, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої особи. При цьому, Страховим випадком не вважається отримання забоїв, садна, припухлостей та набряків м`яких тканин.

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

9.6.5. За кожною окремою статтею Таблиць травм Страхова виплата здійснюється **не більше 2 (двох) разів протягом строку дії Договору**.

9.7. При настанні Страхового випадку за ризиком **Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі у розмірі Страхової суми, зазначеної в Договорі для відповідного ризику, або частини Страхової суми відповідно до Таблиці розмірів страхових виплат (п.2 Додатку №5 до Умов).

9.7.1. Страхова виплата здійснюється за таких умов:

9.7.1.1. Страховий випадок стався протягом Строку страхового покриття, та Страхову премію сплачено згідно з умовами Договору;

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

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

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

9.7.1.5. В разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів, одночасно або послідовно, Страхова виплата буде здійснюватися **один раз** в розмірі Страхової суми, зазначеної для такого Страхового ризику в Договорі.

9.7.2. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату за будь-якою однією хворобою/станом, діагностованою(им) у Застрахованої особи, з переліку Страхових випадків/станів, передбачених ризиком **Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів,** у розмірі **100% Страхової суми**, Строк страхового покриття за цим ризиком **припиняється** та Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за ним з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати.

9.7.3. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату за будь-якою хворобою/станом, діагностованою(им) у Застрахованої особи, з переліку Страхових випадків/станів, передбачених ризиком **Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів,** у розмірі **менше ніж 100%** Страхової суми, Строк страхового покриття за цим ризиком **продовжується,** при цьому Страхова сума зменшується на суму здійсненої Страхової

виплати. У разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів, одночасно або послідовно під час усього Строку страхового покриття, Страхову виплату буде здійснено окремо за кожен випадок. При цьому загальна сума Страхових виплат за однією чи декількома хворобами/станами протягом всього Строку страхового покриття не може перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної для цього Страхового ризику в Договорі.

9.8. При настанні Страхового випадку за ризиком **Жіноче критичне захворювання** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі з урахуванням положень п.9.8.1 Умов.

9.8.1. Страхова виплата здійснюється у наступному порядку та розмірі;

9.8.1.1. Застрахованій особі - Страхову суму, встановлену на випадок діагностування злоякісного новоутворення жіночого органу, розмір якої зазначено в Договорі. Така Страхова виплата здійснюється тільки один раз, якщо встановлено діагноз «злоякісне новоутворення».

9.8.2. Страхова виплата здійснюється за таких умов:

9.8.2.1. Страховий випадок настав протягом Строку страхового покриття, та Страхову премію сплачено згідно з умовами Договору;

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

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

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

9.8.3. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату у розмірі **100% Страхової суми**, Строк страхового покриття за ризиком **Жіноче критичне захворювання припиняється,** та Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за ним з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати.

9.9. При настанні Страхового випадку за ризиком **Чоловіче критичне захворювання** Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі з урахуванням положень п.9.8.1 Умов.

9.9.1. Страхова виплата здійснюється у наступному порядку та розмірі:

9.9.1.1. Застрахованій особі - Страхову суму встановлену на випадок діагностування чоловічого критичного захворювання, розмір якої зазначено Договорі (або частини Страхової суми з урахуванням положень Таблиці розмірів страхових виплат (п.2 Додатку №3 до Умов).

9.9.1.2. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату за будь-якою хворобою/станом, діагностованою (им) у Застрахованої особи з переліку Страхових випадків/станів передбачених ризиком Чоловіче критичне захворювання у розмірі **менше ніж 100% Страхової суми**, Строк страхового покриття за цим Страховим ризиком продовжується,

при цьому Страхова сума зменшується на суму здійсненої Страхової виплати. У разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів, одночасно або послідовно під час усього Строку страхового покриття, Страхову виплату буде здійснено окремо за кожен випадок. При цьому загальна сума Страхових виплат за однією чи декількома хворобами/станами протягом всього Строку страхового покриття не може перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної для цього Страхового ризику в Договорі.

9.9.2. Страхова Виплата здійснюється за таких умов:

9.9.2.1. Страховий випадок настав протягом Строку страхового покриття, та Страхову премію сплачено згідно з умовами Договору;

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

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

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

9.9.3. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату у розмірі 100% Страхової суми, Строк страхового покриття за ризиком Чоловіче критичне захворювання припиняється та Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за цим ризиком з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати.

9.10. При настанні Страхового випадку за ризиком **Критичне захворювання дитини - 20 хвороб /станів** Страховик здійснює Страхову виплату особі, яка має право на отримання Страхової виплати, у розмірі частки від Страхової суми відповідно до Таблиці розмірів Страхових виплат Додатку № 4 до Умов у відсотках (%) від Страхової Суми, зазначеної в Договорі для цього Страхового ризику.

9.10.1. Якщо Страховиком було здійснено Страхову виплату у розмірі:

9.10.1.1. 100% від Страхової суми за однією хворобою/станом з переліку Страхових випадків, Страховий захист за цим Страховим ризиком припиняється та Страховик звільняється від усіх подальших зобов'язань за ним з дати прийняття рішення щодо здійснення Страхової виплати;

9.10.1.2. менше 100% від Страхової суми за цим Страховим ризиком, Страховий захист за ризиком продовжується, при цьому Страхова сума зменшується на суму здійсненої Страхової виплати. В разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів, одночасно або послідовно під час усього Строку страхового покриття, Страхову виплату буде здійснено окремо за кожен випадок. При цьому загальна сума Страхових виплат за однією чи декількома хворобами/станами протягом всього Строку страхового покриття не може перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної для цього Страхового ризику в Договорі.

9.10.2. Страхова Виплата здійснюється за таких умов :

9.10.2.1. Страховий випадок стався протягом строку страхового покриття та Страхову премію сплачено згідно з умовами Договору;

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

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

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

9.11. **Страховик сплачує Застрахованій особі Ануїтетну виплату** рівними частинами, які зазначені в п. 3.1.1. Умов, один раз на місяць протягом 12 (дванадцяти) місяців, починаючи з наступного місяця після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим за ризиком «Критичне захворювання», а саме за одним із захворювань, що сталося із Застрахованою особою першим:

- Злоякісного новоутворення за умови, що розмір Страхової виплати за Страховим випадком склав не менше 100% Страхової суми, або
- Першого інфаркту міокарда за умови, що розмір Страхової виплати за Страховим випадком склав не менше 100% Страхової суми, або
- Інсульту за умови, що розмір Страхової виплати за Страховим випадком склав не менше 100% Страхової суми.

9.11.1. Обов'язковою передумовою здійснення Ануїтетної виплати є той факт, що Застрахована особа залишається живою. Якщо Застрахована особа помирає, здійснення Ануїтетної виплати припиняється. Кількість Ануїтетних виплат обмежена 12-ма (дванадцятьма) виплатами.

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

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

9.14. Страховик здійснює **Ануїтетну виплату** відповідно до п.9.11 цих Умов щомісяця, починаючи з місяця, наступного за місяцем, у якому було прийнято рішення про визнання випадку страховим, протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дати настання належної дати Ануїтетної виплати. Належна дата Ануїтетноївиплати визначається як календарне число місяця, в якому було прийнято рішення про визнання випадку страховим. Датою здійснення виплати вважається дата перерахування коштів Страховиком. Кількість Ануїтетних виплат обмежена 12-ма (дванадцятьма) виплатами.

9.15. Страховик має право відстрочити ухвалення рішення щодо визнання події Страховим випадком, якщо щодо неї відкрито кримінальне провадження, до закінчення дізнання та досудового слідства постановою про закриття справи або ухвалення вироку судом; а також, якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового випадку (суперечливість поданих документів, невідповідність між заявленими та встановленими матеріалами, обґрунтовані сумніви в достовірності поданих відомостей), до закінчення такого розслідування Страховиком, але на строк не більший 6 (шести) місяців.

9.16. У випадку смерті Застрахованої особи, належні їй, проте не отримані нею виплати за Договором страхування (крім Ануїтетних виплат) підлягають виплаті спадкоємцям Застрахованої особи за законом. Частку законного спадкоємця, який не буде живим на момент здійснення такої виплати, буде розділено пропорційно до часток виплат інших спадкоємців, які є живими на момент здійснення такої виплати, та сплачено таким спадкоємцям.

9.17. У разі смерті Застрахованої особи всю суму Страхової виплати буде сплачено Вигодонабувачам спадкоємцям Застрахованої особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення Страхової виплати.

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

10. Підстави відмови у Страховій виплаті

10.1. Підставою для відмови Страховиком у Страховій виплаті є:

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

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

10.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про Об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання Страхового випадку, їх приховування в Заяві про здійснення Страхової виплати;

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

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

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

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

10.1.8. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України та/або цими Умовами.

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

11. Порядок укладення Договору

11.1. До укладення Договору страхування Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні в усній чи письмовій (довільній) формі.

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

11.3. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику згідно з п. 13.3.2 Умов.

11.4. Після досягнення згоди з усіх істотних умов Договору, Сторони укладають Договір.

11.5. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного

кодексу України, встановлених до письмової форми правочину,в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

11.6. Договір укладається шляхом пропозиції його укласти однією стороною (Страховиком) та її прийняття (акцепту) другою стороною (Страхувальником) через ІКС Страховика або страхового посередника в такі етапи:

11.6.1. Для укладення Договору потенційний Страхувальник (тут і далі в цьому розділі під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника, якщо Договір укладається Страхувальником-юридичною особою) ідентифікується в ІКС Страховика або страхового посередника та надає необхідну інформацію для оформлення пропозиції.

11.6.2. Страховик на підставі отриманої через ІКС інформації від Страхувальника формує пропозицію. Пропозиція отримується Страхувальником у вигляді проекту Договору разом з Умовами у формі, що унеможливлює зміну її змісту. Зміна умов пропозиції можлива за запитом Страхувальника до прийняття пропозиції та здійснюється виключно шляхом направлення Страховиком нової пропозиції. Попередня пропозиція втрачає чинність.

11.6.3. Пропозиція направляється Страхувальнику через ІКС і є чинною до закінчення доби, у якій її було направлено Страхувальнику.

11.6.4. У разі прийняття пропозиції Страхувальником Страховик вважає себе зобов'язаним надати послуги із страхування відповідно до погоджених Страхувальником умов.

11.6.5. Якщо Страхувальник погоджується з пропозицією, він підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику.

11.6.6. Уповноважена особа Страховика або страхового посередника, який діє від імені Страховика, підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) кваліфікованим електронним підписом із кваліфікованою позначкою часу, яка свідчить про дату та час укладення Договору.

11.6.7. Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) у формі, що унеможливлює зміну його змісту, на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника або розміщує в Кабінеті клієнта **my.UNIQA.ua.**

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

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

12.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Страховика і Страхувальника, а також у разі:

12.1.1. закінчення Строку дії Договору;

12.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником / Вигодонабувачем у повному обсязі;

12.1.3. смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями Законом України «Про страхування» та цими Умовами, а саме:

12.1.3.1. у разі смерті Страхувальника, який уклав Договір на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих осіб, якщо Страхувальник одночасно є Застрахованою особою - дія Договору припиняється у разі смерті Страхувальника;

12.1.3.2. у разі визнання судом Страхувальника - громадянина недієздатним, його права і обов'язки за Договором страхування переходять до його опікуна, у разі, якщо Страхувальник одночасно є Застрахованою особою - дія Договору припиняється з моменту визнання Страхувальника недієздатним;

12.1.3.3. у разі визнання судом Страхувальника - фізичної особи обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника;

13.1.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

13.1.3.5. набрання законної сили рішення суду про визнання Договору недійсним;

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

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

12.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за **30 (тридцять) календарних днів** до дати припинення дії Договору.

12.3. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому Страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, з відрахуванням **витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, в розмірі 40%,** фактичних Страхових виплат, що були здійснені за даним Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору Страховиком, то Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачений ним Страховий платіж.

12.4. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням умов Договору Страхувальником, то Страховик повертає Страхувальнику Страховий платіж за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, з відрахуванням **витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, в розмірі 40%**, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором.

У випадках, коли повернення Страхових платежів відбувається з відрахуванням н витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, у відповідності до п. 12.6 та 12.7 цих Умов, сума Страхового платежу до повернення розраховується за формулою:

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

СПС = Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником вза Договором, в грн;

СПФ = Страховий платіж за фактичний строк дії Договору = ПЗ/365 × 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 і виконанням Договору = СПЗ × **40%**;

де СПЗ = Страхова премія за період, що залишився до закінчення дії Договору = ПЗ/365 × ДЗ, в грн;

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

ФВВ = Фактичні виплати страхового відшкодування, що були здійснені Страхувальнику.

12.5. Повернення сплаченої Страхової премії або її частини здійснюється Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** від дати дострокового припинення Договору згідно з реквізитами для повернення сплаченої Страхової премії або її частини, наданих Страхувальником.

12.6. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору, за яким залишилися неврегульовані Страхові випадки, здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів** після здійснення Страхової виплати (у разі прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим) або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні Страхової виплати.

12.7. У випадку відсутності реквізитів для повернення сплаченої Страхової премії або її частини, повернення Страхової премії або її частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання зазначених реквізитів.

12.8. Неповністю сплачені Страхові платежі або платежі, оплачені після закінчення дії Договору, повертаються Страхувальнику протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати отримання відповідної заяви Страхувальника.

12.9. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії Договору.

12.10.Внесення змін і доповнень до Договору можливе лише за взаємною згодою Страховика та Страхувальника.

12.10.1. Будь-які зміни, доповнення до Договору вносяться шляхом переоформлення Договору.

12.10.2. У випадку внесення змін до Договору за ініціативи Страхувальника, останній надсилає на адресу Страховика пропозицію в письмовій формі, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору.

12.10.3. У випадку внесення змін до Договору Сторона-ініціатор надсилає пропозицію про

внесення змін іншій Стороні повідомлення у спосіб, визначений в п. 15.1 Умов. Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в десятиденний строк з дня її отримання, якщо більший строк не передбачений у пропозиції, повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції.

12.10.4. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція, про внесення змін до Договору, вважається відхиленням одержаної пропозиції.

12.10.5. 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. Розрахунок частини страхового платежу, який підлягає поверненню Страхувальнику, здійснюється в порядку, передбаченому в п. 12.7 Умов.

12.10.6. У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони переоформлюють 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 зазначено в пропозиції.

12.10.7. Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої на реквізити (адресу чи засіб мобільного зв'язку), зазначені у Договорі, або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною адреси, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 13.9 Умов, за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

12.11. Упродовж Строку дії Договору Страхувальник не може замінити Застраховану особу за Договором на іншу особу, чинний Договір припиняється і укладається новий Договір зі зміненою Застрахованою особою.

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

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

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

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

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

13. Права і обов'язки сторін

13.1. Страховик зобов'язаний:

13.1.1. ознайомити Страхувальника / Застраховану особу з умовами страхування;

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

13.1.3. надати Страхувальнику електронний примірник підписаного Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання заяви про його втрату;

13.1.4. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

13.1.5. у разі зміни реквізитів для оплати Страхової премії повідомити Страхувальника про це протягом 10 (десяти) робочих днів з дати зміни за контактними даними Страхувальника, які зазначені у п. 2 Договору, за умови, що Договір передбачає сплату Страхової премії періодичними платежами;

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

13.1.7. у разі зміни відомостей, зазначених в Договорі, про страхового посередника, за участю якого був укладений Договір (за наявності) після укладення та протягом строку дії Договору, повідомити Страхувальника про це протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання Страховиком інформації про відповідні зміни за контактними даними Страхувальника, які зазначені у п. 2 Договору. При цьому таке повідомлення має інформаційний характер та не є зміною істотних умов Договору і не потребує укладення додаткової угоди.

13.2. Страховик має право:

13.2.1. при укладенні та під час дії Договору вимагати від Страхувальника всі необхідні відомості та документи для оцінки ступеня Страхового ризику;

13.2.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладенні Договору та під час його дії;

13.2.3. запропонувати Страхувальнику / Застрахованій особі / Вигодонабувачу подати заяву на виплату та документи, необхідні для отримання Страхової виплати, за допомогою цифрових каналів комунікацій згідно з Умовами, розміщеними на вебсайті **https://uniqa.ua/oferta/;**

13.2.4. відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні Страхової виплати при необхідності з'ясування обставин Страхового випадку згідно п. 9.17. Умов;

13.2.5. отримувати від Страхувальника / Застрахованої особи будь-які додаткові відомості щодо Об'єкта страхування;

13.2.6. проводити незалежну експертизу обставин страхового випадку;

13.2.7. відмовити у здійсненні Страхової виплати відповідно до розділу 10 Умов;

13.2.8. ініціювати дострокове припинення дії Договору згідно з цими Умовами;

13.2.9. вносити зміни в умови Договору в порядку, передбаченому цими Умовами;

13.2.10. у разі зміни ступеня Страхового ризику вносити зміни у Договір, вимагати від Страхувальника сплати додаткового Страхового платежу.

13.2.11. вимагати від одержувача Страхової виплати повернення Страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про обставини, що відповідно до чинного законодавства України або даного Договору повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснювати страхову виплату;

13.2.12. Вимагати проведення медичного обстеження (огляду) Застрахованої особи з метою розслідування обставин події, що має ознаки Страхового випадку, крім смерті Застрахованої особи, у визначеного Страховиком лікаря відповідної кваліфікації та/або вимагати проведення додаткових медичних досліджень за рахунок Страховика. Відмова Застрахованої особи від проходження такого медичного обстеження (огляд, дослідження), яке вимагає Страховик з метою підтвердження факту, причин, обставин та/або наслідків настання страхового випадку для прийняття рішення про визнання випадку страховим протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дати письмового повідомлення Страховиком такої вимоги надає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати за таким випадком.

13.3. Страхувальник / Законний представник Застрахованої особи зобов'язана (-ий):

13.3.1. своєчасно сплатити Страховий платіж;

13.3.2. перед укладанням Договору, внесенні до нього змін повідомити Страховику повну, достовірну та правдиву інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, уключаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

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

13.3.3. ознайомитись з умовами страхування, розміщеними на сайті Страховика **https://uniqa.ua/oferta/rayffayzen-bank/;**

13.3.4. повідомити Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та строки, визначені цими Умовами;

13.3.5. при настанні страхового випадку своєчасно надати Страховику документи (протоколи, акти, пояснення тощо), необхідні для встановлення причин і обставин настання страхового випадку;

13.3.6. надати лікарю-експерту Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

13.3.7. повідомити в письмовій або усній формі Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкта страхування за Договором.

13.3.8. протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня прийняття Застрахованої особи на страхування **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 з дня прийняття її на страхування не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору, Договір вважається укладеним на її користь;

13.3.9. ознайомити Застраховану особу з умовами Договору;

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

13.3.11. негайно, але не пізніше 5 (п'яти) робочих днів з дня настання відповідних змін, на виконання вимог законодавства України у сфері фінансового моніторингу повідомити Страховика про суттєві зміни в інформації та/або документах, наданих Страховику, зокрема (у разі застосовності):

13.3.11.1. зміну адреси місцезнаходження/місця проживання;

13.3.11.2. зміну паспортних даних або інших ідентифікаційних документів;

13.3.11.3. зміну контактних даних;

13.3.11.4. зміну керівника;

13.3.11.5. зміну кінцевого бенефіціарного власника (КБВ);

13.3.11.6. зміну структури власності;

13.3.11.7. зміну основного виду економічної діяльності (КВЕД);

13.3.11.8. інші зміни, що можуть вплинути на виконання Страховиком вимог законодавства у сфері фінансового моніторингу.

Повідомлення надсилається у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений в п. 15.1 Умов, з додаванням копій підтверджуючих документів.

13.3.12. повідомити Страховика 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.

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. ознайомитися з умовами Договору;

13.4.2. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування;

13.4.3. ініціювати внесення змін у Договір згідно з цими Умовами;

13.4.4. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цими Умовами;

13.4.5. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у Страховій виплаті або розмір Страхової виплати, здійсненої Страховиком;

13.4.6. вимагати від Страховика дотримання конфіденційності інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

13.4.7. у випадку втрати Договору в період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою про втрату Договору, укладеного у вигляді електронного документа. Страховик ;

13.4.8. на одержання суми Страхової виплати при настанні Страхового випадку;

13.4.9. Укладати зі Страховиком Договори на користь третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх особистою згодою.

13.5. Застрахована особа має право:

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

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

13.5.3. у разі настання Страхового випадку одержати від Страховика Страхову виплату згідно з цими Умовами та положеннями Договору;

13.5.4. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у Страховій виплаті або розмір Страхової виплати, здійсненої Страховиком;

13.6. Застрахована особа зобов'язана:

13.6.1. повідомити Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та строки, визначені цими Умовами;

13.6.2. при настанні Страхового випадку виконувати дії, передбачені цими Умовами та Договором, а також виконувати інструкції Страховика або його уповноважених представників та надавати повну інформацію про причини, обставини Страхового випадку;

13.6.3. надати лікарю-експерту Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

13.6.4. перед укладанням Договору, внесенні до нього змін повідомити Страховику повну, достовірну та правдиву інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, уключаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після

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

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

13.6.5. повідомити Страховика про настання Нещасного випадку і його наслідки у порядку, передбаченому Розділом 7 Умов.

13.7. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору.

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

13.9. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (у тому числі зміну номеру мобільного зв'язку, електронної адреси Страхувальника, Застрахованої особи).

14. Порядок вирішення спорів. Відповідальність Сторін

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

14.2. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору, Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

14.3. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі **0,01%** від суми Страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня. В разі вирішення питання про стягнення грошових коштів з винної Сторони за Договором в судовому порядку, нарахування пені за час розгляду судової справи не здійснюється.

14.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх зобов'язань за цим Договором, якщо таке невиконання чи неналежне виконання було прямим наслідком обставин непереборної сили, що виникли або вступили в силу після укладення цього Договору. Під обставинами непереборної сили маються на увазі надзвичайні події або обставини, що не могли бути передбачені або відвернені Сторонами доступними їм засобами, у тому числі, але не виключно: стихійні лиха (урагани, смерчі, повені, землетруси

тощо); політичні хвилювання, бунти, воєнні дії та інші обставини, що можуть вплинути на виконання умов цього Договору. Сторона, яка зазнала дії обставин непереборної сили, повинна письмово сповістити іншу Сторону про настання цих обставин не пізніше **10 (десяти) діб** з часу їхнього виникнення. Повідомлення повинне містити дані про настання та характер обставин, а також їхні можливі наслідки. Належним доказом існування обставин непереборної сили є відповідні документи, видані компетентними органами.

15. Додаткові умови

15.1. Усі повідомлення за Договором будуть вважатися здійсненими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим або цінним листом з описом вкладення, вручені особисто, відправлені кур'єром на адреси Сторін, Застрахованих осіб, які зазначені у реквізитах Сторін, або направлені з використанням ІКС, Кабінету клієнта **my.UNIQA.ua**, мобільного застосунку Страховика, електронних адрес Сторін Застрахованих осіб, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника (в т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

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

15.2. Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІКС, Кабінет клієнта **my.UNIQA.ua**, мобільний застосунок Страховика; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін та Застрахованої особи адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту настання таких змін, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

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

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

15.5. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування, укладення та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика підписанням Договору Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а також підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб повну однозначну згоду на обробку Страховиком їх персональних даних (в тому числі про стан

здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а саме згоду:

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

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

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

15.6. 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», статтями 85-88 Закону України «Про страхування» та нормативно-правовими актами Національного банку України. Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика

та/або на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/initial_data/ та на вебсайті страхового посередника (за наявністю), а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.

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

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

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

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

15.10. Відповідно до ст. 14-3 Закону України «Про рекламу» підписанням Договору

Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду, а також підтверджує, що отримав повну однозначну необмежену строком письмову згоду від Застрахованої особи на розповсюдження реклами Страховиком, в тому числі страховим посередником або іншим розповсюджувачем реклами, який діє від імені Страховика, з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Застрахованої особи. Страхувальник, Застрахована особа 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, Застрахованої особи відповідно шляхом звернення за телефоном Страховика, зазначеним у Договорі.

15.11. 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.

Додаток №1 до Умов стандартного страхового продукту
«Повний захист: життя, критичні хвороби, травми»

Таблиці розмірів Страхових виплат при тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою

Таблиця №1 загальних ушкоджень та розмірів Страхової виплати:

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір страхової виплати (% від Страхової суми)
КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1	**Перелом кісток черепа:**	
	зовнішньої пластинки кісток склепіння	5%
	а) склепіння	15%
	б) основи	20%
	в) склепіння та основи	25%
	Примітка	
	У разі відкритого перелому кісток черепа додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% Страхової суми	
2	**Внутрішньочерепні травматичні гематоми:**	
	а) епідуральна	15%
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	20%
	в) епідуральна та субдуральна (внутрішньомозкова)	25%
3	**Травма головного мозку:**	
	а) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування від 3 до 13 днів)	3%
	б) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування понад 14 днів)	5%
	в) Забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10%
	г) Залишкові чужорідні тіла в порожнині черепа (за винятком швів та пластикових елементів)	15%
	ґ) Розтрощення (або розчавлення) речовини головного мозку (без зазначення симптомів і ознак)	50%
	Примітка	

	Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилося оперативне втручання на кістках черепа, головному мозку та його оболонках, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10% Страхової суми.	
4	**Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило:**	
	а) астенічний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей у віці до 16 років	5%
	в) епілепсію	15%
	г) верхній або нижній монопарез (парез однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30%
	ґ) гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парез правих або лівих кінцівок), амнезію (втрату пам'яті)	40%
	д) моноплегію (параліч однієї кінцівки)	60%
	е) тетрапарез (парез верхніх та нижніх кінцівок), порушення координації рухів, слабоумство (деменцію)	70%
	є) гемі-, пара- або тетраплегію, афазію (втрату мовлення), декортикацію, порушення функції тазових органів.	100%
	Примітки:	
	1. Страхова виплата, що здійснюється у зв'язку з наслідками ушкодження нервової системи, перерахованими в ст.4, здійснюється у розмірі, передбаченому для найтяжчого з таких наслідків, у тому випадку, якщо їх встановлено лікувально- профілактичним закладом не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду з дати отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу. При цьому Страхова виплата здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої внаслідок настання Страхового випадку, що призвів до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100 %.	
	2. У випадку, якщо Застрахованою особою надано довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, сума Страхової виплати за статтями 1, 2, 3, 5, 6 та ст.4 визначається шляхом додавання.	

	3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху в результаті черепно-мозкової травми Страхова виплата здійснюється в сумі, розрахованій з урахуванням такої травми та зазначених ушкоджень за відповідними статтями шляхом додавання.	
5	**Периферичне ушкодження одного або декількох черепно-мозкових нервів.**	10%
	Примітка	
	Якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало через перелом основи черепа, Страхова виплата здійснюється за ст.1; ст.5 у такому випадку не застосовується.	
6	**Травма спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, без зазначення симптомів:**	
	а) забиття	10%
	б) здавлювання, гематомієлія	30%
	в) частковий розрив	50%
	г) повний розрив спинного мозку	100%
	Примітка:	
	Якщо у зв'язку з травмою хребта та спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Виплата у розмірі 15 % Страхової суми.	
7	**Травматичні неврити на одній кінцівці (за виключенням невриту пальцевих нервів)**	5%
8	**Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:**	
	а) травматичний плексит	10%
	б) частковий розрив сплетіння	40%
	в) повний розрив сплетіння	70%
	Примітка:	
	1. Ст. 7 та 8 одночасно не застосовуються.	
	2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
9	**Розрив нервів:**	
	а) гілок променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті	5%
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів	10%

	в) двох та більше: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів	20%
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затульного)	25%
	ґ) двох та більше: пахвового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затульного)	40%
	Примітка.	
	Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
ОРГАНИ ЗОРУ		
10	**Параліч акомодації одного ока**	15%
11	**Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока)**	15%
12	**Звуження поля зору одного ока:**	
	а) неконцентричне	10%
	б) концентричне	15%
13	**Екзофтальм, що пульсує, одного ока**	20%
14	**Поранення очного яблука з проникненням, хоріоретиніт, іридоцикліт, заворот повіка, дефект райдужної оболонки, зміна форми зіниці, рубці оболонок очного яблука.**	10%
15	**Ушкодження сльозовивідних шляхів одного ока**	10%
16	**Опіки II, III ступенів, поранення очного яблука, що не проникає, гемофтальм, зміщення кришталика, сторонні тіла в очному яблуці та тканинах очної западини, кон'юнктивіт, кератит**	5%
	Примітка.	
	*У разі поєднання різних пошкоджень, вказаних в статтях **14-16**, Страхова виплата здійснюється у визначеному в статті розмірі лише за одне ушкодження без додавання різних ушкоджень.*	
17	**Ушкодження ока (очей), що спричинило повну втрату зору єдиного ока або обох очей, що мали гостроту зору не нижче 0,01**	100%

18	**Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока**	10%
19	**Перелом орбіти**	10%
20	**Зниження гостроти зору.**	
	а) Рішення про здійснення Страхової виплати у зв'язку зі зниженням гостроти зору та іншими наслідками внаслідок травми приймається згідно "*Таблиці №3 Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку зі зниженням зору Застрахованої особи через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку*" цього Додатку після закінчення лікування, але не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду з дати отримання травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа звертається до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження.	
	б) Якщо у зв'язку з посттравматичним зниженням гостроти зору було імплантовано штучний кришталик або застосовано коригувальну лінзу, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням гостроти зору до операції.	
ОРГАНИ СЛУХУ		
21	**Травма вушної раковини, що спричинила:**	
	а) перелом хряща	2%
	б) втрату менше 1/3 частини вушної раковини	5%
	в) втрату 1/2 частини вушної раковини	15%
	г) повну втрату вушної раковини	30%
22	**Травма одного вуха, що спричинила зниження слуху:**	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5%
	б) шепітна мова - до 1 м	15%
	в) повна глухота (розмовна мова - 0)	25%
23	**Розрив однієї барабанної перетинки,** що стався в результаті травми та не спричинив зниження слуху.	5%
	Примітка	
	Розрив барабанної перетинки внаслідок перелому основи черепа не покривається.	
24	**Травма одного вуха, що спричинила посттравматичний отит:**	
	а) гострий гнійний	3%
	б) хронічний	5%
	Примітка	

	Страхова виплата за ст. 24 (б) здійснюється додатково у тому випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено ЛОР-спеціалістом після закінчення тримісячного періоду після отримання травми. До закінчення цього терміну сума Страхової виплати розраховується за відповідною статтею з урахуванням факту травми.	
СИСТЕМА ДИХАННЯ		
25	**Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, решітчастої кістки**	5%
26	**Травма легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:**	
	а) з одного боку	5%
	б) з двох боків	10%
27	**Травма грудної клітки та її органів, що спричинило:**	
	а) легеневу недостатність (після закінчення тримісячного терміну з дати отримання травми)	10%
	б) видалення долі, частини легені	40%
	в) видалення однієї легені	60%
	Примітка	
	У разі здійснення Страхової виплати за ст. 27 (б, в) ст. 27 (а) не застосовується.	
28	**Перелом грудини**	10%
29	**Перелом ребра, за кожне**	3%
	Примітки	
	1. У разі перелому ребер під час реанімаційних заходів Страхова виплата здійснюється на загальних підставах згідно п.28, 29 цієї Таблиці.	
	2. Перелом хрящової частини ребра є підставою для здійснення Страхової виплати.	
	3. Якщо у довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних закладів, буде зазначено різну кількість ушкоджених ребер, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням більшої кількості ушкоджених ребер.	
30	**Травма грудної клітки з проникненням, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:**	
	а) торакоскопія, торакоцентез, травма з проникненням без ушкодження органів грудної	5%

	порожнини, що не потребувало проведення торакотомії	
	б) торакотомія за відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10%
	в) торакотомія за ушкодження органів грудної порожнини	15%
	г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	10%
	Примітки	
	1. Якщо у зв'язку з травмою грудної клітки та її органів було проведено видалення легені або її частини сума Страхової виплати розраховується відповідно до ст. 27; ст. 30 при цьому не застосовується; ст. 30 та 26 одночасно не застосовуються.	
	2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, одноразово здійснюється Страхова виплата, сума якої розраховується відповідно до найскладнішого втручання.	
31	**Ушкодження гортані, трахеї, щитоподібного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не спричинили порушення функції.**	5%
	Примітка	
	Якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково здійснюється Страхова виплата в розмірі 5 % Страхової суми.	
32	**Травма гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитоподібного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що спричинили:**	
	а) осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців з дати отримання травми	10%
	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців з дати отримання травми	20%
	Примітка	
	Страхова виплата згідно зі ст. 32 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою згідно зі ст. 31. У випадку, якщо Застрахована особа у своїй заяві про здійснення Страхової виплати зазначила, що травма спричинила порушення функції гортані або трахеї, необхідно отримати висновок спеціаліста	

	після закінчення 3-місячного періоду після травми. До закінчення цього терміну Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 31.	
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33	**Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не спричинили серцево- судинну недостатність**	25%
34	**Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що спричинили серцево-судинну недостатність:**	
	а) I ступеня	10%
	б) II-III ступенів	25%
	Примітки	
	1) Якщо у медичному висновку не зазначено ступінь серцево-судинної недостатності, то сума Страхової виплати розраховується згідно зі ст. 34(а).	
	2) До великих магістральних судин слід відносити: *Аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують* *кровообіг внутрішніх органів.*	
35	**Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) на рівні:**	
	а) плеча, стегна	10%
	б) передпліччя, гомілки	5%
36	Ушкодження великих периферійних судин, що спричинило порушення кровообігу	20%
	Примітка:	
	1. До великих периферійних судин слід відносити: підключичні, пахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні та задні великогомілкові артерії;, підключичні, пахвові, стегнові та підколінні вени.	
	2. Якщо Застрахована особа у своїй заяві на здійснення Страхової виплати зазначила, що травма спричинила порушення функції серцево-судинної системи, Застрахованій особі необхідно отримати висновок спеціаліста з цього приводу (кардіолога).	

	3. Страхова виплата за ст. 34, ст. 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення 3-місячного терміну після травми та підтверджено медичною документацією цього закладу. До закінчення цього терміну Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 33, ст. 35.	
	4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою відновлення судинного русла, додатково здійснюється Страхова виплата у розмірі 5 % Страхової Суми.	
ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ		
37	**Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:**	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5%
	б) перелом двох та більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10%
	Примітка:	
	1. У разі перелому щелепи, що настав випадково під час стоматологічних маніпуляцій, Страхова виплата здійснюється на загальних підставах.	
	2. Перелом альвеолярного відростка, що настав під час втрати зубів, не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
	3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Страхова виплата у розмірі 5 % Страхової суми.	
38	**Звичний вивих щелепи**	10%
	Примітка	
	У разі звичного вивиху нижньої щелепи Страхова виплата здійснюється додатково до Страхової виплати згідно зі ст. 37, якщо це ускладнення настало в результаті травми, отриманої в період дії Договору Страхування, та протягом 3 років після такої травми. У разі рецидивів звичного вивиху щелепи Страхова виплата не здійснюється.	
39	**Травма щелепи, що спричинила втрату:**	
	а) частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростка)	40%
	б) щелепи	80%
	Примітка:	

	1. Сума Страхової виплати на випадок втрати щелепи або її частини включає суму Страхової виплати на випадок втрати зубів незалежно від їх кількості.	
	2. У випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток Страхової суми, належної до сплати визначається з урахуванням таких ушкоджень згідно з відповідними статтями шляхом додавання.	
	3. У разі здійснення Страхової виплати згідно зі ст. 39 додаткові Страхові виплати з приводу оперативного втручання не здійснюються.	
40	**Травма язика, порожнини рота (поранення, опік, відмороження), що спричинила виникнення рубців (незалежно від їх розміру)**	3%
41	**Травма язика, що спричинила :**	
	а) відсутність кінчика язика	10%
	б) відсутність дистальної третини язика	15%
	в) відсутність язика на рівні середньої третини	30%
	г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	60%
42	**Травма зубів, що спричинила втрату:**	
	а) 1 зуба	2%
	б) 2-3 зубів	5%
	в) 4-6 зубів	10%
	г) 7-9 зубів	15%
	ґ) 10 і більше зубів	20%
	Примітка:	
	1. У разі втрати через травму зубів з незйомними протезами сума Страхової виплати розраховується з урахуванням втрати тільки опорних зубів. У разі пошкодження в результаті травми зйомних протезів Страхова виплата не здійснюється. .	
	2. У разі втрати молочних зубів у дітей до 5 років Страхова виплата здійснюється на загальних підставах. У разі втрати або перелому молочних зубів у дітей віком з 5 років Страхова виплата не здійснюється.	
	3. У разі втрати зубів та перелому щелепи сума Страхової виплати розраховується згідно зі ст. 37 та ст. 42 шляхом додавання.	
	4. У разі втрати зубного протезу або імплантованого зуба Страхова	

	виплата не здійснюється.	
	5. Виплата по втраті зубів за пп ***в,*** **г, ґ** *здійснюється лише за наявності підтверджуючих инструментальніх даних (рентгенівскі знімки, МРТ, ортопантомограмма та ін)*	
43	**Травма (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунка, кишечнику, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл зі стравоходу, шлунка, що не спричинило функціональних порушень**	5%
44	**Травма (поранення, розрив, опік) стравоходу, що спричинила:**	
	а) звуження стравоходу	40%
	б) непрохідність стравоходу (за наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	100%
	Примітка:	
	Відсоток Страхової суми, належний до сплати згідно зі ***ст. 44****, визначається не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми. Раніше за цей термін Страхова виплата здійснюється попередньо згідно зі* ***ст. 43****, та сума такої Страхової виплати вираховується з суми Страхової виплати, сплачуваної після ухвалення остаточного рішення.*	
45	**Травма (розрив, опік, поранення) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що спричинила:**	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5%
	б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечнику, задньопрохідного отвору	15%
	в) спайкову хворобу, стан після операції з приводу спайкової непрохідності	25%
	г) кишкова нориця, кишково-піхвова нориця, нориця підшлункової залози	50%
	ґ) протиприродний задній прохід (колостома)	100%
	Примітка:	

	1. У разі ускладнення травм, зазначених у підпунктах “а”, “б”, “в”, Страхова *виплата здійснюється за умови, що всі ці ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми, а зазначені у підпунктах “ґ” та “ґ” - після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми.*	
	2. Зазначені ускладнення травми визнаються виключно у випадку, якщо їх підтверджено довідкою лікувально-профілактичного заклад. Раніше за ці терміни Страхова виплата здійснюється згідно зі ст. 43 та сума такої Страхової виплати не вираховується з суми Страхової виплати, сплачуваної після ухвалення остаточного рішення.	
46	**Кила, що утворилася на місці пошкоджень передньої черевної стінки, діафрагми або в області післяопераційного рубця, якщо операцію було проведено у зв’язку з травмою, або стан після операції з приводу такої кили.**	10%
	Примітка:	
	1. Страхова Виплата згідно зі ст. 46 здійснюється додатково до Страхової виплати, визначеної у зв’язку з травмою органів живота, якщо кила є прямим наслідком такої травми.	
	2. Кили живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-калиткові), що виникли в результаті підіймання ваги, не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
47	**Травма печінки внаслідок травми або випадкового гострого отруєння, що спричинила:**	
	а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит (захворювання і не є результатом травми), що розвинувся безпосередньо у зв’язку з травмою, гепатоз (захворювання)	5%
	б) печінкову недостатність (захворювання)	10%
48	**Травма печінки, жовчного міхура, що спричинила:**	
	а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура	15%
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	20%
	в) видалення частини печінки	25%
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура	35%

49	**Травма селезінки, що спричинила:**	
	а) субкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання	5%
	б) видалення селезінки	30%
50	**Травма шлунка, підшлункової залози, кишечнику, брижі, що спричинила:**	
	а) утворення хибної кисти підшлункової залози	20%
	б) резекцію шлунка, кишечнику, підшлункової залози	30%
	в) видалення шлунка	60%
51	**Травма органів черевної порожнини, у зв'язку з якої проведено:**	
	а) лапароскопію (лапароцентез)	5%
	б) лапаротомію у разі підозри на пошкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	10%
	в) лапаротомію у разі ушкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15%
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	10%
	Примітка:	
	*1. Якщо у зв'язку з травмою органів черевної порожнини є підстави для здійснення Страхової Виплати за **ст. 47-50**, ст. 51 (крім підпункту "г") не застосовується.*	
	2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька буде видалено, а інший (інші) – ушиті, Страхова Виплата здійснюється згідно з відповідними статтями та ст. 51(в) одноразово.	
СЕЧОВИВІДНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМА		
52	**Травма нирки, що спричинила:**	
	а) забиття нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання	5%
	б) видалення частини нирки	30%
	в) повне/тотальне видалення нирки	60%
53	**Травма органів сечовивідної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинила:**	
	а) цистит, уретрит	5%
	б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит	10%
	в) зменшення обсягу сечового міхура	15%

	г) гломерулонефрит (захворювання), пієлонефрит, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	25%
	ґ) синдром довготривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, краш-синдром, синдром роздроблення), хронічну ниркову недостатність	30%
	д) непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатеві нориці	40%
	Примітка:	
	2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками, перерахованими у підпунктах "а", "в", "г", "ґ" та "д" ***ст.53****, здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми.* *Раніше за цей термін Страхова виплата здійснюється згідно зі* ***ст. 52 або ст. 55*** *(а) та сума, розрахована згідно з визначеним відсотком від Страхової Суми, не вираховується з суми Страхової виплати після ухвалення остаточного рішення.*	
54	**Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовивідної системи:**	
	а) цистостомія	5%
	б) у разі ушкодження органів	15%
	в) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості)	10%
	Примітка:	
	Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, Страхова Виплата здійснюється згідно зі ***ст. 52*** *(б);* ***ст.54*** *при цьому не застосовується.*	
55	**Пошкодження органів статевої або сечовивідної системи:**	
	а) поранення, розрив	5%
56	**Ушкодження статевої системи жінок, що спричинило:**	
	а) видалення одного яєчника, маточної труби	15%
	б) видалення обох яєчників, обох маточних труб	30%
	в) втрату матки у жінок у віці:	
	до 40 років	50%
	з 40 до 50 років	30%
	50 років і старше	15%
57	**Ушкодження статевої системи чоловіків, що спричинило:**	

	а) видалення одного яєчка	15%
	б) втрату частини (<50%) статевого члена	30%
	в) перелом статевого члена, що не призвів до видалення	10%
	г) втрату (>50%) статевого члена, обох яєчок	50%
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
58	**Травма м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що спричинила після загоєння:**	
	а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 кв. см	3%
	б) утворення рубців площею від 1,1 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше	5%
	в) утворення рубців площею від 6 кв. см до 15 кв. см	10%
	г) утворення рубців площею від 16 кв. см до 25, кв. см	15%
	ґ) утворення рубців площею від 26 кв. см до 35, кв. см	20%
	д) утворення рубців площею від від 36 кв. см і більше	30%
	Примітка:	
	1. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа (кісток обличчя) зі зміщенням уламків було проведено операцію (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням перелому та післяопераційного рубця,	
	2. Якщо в результаті пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області утворився рубець, і у зв'язку з цим було здійснено виплату відповідної частини Страхової Суми, а потім Застрахований отримав повторну травму, що спричинила утворення нових рубців, Страхова виплата в розмірі відповідної частини Страхової Суми з урахуванням наслідків повторної травми здійснюється повторно.	
	3. За рубцями, що утворились внаслідок опіків, страхова виплата за цією статтею не здійснюється.	
59	**Травма м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що спричинила після загоєння утворення рубців площею:**	
	а) від 2,0 до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше	3%
	б) від 5 кв. см до 25 кв. см	5%
	в) від 26 кв. см до 100 кв. см	10%

	г) від 101 кв. см до 200 кв. см	15%
	ґ) від 201 кв. см до 300 кв. см	20%
	д) від 301 кв. см до 400 кв. см	25%
	е) від 401 кв. см до 500 кв. см	30%
	є) від 501 кв. см до 750 кв. см	35%
	ж) 751 кв. см та більше	40%
	Примітка:	
	1. Під час визначення площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкіряного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.	
	2. Якщо Страхова виплата здійснюється у зв'язку з оперативним втручанням (у разі відкритих ушкоджень, пластики сухожиль, зшиванні судин, нервів тощо), ст. 59 не застосовується.	
	3. За рубцями, що утворились внаслідок опіків, страхова виплата за цією статтею не здійснюється.	
60	**Травма м'яких тканин тулуба: міжм'язова гематома, що не розсмокталася, площею не менше 2 кв. см**	5%
	Примітка:	
	*1. Рішення щодо здійснення Страхової виплати згідно зі **ст. 58, ст. 59 та ст. 60** ухвалюється з урахуванням даних огляду, проведеного після загоєння ранової поверхні, але не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми.*	
	2.Страхова виплата у зв'язку з гематомою, що не розсмокталася, здійснюється, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми та за наявністю УЗД підтвердження гематоми	
	*3. Загальна сума виплат за **ст. 59 та ст. 60** не має перевищувати 40 % від Страхової Суми.*	
61	**Опікова хвороба, опіковий шок**	10%
	Примітка:	
	Страхова виплата згідно зі ст. 61 сплачується додатково до Страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з отриманням опіку.	
62	**Травма м'яких тканин:**	
	а) не видалені чужорідні тіла	3%
	б) м'язова кила, посттравматичний періостит, неповний розрив м'язів	5%

	в) повний розрив сухожиль, за виключенням пальців кисті, взяття аутотрансплантата з іншого відділу опорно- рухового апарата, повний розрив м'язів	7%
	Примітка:	
	1. Страхова виплата у зв'язку, не видаленими чужорідними тілами, м'язовою килою або посттравматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми.	
ХРЕБЕТ		
63	**Перелом, переломо-вивих або вивих тіл, дужок та суглобових відростків хребців (за виключенням крижі та куприка):**	
	а) одного-двох	20%
	б) трьох - п'яти	30%
	в) шести і більше	40%
64	**Розрив міжхребцевих зв'язок (за тривалості лікування не менше 14 днів), підвивих хребців (за виключенням куприка)**	5%
	Примітка:	
	У разі рецидивів підвивиху хребця Страхова виплата не здійснюється.	
65	**Перелом кожного поперечного або остистого відростка**	3%
66	**Перелом крижі**	10%
67	**Ушкодження куприка:**	
	а) підвивих куприкових хребців	3%
	б) вивих куприкових хребців	5%
	в) перелом куприкових хребців	10%
	Примітки:	
	1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижі та куприка) проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 10 % від Страхової суми одноразово.	
	2. Якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, сума Страхової виплати розраховується з урахуванням обох ушкоджень шляхом додавання.	
	3. Якщо внаслідок однієї травми Застрахована особа зазнає перелому тіла хребта, ушкодження зв'язок, перелому поперечних або остистих відростків, сума Страхової виплати розраховується згідно зі статтею, що передбачає найбільш тяжку травму. Страхова виплата	

	здійснюється одноразово.	
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА, ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ		
68	**Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально- ключичного, грудинно-ключичного зчленувань:**	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	5%
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, переломо-вивих ключиці	10%
	в) розрив двох зчленувань та перелом однієї кістки, перелом двох кісток та розрив одного зчленування	15%
	г) перелом, що не зрісся (хибний суглоб)	15%
	Примітки:	
	*1. У випадку, якщо у зв'язку з травмами, перерахованими у **ст. 68**, проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.*	
	*2. У випадку, якщо у зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про здійснення Страхової виплати за **ст. 59** ухвалюється за результатами огляду, проведеного після загоєння рани.*	
	3. Страхова Випадку у зв'язку переломом, що не зрісся (хибним суглобом) здійснюється у випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. Таку Виплату буде здійснено додатково.	
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
69	**Травми області плечового суглоба (суглобної западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки):**	
	а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобної западини лопатки, вивих плеча	5%
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки та вивих	10%

	плеча	
	в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), переломо-вивих плеча	15%
	г) розрив зв`язок	5%
	д) ушкодження зв`язок, що вимагає накладання фіксуючої пов`язки	2%
70	**Травма плечового поясу, що спричинила:**	
	а) звичний вивих плеча	15%
	б) відсутність рухомості суглоба (анкілоз)	20%
	в) плечовий суглоб, що нестабільний внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	40%
	Примітки:	
	*1. Страхова виплата з**а ст.70** здійснюється додатково до Страхової виплати, сплачуваної у зв'язку з травмами області плечового суглоба у випадку, якщо перераховані у цій статті ускладнення буде встановлено у лікувально- профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу.*	
	2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою плечового суглоба буде проведено оперативні втручання, додатково буде здійснено Виплату у розмірі 10 % від Страхової Суми.	
	1. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД).	
	3. Страхова виплата у разі звичного вивиху плеча здійснюється у випадку, якщо він настав протягом 3 років після первинного вивиху, отриманого Застрахованою особою в період дії Договору Страхування. Діагноз звичного вивиху плеча має бути підтверджено медичною документацією з лікувального закладу, в якому проводилось його вправлення. У випадку рецидивів звичного вивиху плеча Страхова виплата не здійснюється.	
ПЛЕЧЕ		
71	**Перелом плечової кістки:**	
	а) на будь-якому рівні	15%
	б) подвійний перелом	20%
72	Перелом плечової кістки, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба)	40%
	Примітки:	

	1. Страхова виплата за ст. 72 здійснюється додатково до Страхової виплати, *здійсненої у зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми.*	
	2. Якщо у зв'язку з травмою області плеча проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	
73	**Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжка травма, що спричинила ампутацію:**	
	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	80%
	б) плеча на будь-якому рівні	75%
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100%
	Примітка:	
	Якщо Страхову виплату було здійснено згідно зі ст.73, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
74	**Травма ділянки ліктьового суглоба:**	
	а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	5%
	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, черезвиростковий або надвиростковий переломи плечевої кістки, перелом голівочки плечевої кістки, вивих кістки	5%
	в) перелом променевої та ліктьової кістки, вивих передпліччя	10%
	г) перелом плечової кістки разом з променевою та ліктьовою кістками	20%
	д) повний розрив зв`язок	5%
	е) ушкодження зв`язок, що вимагає накладання фіксуючої пов`язки	2%
	Примітка:	
	1. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована особа зазнає різних *ушкоджень, перерахованих у ст. 74, сума Страхової виплати розраховується згідно з підпунктом, що враховує найбільш тяжке*	

	ушкодження.	
	2. Розрив зв'язок повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД)	
75	**Травма ділянки ліктьового суглоба, що спричинила:**	
	а) відсутність рухомості у суглобі (анкілоз)	40%
	б) плечовий суглоб, що нестабільний внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	50%
	Примітки:	
	1. Страхова виплата за ст. 75 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмами ліктьового суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після *закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.*	
	2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою області ліктьового суглоба буде проведено оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
76	**Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів:**	
	а) перелом, вивих однієї кістки (окрім шилоподібного відростка)	10%
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки (окрім шилоподібного відростка)	15%
77	**Перелом, що не зрісся (хибний суглоб) кісток передпліччя:**	
	а) однієї кістки	20%
	б) двох кісток	40%
	Примітка:	
	Страхова виплата за ст. 77 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою передпліччя, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми.	
78	**Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила:**	

	а) ампутацію передпліччя на будь-якому рівні	65%
	б) экзартикуляцію у ліктьовому суглобі	70%
	в) ампутацію єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100%
	Примітки:	
	1. Якщо у зв'язку з травмою області передпліччя проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	
	2. Якщо Страхову виплату було здійснено згідно зі ст. 78, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	
ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
79	**Травма ділянки променево-зап'ясткового суглоба:**	
	а) відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5%
	б) перилунарний вивих кисті	15%
	в) розрив зв`язок	5%
	г) ушкодження зв`язок, що вимагає накладання фіксуючої пов`язки	2%
	Примітки:	
	1. Якщо у зв'язку з травмою області променевозап'ясного суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	
	2. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД),	
80	**Травма ділянки променево-зап'ясткового суглоба, що спричинила відсутність рухомості (анкілоз) цього суглоба**	15%
	Примітка:	
	1. Страхова виплата за ст. 80 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмами променевозап'ясного суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу (дослідження амплітуди рухів).	
КИСТЬ		

81	**Перелом або вивих кісток зап'ястка, п'ясних кісток однієї кисті:**	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5%
	б) двох та більше кісток (крім човноподібної)	10%
	в) човноподібної кістки	10%
	г) вивих, переломо-вивих кисті	15%
	Примітки:	
	1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	
	2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястка (п'ясних кісток) та човноподібної кістки сума Страхової виплати розраховується з урахуванням кожної травми шляхом додавання.	
82	**Травма кисті, що спричинила:**	
	а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10%
	б) втрату усіх пальців, ампутацію на рівні п'ясних кісток зап'ястка або променевозап'ясного суглоба	65%
	в) ампутацію єдиної кисті	100%
	Примітка:	
	Страхова виплата у зв'язку з переломом, що не зрісся (хибним суглобом) кісток зап'ястка або п'ясних кісток здійснюється додатково за ст. 82 (а) у випадку, якщо таке ускладнення травми встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	
ПАЛЬЦІ КИСТІ. ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ		
83	**Травма пальця, що спричинила:**	
	а) повний відрив нігтьової пластинки	3%
	б) ушкодження сухожилля (сухожилків) розгиначів пальця	3%
	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків) згинача пальця, сухожилковий, суглобовий, кістковий панариція	5%
	Примітки:	

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

	в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панариція	5%
	Примітки:	
	1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової виплати.	
	2. Якщо у зв'язку з травмою сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), *кістковим, суглобним, сухожильним панаріцієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.*	
87	**Травма пальця, що спричинила:**	
	а) відсутність рухів в одному суглобі	5%
	б) відсутність рухів у двох суглобах пальця	10%
	Примітка:	
	Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з його травмою, у випадку, якщо *відсутність рухомості суглоба (суглобів) пальця буде встановлено у лікувально- профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.*	
88	**Травма пальця, що спричинила:**	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої фаланги	3%
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги	5%
	в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг	10%
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця	15%
	д) втрату пальця з п'ясною кісткою або її частиною	20%
	Примітки:	
	*1. Якщо Страхову виплату здійснено згідно зі **ст. 88**, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.*	

	2. У разі травми декількох пальців кисті в період дії одного Договору Страхування сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням кожного пошкодження шляхом додавання, однак її розмір не має перевищувати 65% від Страхової Суми для однієї кисти та 100 % від Страхової Суми для обох кистей.	
ТАЗ		
89	**Травма таза:**	
	а) перелом однієї кістки	10%
	б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки	15%
	в) перелом трьох та більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань	20%
	Примітки:	
	1. Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова виплата у розмірі 10 % *від Страхової суми.*	
	2. Розрив лобкового зчленування, крижово-клубового зчленування (зчленувань) під час пологів є підставою для здійснення Страхової виплати за ст. 89 (б або в) на загальних підставах.	
90	**Травма таза, що спричинила відсутність рухомості кульшового суглоба:**	
	а) в одному суглобі	20%
	б) у двох суглобах	40%
	Примітка:	
	*Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції кульшового суглоба (суглобів) за **ст. 90** здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою таза, у випадку, якщо відсутність руху у суглобі буде встановлено у* *лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.*	
НИЖНЯ КІНЦІВКА		
КУЛЬШОВИЙ СУГЛОБ		
91	**Травма кульшового суглоба:**	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5%
	б) ізольований відрив вертлюга	10%
	в) вивих стегна, переломи вертлюгової западини	15%

	г) перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегна	20%
	д) розрив зв`язок	5%
	е) ушкодження зв`язок, що вимагає накладання фіксуючої пов`язки	2%
	Примітки:	
	1. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована особа зазнає різних *ушкоджень кульшового суглоба, Страхову виплату буде здійснено згідно з одним з підпунктів, що передбачає найбільш тяжку травмую.*	
	2. Якщо у зв'язку з травмою кульшового суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової суми.	
	3. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД).	
92	**Травма кульшового суглоба, що спричинила:**	
	а) відсутність рухомості (анкілоз)	20%
	б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) шийки стегна	30%
	в) ендопротезування	40%
	г) нестабільний кульшовий суглоб внаслідок резекції голівки стегна	45%
	Примітки:	
	1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, перерахованими у ст. 92, *здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою суглоба.*	
	2. Страхова виплата у зв'язку зі ст. 92 (б) здійснюється у випадку, якщо таке *ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.*	
СТЕГНО		
93	**Перелом стегна:**	
	а) на будь-якому рівні, за виключенням області	25%

	суглобів	
	б) подвійний перелом стегна	30%
94	**Перелом стегна, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба)**	30%
	Примітки:	
	1. Якщо у зв'язку з травмою області стегна проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової суми.	
	2. Страхова виплата за ст. 94 здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду *тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.*	
95	**Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила ампутацію кінцівки на будь-якому рівні стегна:**	
	а) однієї кінцівки	70%
	б) єдиної кінцівки	100%
	Примітка:	
	Якщо Страхову виплату здійснено згідно зі ст.95, додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	
КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
96	Травма області колінного суглоба:	
	а) гемартроз, ушкодження меніска	5%
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростк (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки.	10%
	в) перелом: надколінка, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафізу великогомілкової кістки	15%
	г) перелом проксимального метафізу великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової кістки	15%
	д) перелом виростків стегна, вивих великогомілкової кістки	25%
	е) перелом дистального метафізу стегна	25%

	є) перелом дистального метафізу, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	35%
	ж) розрив зв`язок	5%
	з) ушкодження зв`язок, що вимагає накладання фіксуючої пов`язки	2%
	Примітки:	
	1. У разі поєднання різних пошкоджень колінного суглоба, Страхова виплата здійснюється одноразово згідно з одним з підпунктів ***ст. 96****, що передбачає найбільш тяжку травму.*	
	2. Якщо у зв'язку з травмою області колінного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової суми незалежно від підпункту ст.96 за яким здійснюється страхова виплата.	
	3.Не визнається Страховим Випадком і Страхова виплата не здійснюється, якщо подія була прямо або опосередковано пов'язана із пошкодженням/розривом меніска колінного суглоба, якщо Нещасний Випадок відбувся або діагноз встановлено протягом перших 60-ти (шістдесяти) календарних *днів дії цього Страхового Продукту.*	
	4. Ушкодження меніска та розрив зв'язок повинні бути підтвердженні результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД).	
97	Травма колінного суглоба, що спричинила:	
	а) відсутність рухомості суглоба (анкілоз)	25%
	б) колінний суглоб, що «нестабільний внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	45%
	в) ендопротезування	30%
	Примітка:	
	Страхова виплата за ***ст. 97*** *сплачується додатково до Страхової виплати здійсненої у зв'язку з травмою колінного суглоба.*	
ГОМІЛКА		
98	Перелом кісток гомілки (за виключенням ділянки суглобів):	
	а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів	5%
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	15%
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	20%

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

	кісточки з краєм великогомілкової кістки	
	в) перелом обох кісточок з краєм великогомілкової кістки	15%
	г) розрив сухожилля (крім ахіллового сухожилля)	4%
	д) розрив зв`язок	5%
	е) ушкодження зв`язок, що вимагає накладання фіксуючої пов`язки	2%
	Примітки:	
	1. У разу перелому кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжується розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової суми.	
	2. Якщо у зв'язку з травмою області гомілковостопного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової суми.	
	3. Розрив зв'язок або сухожилля повинні бути підтверджені результатами інструментального дослідження (МРТ/КТ/УЗД).	
102	**Травма області гомілковостопного суглоба, що спричинила:**	
	а) відсутність рухомості гомілковостопного суглоба	20%
	б) гомілковостопний суглоб, що "нестабільний внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	40%
	в) екзартикуляцію у гомілковостопному суглобі	50%
103	**Травма Ахіллового сухожилля:**	
	а) у разі консервативного лікування	5%
	б) у разі оперативного лікування	15%
СТОПА		
104	**Травма стопи:**	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за виключенням п'яткової та таранної), розрив зв'язок стопи, що вимагає фіксуючої пов'язки (гіпс, скотчкаст, софткаст, турбокаст, ортез, лонгети)	5%
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10%

	в) перелом, вивих трьох та більше кісток, перелом п'яткової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі стопи (Шопара) або передплесно- плесновому суглобі (Лсфранка)	15%
	Примітки:	
	1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової суми.	
	2. У разі переломів або вивихів кісток стопи, що Застрахована особа зазнала внаслідок одного Нещасного випадку, Страхова виплата розраховується з урахуванням кожної травми шляхом додавання.	
105	**Травма стопи, що спричинила:**	
	а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї-двох кісток (за виключенням п'яткової та таранної кісток)	5%
	б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) трьох та більше кісток, а також п'яткової або таранної кістки	15%
	в) артродез підтаранного суглоба, поперечного суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лсфранка)	20%
	г) ампутацію на рівні:	
	1) плесно-фалангових суглобів (відсутність всіх пальців стопи)	30%
	2) плеснових кісток або передплесни	40%
	3) таранної, п'яткової кісток (втрата стопи)	50%
	Примітки:	
	*1. Страхова Виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими **ст. 105 (а, б, в)**, здійснюється додатково до Страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою стопи, якщо такі ускладнення травми буде встановлено у лікувально- профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу; а у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст. 105 (г) - незалежно від терміну, що пройшов з дня отримання травми Застрахованою особою.*	
	2. Якщо Страхову виплату здійснено у зв'язку з ампутацією стопи, додаткова Страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	
ПАЛЬЦІ СТОПИ		

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

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

	Ст. 111 *не застосовується, якщо внаслідок настання Страхового Випадку була здійснена Страхова виплата за іншою статтею (статтями) цієї Таблиці*

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

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

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

пп.1. У випадку опіків дихальних шляхів – розмір Страхової виплати становить 30% від Страхової суми;

пп.2. У випадку опіків (обморожень) голови та/або шиї суму Страхової виплати буде збільшено на:

- 5%, якщо опік (обмороження) займає площу менше 5% поверхні тіла;
- 10%, якщо опік (обмороження) займає площу від 5% поверхні тіла.

пп.3. У випадку опіків (обморожень) в області паху, суму Страхової виплати буде додатково збільшено на 10% від Страхової суми;

пп.4. Обов'язковою умовою для здійснення Страхової виплати у випадках опіків/обморожень площею понад 5% від площі поверхні тіла є наявність документів, що підтверджують факт лікування в умовах стаціонару.

пп.5. У випадку, якщо в діагнозі вказано площу ушкодження з різними ступенями опіку (обмороження), страхову виплату здійснювати у ромірі відстоку, що відповідає більшій ступені опіку (обмороження) згідно Таблиці №2.

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

Гострота зору		**Відсоток від Страхової суми**		**Гострота зору**		**Відсоток від Страхової суми**
До травми	**Після травми**	**%**		**До травми**	**Після травми**	**%**
1	0,9	3		0,6	0,5	5
	0,8	5			0,4	5
	0,7	5			0,3	10
	0,6	10			0,2	10
	0,5	10			0,1	15
	0,4	10			Нижче за 0,1	20
	0,3	15			0	25
	0,2	20		0,5	0,4	5
	0,1	30			0,3	5
	Нижче за 0,1	40			0,2	10
	0	50			0,1	10
0,9	0,8	3			Нижче за 0,1	15
	0,7	5			0	20
	0,6	5		0,4	0,3	5
	0,5	10			0,2	5
	0,4	10			0,1	10
	0,3	15			Нижче за 0,1	15
	0,2	20			0	20
	0,1	30		0,3	0,2	5
	Нижче за 0,1	40			0,1	5
	0	50			Нижче за 0,1	10
0,8	0,7	3			0	20
	0,6	5		0,2	0,1	5
	0,5	10			Нижче за 0,1	10
	0,4	10			0	20

	0,3	15		0,1	Нижче за 0,1	10
	0,2	20			0	20
	0,1	30		Нижче за 0,1	0	20
	Нижче за 0,1	40				
	0	50				
0,7	0,6	3				
	0,5	5				
	0,4	10				
	0,3	10				
	0,2	15				
	0,1	20				
	Нижче за 0,1	30				
	0	40				

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

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

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

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

Додаток №2 до
Загальних умов Стандартного страхового продукту
«Повний захист:життя,критичні хвороби,травми»

Визначення термінів
для ризику «Жіноче критичне захворювання»

1.1. Термін «***хвороба***» або «***захворювання***» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Жіноче критичне захворювання» для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку дії цього Страхового ризику та Періоду відстрочення.

1.2. Термін «***критичне захворювання***» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Жіноче критичне захворювання» для визначення злоякісного новоутворення.

1.3. Термін «***Злоякісне новоутворення***» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Жіноче критичне захворювання» для визначення злоякісної пухлини жіночого статевого або репродуктивного органу, яка характеризується неконтрольованим ростом та поширенням злоякісних клітин з інвазією у нормальну тканину жіночого статевого або репродуктивного органу, якщо це не є прямим наслідком метастаз або злоякісного новоутворення інших органів, які є місцем локалізації первинної пухлини. В цілях цього Страхового ризику до даного поняття не включаються пухлини, які гістологічно означені як доброякісні або неінвазивні, або пухлини з ознаками злоякісних змін у вигляді carcinoma-in-situ, включаючи T1N0M0 карциномою та карциномою молочної залози менше 2 см в діаметрі (окрім випадків, коли з приводу такого діагнозу Застрахованій Особі було проведено операцію з видалення такої пухлини, що мала своїм наслідком видалення всього органу Застрахованої Особи, що був уражений пухлиною), дисплазією шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3, а також усі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції.

1.4. Термін «***жіночий статевий або репродуктивний орган***», який використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Жіноче критичне захворювання», включає молочні залози, піхву, шийку матки, матку, фаллопієві (маткові) труби та яєчники.

1.5. Терміни «***діагноз***»/«***діагностування***»/«***встановлення діагнозу***» використовуються у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Жіноче критичне захворювання» для визначення заключного діагнозу, встановленого кваліфікованим лікарем та підтвердженого гістологічним висновком, який свідчить про те, що Застрахована особа має захворювання, що є Страховим випадком за Страховим ризиком «Жіноче критичне захворювання». На вимогу Страховика Страхувальник зобов'язаний пройти за рахунок Страховика медичне обстеження у кваліфікованого лікаря, визначеного Страховиком.

Додаток №3 до
Загальних умов Стандартного страхового продукту
«Повний захист:життя,критичні хвороби,травми»

Визначення критичних захворювань та розмірів виплат для ризику «Чоловіче критичне захворювання»

1. Визначення критичних захворювань/станів

1.1. Термін «***хвороба***» або «***захворювання***» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Чоловіче критичне захворювання» для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої особи, яка сталася з нею вперше після початку дії цього Страхового ризику та Періоду відстрочення.

1.2. Термін «***критичне захворювання***» використовується у Договорі Страхування для цілей Страхового ризику «Чоловіче критичне захворювання» для визначення Злоякісного новоутворення статевого або репродуктивного органу, Першого інфаркту міокарда та Інсульту.

1.3. Термін ***«Злоякісне новоутворення статевого або репродуктивного органу»*** використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Чоловіче критичне захворювання» для визначення злоякісної пухлини передміхурової залози (простати), статевого члену або сім'яної залози (яєчка), що характеризується неконтрольованим ростом та розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується інвазією та деструкцією нормальної тканини та її руйнуванням. Цей діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом.

1.4. Термін «***Перший інфаркт міокарда***» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Чоловіче критичне захворювання» для визначення Інфаркту міокарда, що стався вперше протягом Строку страхового покриття за ризиком «Чоловіче критичне захворювання» - некроз частини серцевого м'язу, внаслідок ішемічної хвороби серця, що відповідає наступним критеріям:

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

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога.

1.5. Термін «***Інсульт***» використовується у Договорі страхування для цілей Страхового ризику «Чоловіче критичне захворювання» для визначення першого випадку гострого

цереброваскулярного стану, що призвів до незворотного некрозу тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, що спричинив наведене нижче:

- Чіткий та однозначний діагноз, встановлений в умовах відповідного профільного медичного закладу (відділення);
- Наявність типових клінічних симптомів , підтверджених лікарем-неврологом не менш ніж через 3 (три) місяці після випадку;
- Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту та підтверджують омертвіння ділянки мозкової тканини, геморагію або емболію.

Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-невролога.

Такі стани є **виключенням**:

1) Транзиторні ішемічні атаки;
2) Ураження мозку внаслідок нещасного випадку, травми або поранення;
3) Безсимптомний інсульт, виявлений під час візуального методу дослідження.

2. Таблиця розмірів страхових виплат

Назва хвороби / стану	**Найменування страхового випадку**	**Код за МКХ-10**	**Розмір страхової виплати у % від Страхової суми**
Злоякісне новоутворення статевого або репродуктивного органу (п. 1.3 цього Додатку)	діагностування злоякісного новоутворення за виключенням пухлин, гістологічно описаних, як доброякісні та наведених нижче	C60-C62	100%
	діагностування неінвазивних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом, , локалізованих у передміхурової залозі (простаті), статевому члені або сім'яній залозі (яєчку)	D00-D09,	25%
Перший інфаркт міокарда (п. 1.4 цього Додатку)	Перший інфаркт міокарда: у разі наявності будь-яких 3-х або більше з зазначених ознак інфаркту міокарда	I21.9	100%

	згідно визначення у п. 1.4 цього Додатку		
	Полегшена форма першого інфаркту міокарда: у разі наявності будь-яких 2-х з зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення у п. 1.4 цього Додатку		25%
Інсульт (п. 1.5 цього Додатку)	Інсульт: у разі наявності всіх зазначених ознак інсульту згідно визначення у п. 1.5 цього Додатку	I64	100%
	Полегшена форма інсульту: у разі наявності будь-яких 2-х з зазначених ознак інсульту згідно визначення у п. 1.5 цього Додатку		25%

Додаток №4 до
Загальних умов стандартного страхового продукту
«Повний захист:життя,критичні хвороби,травми»

Визначення критичних захворювань та розмірів виплат
для ризику «Критичне захворювання дитини – 20 хвороб / станів»

1. Визначення критичних захворювань/станів

1.1. Злоякісне новоутворення:

Злоякісна пухлина, що характеризується неконтрольованим ростом та розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується інвазією та деструкцією нормальної тканини та її руйнуванням. Даний діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного аналізу на злоякісність, патологоанатомом (патоморфологом) та онкологом. Визначення також включає лейкемію, лімфоми та хворобу Ходжкіна, астроцитоми (зі ступенем злоякісності не нижче 2).

Датою встановлення діагнозу злоякісного новоутворення вважається дата взяття матеріалу для гістологічного дослідження, в разі підтвердження діагнозу. Якщо проведення гістологічного аналізу неможливо з медичних причин, діагноз має бути підтверджений лікарем-онкологом із зазначенням таких причин і результатами додаткових методів дослідження, що дозволили верифікувати діагноз.

Наведене нижче є виключенням:

- Гіперкератоз, базальноклітинна карцинома, сквамозно-клітинна карцинома; меланоми товщиною менше 1 мм за шкалою Бреслоу (Breslow) або менше рівня III за Кларком (Clark), за відсутності метастазів;
- Ракові пухлини передміхурової залози, віднесені за результатами гістологічного аналізу до класу T1a або T1b за класифікацією TNM, T1N0M0; папілярна карцинома щитовидної залози менше 1 см у діаметрі (у тому числі мультифокальна пухлина з діаметром кожного з вогнищ менше 1 см); папілярна мікрокарцинома сечового міхура (діаметром менше 1 см) і хронічний лімфоцитарний лейкоз у стадії нижче RAI 3;

У всіх випадках, коли діагностовано злоякісне новоутворення (рак), але розмір злоякісної пухлини є недостатнім для визначення такого випадку Страховим та здійснення Страхової Виплати згідно з Умовами, визнавати Страховим випадком факт діагностування за умов, якщо з приводу такого діагнозу Застрахованій особі було проведено операцію з видалення такої пухлини, що мала своїм наслідком видалення всього органу, що був уражений пухлиною.

- Всі пухлини при наявності ВІЛ-інфекції.

1.2. Апластична анемія:

Хронічне ураження кісткового мозку, яке проявляється у вигляді анемії, нейтропенії і тромбоцитопенії, підтверджене діагнозом лікаря-гематолога з урахуванням результатів лабораторного дослідження крові (вміст гранулоцитів менше 500 на мм3, тромбоцитів менше 20 000 мм3), яке вимагає проведення Застрахованій Дитині одного з перерахованих нижче

методів лікування:

1.2.1. регулярне (щодоби) переливання крові або її компонентів протягом щонайменше 2 (двох) місяців;

1.2.2. документально підтверджена трансплантація (пересадка) кісткового мозку.

Наведене нижче є виключенням:

- виникнення апластичної анемії, як результат лікування інших захворювань;
- спадкова апластична анемія (Фанконі).

1.3. Менінгіт або бактеріальний менінгіт:

Запалення оболонок головного або спинного мозку, що супроводжується наявністю парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що зберігаються на тлі проведеного лікування протягом щонайменше 3 (трьох) місяців. Цей діагноз має бути підтверджений лікарем-неврологом.

1.4. Глухота (втрата слуху):

Повна та невідновна втрата слуху на одне або на обидва вуха внаслідок нещасного випадку або хвороби. Цей діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії, засвідчені висновком лікаря-отоларинголога. «Повна втрата слуху» означає, що результат аудіометрії повинен становити не менше +80 Дб на всіх частотах.

Випадок визнається страховим, якщо вік Застрахованої Дитини на момент події, що сталася в результаті хвороби, становить 2 (два) і більш повних років (у разі втрати слуху на одне вухо), або 1 (один) повний рік та більше (у разі втрати слуху на обидва вуха).

1.5. Доброякісна пухлина головного мозку:

Доброякісна пухлина головного мозку, що викликала пошкодження тканини мозку та вимагає видалення оперативним шляхом, або, в разі неможливості хірургічного втручання, є причиною парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що тривають протягом щонайменше 3 (трьох) місяців та наявність якої має бути підтверджено лікарем-неврологом або лікарем-нейрохірургом, а також результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або будь-яких інших достовірних методів дослідження.

Наведені нижче хвороби (стани) є виключенням:

- кісти;
- гранульоми;
- судинні мальформації;
- гематоми;
- пухлини гіпофіза і спинного мозку.

1.6. Гостра ревматична лихоманка:

Гостра ревматична лихоманка із залученням серця (код захворювання I01 відповідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10) з розвитком хронічної серцевої недостатності не нижче 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско), що зберігається на тлі проведеного лікування протягом щонайменше 6 (шість) місяців з дати

встановлення діагнозу. Діагноз захворювання має бути підтверджений лікарем-кардіологом (ревматологом).

Страховим випадком не вважається виникнення захворювання, пов'язаного з ураженням серцевих клапанів, діагностованих (виявлених) у Застрахованої Дитини до дати набуття чинності Договору страхування відносно цього критичного захворювання.

1.7. Хронічний вірусний гепатит:

Діагноз хронічного вірусного гепатиту, який має бути підтверджений лікарем-інфекціоністом за обов'язковою наявністю всіх наступних факторів:

- Зміст у крові рівнів печінкових ензимів АЛТ і АСТ більш ніж у 4 (чотири) рази перевищує фізіологічну норму протягом щонайменше 3 (трьох) місяців з дати встановлення діагнозу;
- Наявність маркерів вірусу гепатиту в організмі протягом щонайменше 6 (шість) місяців з дати встановлення діагнозу.

Страховими випадками не вважаються захворювання вірусом гепатиту А і діагностування вірусного гепатиту у тих осіб, які страждають на гемофілію.

1.8. Інфікування вірусом імунодефіциту людини при переливанні крові:

Інфікування Застрахованої Особи вірусом імунодефіциту під час переливання крові або її компонентів на території України, США, Канади та країн Європейського союзу. Для здійснення Страхової Виплати необхідно надати письмове підтвердження інфікування від організації, яка здійснювала переливання крові або рішення суду (що набуло законної сили), що підтверджує факт інфікування.

1.9. Параліч:

Повна та постійна втрата рухової функції як мінімум однієї кінцівки внаслідок захворювання спинного або головного мозку або нещасного випадку, що призвів до ураження спинного або головного мозку.

Цей стан має бути підтверджений фахівцем-неврологом і тривати протягом щонайменше 3 (трьох) місяців.

Страховим випадком не вважається параліч, викликаний травмами, які Застрахована Особа нанесла сама собі.

1.10. Поліомієліт:

Поліомієліт - інфекційне вірусне захворювання, яке характеризується локальним або поширеним паралічом м'язів внаслідок руйнування клітин передніх рогів спинного мозку або відповідних клітин в стовбурі мозку.

Встановлений діагноз «Поліомієліт» має відповідати наступним критеріям:

- виявлення антигену вірусу поліомієліту у фекаліях/цереброспінальній рідині або наростання титру специфічних антитіл (у 4 рази та більше) в крові;
- параліч м'язів кінцівок або тулуба (включаючи дихальну мускулатуру) тривалістю щонайменше 3 (три) місяці з дати встановлення діагнозу.

Захворювання не вважається Страховим випадком, якщо Застрахована Особа не була

первинно вакцинована згідно Національного календаря профілактичних щеплень, який затверджується Наказом МОЗ України.

1.11. Ниркова недостатність:

Термінальна стадія ниркової недостатності - хронічне невідновне порушення функції обох нирок, в результаті якого було розпочато регулярний гемодіаліз (включаючи перитонеальний діаліз), що триває протягом щонайменше 3 (трьох) місяців, або проведено трансплантацію нирки.

1.12. Цукровий діабет:

Цукровий діабет 1 (першого) або 2 (другого) типу, який має бути підтверджений лікарем-ендокринологом і вимагав щоденних ін'єкцій інсуліну протягом щонайменше 6 (шести) місяців з дати встановлення діагнозу.

1.13. Набуті хронічні захворювання серця:

Хронічні захворювання серця, що призвели до порушення функції серця або морфологічної зміни серцевої тканини (клапани серця, міокард, перикард, ендокард) з розвитком хронічної серцевої недостатності не нижче 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско), що зберігається на тлі проведення лікування протягом щонайменше 6 (шести) місяців з дати встановлення діагнозу. Діагноз захворювання має бути підтверджений лікарем-кардіологом.

Страховим випадком не вважається виникнення хронічного захворювання серця у зв'язку з:

- алкогольною чи наркотичною залежністю;
- дефектом міжпередсердної або міжшлуночкової перетинки;
- гострою ревматичною лихоманкою, яка мала місце до дати набуття чинності Договором страхування відносно цього критичного захворювання.

1.14. Правець:

Гостре інфекційне захворювання, викликане збудником Clostridium tetani. Подія визнається Страховим випадком при наявності аміотонії і розладу дихання протягом щонайменше 4 (чотирьох) тижнів з дати встановлення діагнозу. Діагноз захворювання має бути підтверджений лікарем-інфекціоністом за результатами стаціонарного обстеження.

Захворювання не вважається Страховим випадком, якщо Застрахована Особа не була первинно вакцинована згідно Національного календаря профілактичних щеплень, який затверджується Наказом МОЗ України.

1.15. Сліпота (втрата зору):

Повна та невідновна втрата зору на одне або обидва ока внаслідок хвороби або нещасного випадку. Діагноз має бути підтверджений лікарем-офтальмологом та результатами спеціальних методів дослідження.

Подія визнається Страховим випадком, якщо вік Застрахованої Дитини на момент події, що сталася внаслідок хвороби, складає 1 (один) повний рік та більше.

1.16. Трансплантація життєво важливих органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку:

Страховим випадком визнається наступне:

- документально підтверджена трансплантація (пересадка) Застрахованій Дитині (або знаходження Застрахованої Дитини як мінімум протягом 6 (шести) місяців в офіційному листі очікування на трансплантацію) одного з наступних органів : серце, легеня, печінка, нирка, підшлункова залоза, внаслідок невиліковної недостатності відповідного органу;
- документально підтверджена трансплантація (пересадка) Застрахованій Дитині кісткового мозку з використанням кровотворних стовбурових клітин після повної екстирпації кісткового мозку.

Трансплантація інших органів, їхніх частин, тканин або клітин є виключенням.

1.17. Хірургічне лікування захворювань аорти:

Фактично перенесене хірургічне втручання на грудному або черевному відділі аорти з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування, а також хірургічне лікування травматичного розриву аорти. Під терміном «аорта» у даному конкретному випадку прийнято розуміти її грудну та черевну частини, за виключенням гілок аорти.

Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики, включаючи балонну/лазерну ангіопластику і стентування є виключенням. Хірургічне лікування, яке було необхідне внаслідок хвороби, що виникла через алкогольну або наркотичну залежність не вважається Страховим випадком.

1.18. Хірургічне втручання на серцевому клапані:

Фактично перенесене хірургічне втручання на відкритому серці з метою корекції набутої патології або заміни серцевих клапанів. Діагноз набутої патології клапанів серця має бути підтверджений результатами катетеризації серця або ехокардіографії. Хірургічне лікування, яке було необхідне внаслідок хвороби, що виникла через алкогольну або наркотичну залежність є виключенням.

1.19. Енцефаліт:

Запалення тканини мозку (півкуль головного мозку, ствола головного мозку або мозочка), що супроводжується наявністю парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що зберігаються на тлі лікування, яке проводиться протягом щонайменше 3 (трьох) місяців. Діагноз має бути підтверджений лікарем-неврологом.

1.20. Епілепсія:

Діагноз епілепсії з генералізованими тоніко-клонічними нападами (grand mal), які супроводжуються втратою свідомості, підтверджений лікарем-неврологом і результатами ЕЕГ (електроенцефалографії). Подія визнається Страховим випадком при наявності епілептичних нападів на тлі лікування, що проводиться: не менше 12 (дванадцяти) нападів упродовж 12 (дванадцяти) місяців послідовно з дати встановлення діагнозу.

Назва хвороби / стану	**Найменування страхового випадку**	**Код за МКХ-10**	**Розмір страхової виплати у % від Страхової Суми**
Злоякісне новоутворення (п. 1.1 цього Додатку)	діагностування злоякісного новоутворення за виключенням пухлин, гістологічно описаних, як доброякісні та наведених нижче	C00-C97	100%
	діагностування неінвазивних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом	D00-D09,	25%
	діагностування не-меланомних пухлин шкіри	C44	10%
Апластична анемія (п. 1.2 цього Додатку)	діагностування апластичної анемії та проведення її лікування методом зазначеним у п.1.2.1. цього Додатку	D60–D61	50%
	діагностування апластичної анемії та проведення її лікування методом зазначеним у п.1.2.2 цього Додатку		100%
Менінгіт або бактеріальний менінгіт (п. 1.3 цього Додатку)		A87, G00, G02	100%
Глухота (п.1.4 цього Додатку)	Глухота (втрата слуху) на обидва вуха	H91.9	100%
	Глухота (втрата слуху) на одне вухо		25%
Доброякісна пухлина головного мозку (п.1.5 цього Додатку)		D33	100%
Гостра ревматична лихоманка (п.1.6 цього Додатку)	гостра ревматична лихоманка з розвитком хронічної серцевої недостатності 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско).	I01+I50.0 - I50.9	50%
	гостра ревматична лихоманка з розвитком хронічної серцевої недостатності 3-го або 4-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською		100%

	Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIB або III (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско);		
Хронічний вірусний гепатит (п.1.7 цього Додатку)		B18	100%
Інфікування вірусом імунодефіциту людини при переливанні крові (п.1.8 цього Додатку)		B24	100%
Параліч (п.1.9 цього Додатку)	однієї кінцівки	G83.9	50%
	двох або більше кінцівок		100%
Поліомієліт (п.1.10 цього Додатку)		A80	100%
Ниркова недостатність (п.1.11 цього Додатку)		N18.5	100%
Цукровий діабет (п.1.12 цього Додатку)		E10, E11	100%
Набуті хронічні захворювання серця (п.1.13 цього Додатку)	у випадку розвитку хронічної серцевої недостатності 2-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIA (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско).		50%
	у випадку розвитку хронічної серцевої недостатності 3-го або 4-го класу (відповідно до класифікації, запропонованої Нью-Йоркською Асоціацією кардіологів NYHA) або не нижче стадії IIB або III (відповідно до класифікації Василенко-Стражеско);		100%
Правець (п.1.14 цього Додатку)		A35	25%
Сліпота (втрата зору) (п.1.15 цього Додатку)	сліпота (втрата зору) на одне око	H54.4	50%
	сліпота (втрата зору) на обидва ока	H54.0	100%
Трансплантація життєво важливих органів, включаючи трансплантацію кісткового мозку (п.1.16 цього Додатку)		Z94.9	100%
Хірургічне лікування захворювань аорти (п.1.17 цього Додатку)		I71.9	100%
Хірургічне втручання на серцевому клапані (п.1.18 цього Додатку)		Z95.2	100%
Енцефаліт (п.1.19 цього Додатку)			100%

Епілепсія (п.1.20 цього Додатку)	у випадку, якщо протягом 12 місяців сталося не менше ніж 12 нападів.		25%
	у випадку, якщо напади трапляються не рідше ніж 1 раз на 7 днів протягом 12 місяців;		100%

Додаток №5 до

Загальних умов стандартного страхового продукту

«Повний захист:життя,критичні хвороби,травми»

Визначення критичних захворювань та розмірів виплат для ризику

«Критичні захворювання Застрахованої особи – 80 хвороб / станів

1. Визначення критичних захворювань/станів

1.1. Злоякісне новоутворення:
Пухлина, що характеризується патологічним, безконтрольним ростом тканин, спричинених порушенням поділу клітин.
Діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом.
Коди за МКХ-10: C00-C97, D00-D09, C44.
Захворювання має бути діагностоване вперше протягом Строку страхового покриття.
Розмір Страхової виплати залежить від діагнозу:
- 100% Страхової суми у разі діагностування раку (МКХ-10 C00-C97) за виключенням пухлин (МКХ-10 C44
- 25% Страхової суми у разі діагностування неінвазійних пухлин, carcinoma-in-situ, прикордонних та з низьким злоякісним потенціалом (МКХ-10 D00-D09, **);**
- 10% від Страхової Суми у разі діагностування не-меланомних пухлин шкіри (МКХ-10 C44).

1.2. Інфаркт міокарда:
Інфаркт міокарда, що стався вперше протягом Строку страхового покриття - некроз частини серцевого м'язу, внаслідок ішемічної хвороби серця, що відповідає наступним критеріям:
1) Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда (біль у грудях);
2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту міокарда;
3) Діагностично значуще підвищення ферменту креатинкінази МВ;
4) Діагностично значуще підвищення тропоніну (Т або І);
5) Фракція викиду лівого шлуночку через 3 місяці після випадку або більше, складає менше 50%;
6) Свіжі порушення функції серцевих скорочень (гіпокінезія)
Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога.
Код за МКХ-10 I-21
Розмір Страхової виплати становить:
- 100% Страхової суми у разі діагностування першого інфаркту міокарда за наявності будь-яких 3-х або більше з зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення вище;
- 25% Страхової суми у разі діагностування першого інфаркту міокарда за наявності будь-яких 2-х із зазначених ознак інфаркту міокарда згідно визначення вище.

1.3. Інсульт/інфаркт головного мозку:
Перший випадок гострого цереброваскулярного стану, в тому числі внаслідок нещасного випадку, травми або поранення, що призвів до незворотного некрозу тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, та супроводжується наведеними нижче ознаками:
1) Остаточний діагноз, встановлений в умовах відповідного профільного медичного закладу (відділення);
2) Наявність типових клінічних симптомів: параліч кінцівок і дизестезія, дефекти полів зору, когнітивна дисфункція, афазія, або утруднення продукування та розуміння мови, апраксія, або втрата здатності виконувати вивчені цілеспрямовані рухи, агнозія, або зниження здатності розуміти значення сенсорних подразників, порушення пам'яті, концентрації, уваги чи здатності до цілеспрямованої діяльності, порушення візуально-просторового сприйняття, ігнорування одного боку тіла (неглект синдром)підтверджених лікарем-неврологом не менш ніж через 3 (три) місяці після випадку;

3) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного методу дослідження, відповідають діагнозу та підтверджують омертвіння ділянки мозкової тканини, геморрагію або емболію.
Діагноз має бути підтверджений висновком лікаря-невролога.
Код за МКХ-10 I-63, I-64.
Розмір Страхової виплати становить:
- 100% Страхової суми у разі наявності всіх зазначених ознак інсульту згідно визначення вище.
- 25% Страхової суми у разі наявності будь-яких 2-х із зазначених ознак інсульту/інфаркту головного мозку згідно визначення вище.
Виключенням є такі стани:
1) Транзиторні ішемічні атаки;

1.4. Аневризма головного мозку

Встановлений спеціалістом – нейрохірургом діагноз аневризми внутрішньочерепних судин без розриву та крововиливу, що вимагає оперативного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.
Код за МКХ-10 I67.1.
Розмір Страхової виплати становить:
- 100% Страхової суми у разі проведення нейрохірургічної операції шляхом краніотомії;
- 25% Страхової суми у разі проведення емболізації церебральної аневризми

1.5. Доброякісна пухлина головного мозку

Доброякісне новоутворення головного мозку, що викликало пошкодження тканини мозку та було видалено хірургічним шляхом, або, в разі неможливості хірургічного видалення, призвело до стійкого неврологічного дефіциту, зокрема парезів або паралічів черепно-мозкових нервів або кінцівок, що тривають протягом щонайменше 3 (трьох) місяців. Наявність пухлини та наведених вище наслідків мають бути підтверджені лікарем-неврологом або лікарем-нейрохірургом, а також результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) та лабораторних методів дослідження.
Виключення з покриття: кісти, гранульоми, судинні мальформації, гематоми, пухлини гіпофізу або спинного мозку.
Код за МКХ-10 D33
Розмір Страхової виплати становить 50% Страхової суми.

1.6. Ниркова недостатність:

Термінальна стадія захворювання нирок, яка характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, результатом чого є постійне застосування ниркового діалізу: гемодіалізу, перитоніального діалізу, або проведення трансплантації нирки від донора.
Код за МКХ-10: N18.0, N18.5.,
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.
Виключенням є такі стани: Гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу

1.7. Коронарне шунтування:

Фактично перенесене протягом Строку страхового покриття хірургічне втручання з розкриттям грудної клітки з метою корекції звуження або закупорки однієї або кількох коронарних артерій методом шунтування. діагноз має бути підтверджений ангіографічними даними обструкції коронарної артерії, та процедура має бути призначена лікарем-кардіологом за медичними показаннями.
Код за МКХ-10 Z 95.1.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.
Виключенням є: Ангіопластика та всі інші внутрішньоартеріальні малоінвазивні втручання, ендоскопічні та лазерні процедури.

1.8. Хірургічне втручання на серцевому клапані:

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

Код за МКХ-10 Z 95.2-Z 95.4
Розмір Страхової виплати становить:
- 100% Страхової суми у разі заміни будь якого серцевого клапану;
- 25% Страхової суми у разі усунення дисфункцій серцевого клапану будь-якої складності без заміни

1.9. Хірургічне втручання на аорті:

Фактично перенесене хірургічне втручання за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування аорти. Під терміном «аорта» слід розуміти: грудна та черевна частини аорти, але не її гілки.
Код МКХ-10 I 71
Розмір Страхової виплати становить:
-100% Страхової суми у разі хірургічного втручання за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині;
-25% Страхової суми у разі малоінвазивного внутрішньо-артеріального хірургічного втручання

1.10. Трансплантація життєво важливих органів:
Серця, легень (однієї чи обох), підшлункової залози, цілої нирки, або будь-якої комбінації цих органів, за якої лікарем було визначено медичну необхідність заміни органу(-ів) шляхом пересадки цілого органу (-ів) від людини-донора, про що свідчить факт проведення операції з пересадки; печінки, за якої лікарем було визначено медичну необхідність заміни цілого органу або його частини шляхом пересадки від людини-донора, про що свідчить факт проведення операції з пересадки.
Код за МКХ-10 Z 94.0 - 94.4., Z 94.8
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.
Виключенням є: трансплантація, причиною якої є злоякісне онкологічне захворювання, трансплантація печінки (або її частини), причиною якої є ураження печінки внаслідок зловживання алкоголем, а також трансплантація інших органів, їхніх частин, тканин або клітин не зазначених у визначенні вище.

1.11. Кома:
Кома - це глибокий патологічний стан втрати свідомості, що характеризується пригніченням функцій кори головного мозку, повною відсутністю реакції на зовнішні подразники та порушенням життєво важливих функцій (дихання, кровообігу), що вимагає негайної реанімації протягом 96 (дев'яноста шести) годин поспіль і більше. Цей діагноз має бути підтверджено наступним факторів:

- Застосуванням заходів для підтримання життєдіяльності (інтубація та механічна вентиляція легенів);
- ураження головного мозку з відповідними симптомами неврологічного дефіциту, що має бути підтвердженим в результаті неврологічного дослідження, проведеного не раніше, ніж за 30 днів після настання коми або періодом перебування в стані коми протягом не менше 60-ти днів.

Код за МКХ-10 R40.2, S 06.01- S 06.05, K72.7
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.
Виключенням є: кома, спричинена алкогольною або наркотичною залежністю, а також штучна кома, викликана медичними фахівцями з терапевтичними цілями.

1.12. Розсіяний склероз (РС) - це хронічне аутоімунне захворювання, що уражує центральну нервову систему (ЦНС) і характеризується запаленням, демієлінізацією, гліозом та втратою нейронів**.**
Розсіяний склероз, має бути підтверджений наступними критеріями:
1) Типові симптоми демієлінізації та порушення моторної та сенсорної функцій, що безперервно триває протягом 6 (шести) місяців та більше;
2) Належним чином задокументовані 2 (два) загострення та 2 (дві) ремісії названих симптомів та неврологічних дефіцитів в анамнезі.
3) Наявність характерних змін у цереброспінальній рідині, нарівні зі специфічними ушкодженнями, які реєструються при МРТ.
Код за МКХ-10 G35.
Розмір Страхової виплати становить:
- 100% Страхової суми у разі, якщо клінічна картина відповідає щонайменше 7-9,5 рівню за розширеною шкалою порушень життєдіяльності (EDSS - Expanded Disability Status Scale).

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

1.13. Сліпота (Втрата зору):

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

Критерії оцінки невідновної втрати зору:

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

Коди за МКХ-10 H54.0, H54.1 H54.4.

Розмір Страхової виплати становить:

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

1.14. Глухота (втрата слуху):

Повна та невідновна втрата слуху внаслідок нещасного випадку або хвороби. діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів на визначення звукового порогу, засвідчений висновком лікаря - оториноларинголога (ЛОР - лікаря) та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів (в тому числі слуховим апаратом).

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

Код за МКХ-10 H91.9.

Розмір Страхової виплати становить:

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

1.15. Втрата мовлення:

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

Код за МКХ-10 R47.0., R48.2, R49.1

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

Виключенням є: всі порушення психогенного характеру, спричинені психічними та/або розумовими розладами.

1.16. Параліч (втрата функцій кінцівок):

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

Код за МКХ-10 G82., G83.0.G83.9.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

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

1.17. М'язова дистрофія:

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

1.17.1.1. М'язова дистрофія Дюшена (DMD);
1.17.1.2. М'язова дистрофія Бекера (BMD);
1.17.1.3. М'язова дистрофія Емері-Дрейфуса (EDMD);
1.17.1.4. М'язова дистрофія поясно-кінцівкова (LGMD);
1.17.1.5. Лицево-лопатково-плечова м'язова дистрофія (FSHD);
1.17.1.6. Міотонічна дистрофія або Хвороба Штейнерта (MMD);
1.17.1.7. Окулофарингеальна м'язова дистрофія (OPMD);

Цей діагноз має бути підтверджено висновком спеціаліста – невролога на підставі результатів

електроміографічного дослідження та біопсії м'язової тканини та неспроможністю Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) «видів щоденної життєдіяльності» протягом не менше 6 (шести) місяців:
Види щоденної життєдіяльності:
Миття – здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душу) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
Вдягання – спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
Пересування – здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечнику та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.
Код за МКХ-10 D33.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.18. Термінальна стадія печінкової недостатності:

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

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

Код за МКХ-10 К 72.1
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.
Виключенням є: печінкова недостатність, обумовлена зловживанням алкоголю або наркотичних речовин.

1.19. Фульмінантний вірусний гепатит:

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

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

Код за К72.0
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.20. Первинна легенева гіпертензія:

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

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

Код за МКХ-10 І27.0.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.21. Системна склеродермія, що прогресує:

Системне аутоімунне судинно-колагенове захворювання, що викликає дифузний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів. Цей діагноз має бути підтверджений результатами біопсії та серологічних тестів, а сама хвороба включає випадки системного розповсюдження із залученням серця, легенів або нирок.
Виключенням є:
Вогнищева склеродермія (CREST синдром — кальциноз шкіри, феномен Рейно, стравохідна

дискінезія, склеродактилія, телеангіектазія, лінійна склеродермія або кільцеподібна склеродермія (Морфеа)),та інші локальні форми.

Код за МКХ-10 М34.0.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.22. Термінальна стадія захворювання легень:

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

- Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення менше ніж 1 літр. Вимірювання має відбутися 3 рази із інтервалом в 1 (один місяць); та
- Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії; та
- Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше (PaO2 ≤ 55 мм рт. ст.).

Код за МКХ-10 J96.1.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.23. Хвороба рухових/моторних нейронів:

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

Види щоденної життєдіяльності:

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

Код за МКХ-10 G12.2.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.24. Хвороба Паркінсона:

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

Код за МКХ-10 G20.

Розмір Страхової виплати становить:

- 100% Страхової суми у разі наявності стійкого неврологічного дефіциту, що унеможливлює самостійне виконання Застрахованою особою щонайменше 3-х з наступних видів щоденної життєдіяльності:

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

- 25% Страхової суми у разі полегшеної форми за наявності наступних характерних симптомів, що повторюються, поєднаних з необхідністю постійної медикаментозної терапії:

- Брадикінезія (аномальна повільність руху, фізичних та розумових реакцій);
- Тремор;
- Закляклість м'язів;

- Нестійка постава.

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

1.25. Апластична анемія:

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

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

Застрахована Особа має отримувати лікування протягом принаймні 3 (трьох) послідовних місяців.
Діагноз має бути підтверджено біопсією кісткового мозку та висновком лікаря-гематолога.
Код за МКХ-10 D61.3, D61.8, D61.9.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.26. Черезшкірна транслюмінальна коронарна ангіопластика:

Хірургічне втручання з метою лікування ішемічної хвороби серця шляхом усування звуження або непрохідності однієї чи декількох коронарних артерій за допомогою черезшкірної ендоваскулярної техніки.
Код за МКХ-10 Z95.8.
Розмір Страхової виплати становить 10% Страхової суми.

1.27. Енцефаліт:

Тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбуру або мозочку), що викликане вірусною або бактеріальною інфекцією та призводить до постійного неврологічного дефіциту. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом чи інфекціоністом на підставі результатів об'єктивних досліджень (аналіз крові та цереброспінальної рідини, наявністю вірусної/бактеріальної інфекції в досліджених матеріалах, комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку)
Код за МКХ-10А 83 - А86, G04.8
Розмір Страхової виплати становить:
- 10% Страхової суми у разі встановлення діагнозу та термінової госпіталізації;
- 100% Страхової суми у разі встановлення діагнозу та підтвердження наявності постійного неврологічного дефіциту шляхом його документування протягом щонайменше 3-х місяців.

1.28. Бактеріальний менінгіт:

Бактеріальна інфекція, що призводить до тяжкого запалення оболонок головного мозку або спинного мозку, що має бути підтверджено результатами спеціальних досліджень (аналіз крові та цереброспінальної рідини, наявністю бактеріальної інфекції в спинномозковій рідині при люмбальній пункції, комп'ютерною томографією або магнітно-резонансною томографією головного мозку) та висновком лікаря-невролога/інфекціоніста
Код за МКХ-10 G00.0 - G.00.9.
Розмір Страхової виплати становить:
- 10% Страхової суми у разі встановлення діагнозу та термінової госпіталізації;
- 100% Страхової суми у разі встановлення діагнозу та підтвердження наявності постійного неврологічного дефіциту шляхом його документування протягом щонайменше 3-х місяців.

1.29. Системний червоний вовчак з люпус-нефритом:

Полісистемне, поліфакторіальне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антитіл до власної ниркової тканини. Системний червоний вовчак обмежений такими формами системного червоного вовчака, які протікають з залученням нирок (з III по V клас люпус-нефриту, який підтверджений результатами біопсії нирок, і відповідно до ВООЗ класифікації). Класифікація люпус-нефриту за ВООЗ: Клас I: Люпус-гломерулонефрит з мінімальними змінами; Клас II: Мезангіальний люпус-гломерулонефрит; Клас III: Фокальний сегментарний проліферативний люпус-гломерулонефрит; Клас IV: Дифузний проліферативний люпус-гломерулонефрит; Клас V: Мембранозний люпус-гломерулонефрит; Клас VI: Розвинутий склеротичний люпус-гломерулонефрит

Заключний діагноз має бути засвідчений сертифікованим лікарем-ревматологом лікарем імунологом, або лікарем-нефрологом,
Дискоїдний червоний вовчак та червоний вовчак, викликаний вживанням наркотичних речовин є виключенням.
Код за МКХ-10 М32.1
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.
Виключенням є: Дискоїдний червоний вовчак та червоний вовчак, викликаний вживанням наркотичних речовин

1.30. Апалічний синдром:

Розповсюджене пошкодження кори головного мозку внаслідок захворювання або нещасного випадку, що супроводжується порушенням когнітивних здібностей, з непошкодженим стовбуром головного мозку та збереженням вегетативних функції. Цей діагноз має бути чітко підтверджений лікарем-неврологом профільного медичного закладу. Тривалість цього стану не менше 1 (одного) місяця має бути підтверджена медичними документами.
Виключенням є: стан який розвинувся в наслідок зловживання токсичних речовин.
Код за МКХ-10 G93.8.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.31. Хвороба Альцгеймера/Тяжка деменція

Хронічна дегенерація мозкової тканини, що прогресує та призводить до постійної деменції, втрати пам'яті, розумових розладів, що унеможливлює самостійне існування та потребує постійної турботи від інших внаслідок
Критерії неспроможності Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) всі або частину «видів щоденної життєдіяльності», а саме:

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

Діагноз має бути встановлено лікарем – неврологом, психіатром на підставі результатів діагностики (комп'ютерна, магнітно-резонансна або позитронна емісійна томографія головного мозку), згідно з затвердженими законодавчо медичними стандартами.
Код за МКХ-10 G30, F00
Розмір Страхової виплати становить:

- 100% Страхової суми у разі неможливості самостійного виконання Застрахованою особою щонайменше 3-х з вищезазначених видів щоденної життєдіяльності протягом 6-ти місяців і більше;
- 25% Страхової суми у разі неможливості самостійного виконання Застрахованою особою щонайменше 1-єї з вищезазначених видів щоденної життєдіяльності протягом 6-ти місяців і більше
- Виключенням є: - Неорганічні хвороби, такі як невроз та психіатричні хвороби, пошкодження головного мозку, пов'язані з вживанням алкоголю та/або наркотичних речовин.

1.32. Хвороба Крона

Хронічне неспецифічне гранулематозне запалення шлунково-кишкового тракту з трансмуральним характером ураження.
Діагноз має бути встановлено лікарем гастроентерологом на підставі результатів обстежень: колоноскопія із біопсією, МР-ентерографія, лабораторно фекальний кальпротектин, капсульна ендоскопія, МРТ/КТ діагностика.
Код за МКХ-10 К50.
Розмір Страхової виплати становить:

- 100% Страхової суми у разі хірургічного втручання внаслідок встановлення чіткого діагнозу на підставі гістопатологічного дослідження. Обов'язковою умовою для здійснення страхової виплати є

наявність підтвердження перфорації кишкового тракту та/або обструкції або панариція кишківника або іншої підстави для здійснення хірургічного втручання;
- 10% Страхової суми у разі встановлення чіткого діагнозу на підставі гістопатологічного дослідження, що вимагає госпіталізації – полегшена форма хвороби.

1.33. Виразковий коліт

діагноз виразкового коліту (хронічного запально-виразкового захворювання слизової оболонки товстої кишки) на підставі результатів гістопатологічного дослідження, що вимагає хірургічного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10 K51.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.34. Інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)

Факт інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) протягом терміну дії договору страхування внаслідок переливання крові в спеціалізованому медичному закладі, розташованому на території України, країн Європейського Союзу, США, Канади, Японії або Великої Британії або внаслідок виконання професійних обов'язків, що підтверджене відповідним судовим рішенням.

Код за МКХ-10 B20-B24.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.35. Сепсис

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

Код за МКХ-10 A41.0, A 41.5, A 41.9, R65.1.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.36. Правець

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

Код за МКХ-10 A35.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.37. Бактеріальний ендокардит

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

Код за МКХ-10 I33.0.

Розмір Страхової виплати становить 50% Страхової суми.

1.38. Хвороба Кройцфельд(т)а-Якоба

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

Види щоденної життєдіяльності:

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

- Мобільність – здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- Відвідування туалету – здатність користуватися туалетом або інакше контролювати функції кишечнику та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- Харчування – здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.

Код за МКХ-10 А81.0.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.39. Туберкульоз
Чітко встановлений спеціалістом – фтізіатром та підтверджений результатами бактеріальних досліджень діагноз інфекційного ураження легень та/або інших органів, викликаного бактеріями Mycobacterium tuberculosis, що вимагає антибактеріального лікування.
Для цілей цього Договору страховим випадком вважається виключно активна форма туберкульозу з клінічними та рентгенологічними ознаками ураження легень (легенева форма) або інших органів (позалегенева форма: кістки, суглоби, сечостатева система, мозкові оболонки тощо).
Код за МКХ-10.А15.-А.19
Розмір Страхової виплати становить 10% Страхової суми.

1.40. Легенева емболія
Масивна легенева емболія, що підтверджена відповідними медичними висновками та вимагає невідкладного хірургічного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.
Код за МКХ-10 І26.0.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.41. Хвороба Лайма (Бореліоз)
Чітко встановлений діагноз інфекційного ураження, викликаного Borrelia burgdorferi внаслідок укусу кліща, що підтверджено результатами імунологічних досліджень, супроводжується різноманітними симптомами ураження органів та вимагає госпіталізації.
Для цілей цього Договору страховим випадком вважається захворювання, що має об'єктивні клінічні прояви **II або III стадії** (дисемінована або хронічна форми).
Код за МКХ-10 А69.2.
Розмір Страхової виплати становить 10% Страхової суми.

1.42. Абсцес головного мозку
Діагноз абсцес головного мозку, має бути підтверджено результатами гістопатологічних досліджень та вимагає невідкладного хірургічного втручання. Факт проведення оперативного втручання є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.
Код за МКХ-10 G06.0.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми .

1.43. Кардіоміопатія
Кардіоміопатія — це група незапальних захворювань, для яких характерне ураження серцевого м'язу (міокард), що супроводжується серцевою недостатністю, аритмією та збільшенням серцевих камер (передсердь і шлуночків).
Код за МКХ-10 І42.9.
Розмір Страхової виплати становить:
- 100% Страхової суми в разі, якщо клас серцевої недостатності за функціональною класифікацією Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів є щонайменше 4-м. Неможливість будь-якої фізичної активності без виникнення дискомфорту. Можуть бути скарги у спокої. За будь-якої фізичної активності дискомфорт посилюється;
- 50% Страхової суми в разі, якщо клас серцевої недостатності за функціональною класифікацією Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів є щонайменше 3-м. Істотне обмеження фізичної активності. Комфортне самопочуття у спокої, проте фізична активність нижча за звичайну й зумовлює значну задишку, втомлюваність або серцебиття.

1.44. Церебральна гидатидна (ехінококова) кіста
Церебральна кіста, викликана стрічковим гельмінтом Echinococus granulosus, що вимагає невідкладного хірургічного втручання та підтверджена результатами мікроскопічного дослідження.

Факт проведення операції є необхідною умовою для здійснення страхової виплати.
Код за МКХ-10 B67.9.
Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми .

1.45. Малярія

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

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

Код за МКХ-10 B50.-B54.
Розмір Страхової виплати становить 50% Страхової суми .

1.46. Холера

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

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

Код за МКХ-10 A00 - A00.9
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми .

1.47. Жовта лихоманка

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

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

Код за МКХ-10 A95.9.
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.48. Шистосомоз (більгарціоз)

Паразитарне захворювання, викликане кров'яними сисунами – гельмінтами роду Schistosoma та супроводжується лихоманкою, кашлем, діареєю, болем у шлунку, збільшеною печінкою та селезінкою. Діагноз має бути встановленим спеціалістом – інфекціоністом на підставі результатів гістопатологічних, серологічних та паразитологічних досліджень.
Код за МКХ-10 B65.0-B 65.9.
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.49. Тиреоїдит Хашимото

Діагноз встановлений спеціалістом – ендокринологом лімфоцитарного тиреоїдиту (Тиреоїдит Хашимото), на підставі результатів гістопатологічного аналізу біопсії щитоподібної залози та наявності підвищеного рівня антитіл до тиреопероксидази або неспецифічних антитиреоглобулінових антитіл.
Код за МКХ-10 E06.3.
Розмір Страхової виплати становить 10% Страхової суми.

1.50. Лихоманка Денге

встановлений спеціалістом - інфекціоністом діагноз лихоманки Денге. Гостра вірусна трансмісивна хвороба, спричинена вірусом Денге (DENV 1-4) роду *Flavivirus*, що має підтверджуватися наявністю симптомів тяжкого перебігу лихоманки:

- Синдром витоку плазми: призводить до шоку (синдром шоку Денге) або накопичення рідини (асцит, плевральний випіт) із дихальною недостатністю;
- Тяжка геморагічна активність: масивні внутрішні кровотечі;
- Ураження органів: печінкова недостатність (АЛТ/АСТ > 1000), міокардит або енцефалопатія.

Діагноз також має бути підтверджений результатами будь-якого з наступних досліджень:

- Виділення вірусу Денге з сироватки крові, плазми крові або лейкоцитів;
- Виявлення нуклеїнових кислот вірусу шляхом ПЛР;
- Виявлення антигенів вірусу;

Щонайменше чотирикратне зростання титрів антитіл IgM або IgG з виключенням перехресної реакції з іншими флавівірусами.

Код за МКХ-10 А90 – А91.

Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.51. Сказ

Гостра контактна зоонозна інфекційна хвороба, яку спричинює нейротропний вірус сказу із роду Lyssavirus. Характеризується розвитком специфічного енцефаліту що призводить до незворотного ураження життєво важливих центрів головного мозку.

Діагноз має бути встановлено компетентним фахівцем (терапевтом або інфекціоністом) на підставі клінічної картини (наявність хоча б однієї з фаз — збудження (гідрофобія, аерофобія, фотофобія, судоми, психомоторне збудження), паралітичної форми («тихий сказ»).), лабораторного підтвердження (прижиттєвого або посмертного виявлення антигену вірусу або РНК вірусу методом ПЛР у відбитках рогівки, біоптаті шкіри потилиці або в спинномозковій рідині) та медичної документації.

Код за МКХ-10 А82.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.52. Ботулізм

Гостре токсіко-інфекційне захворювання зумовлене дією ботулотоксину, який продукується бактерією *Clostridium botulinum*. Характеризується прогресуючим ураженням центральної та вегетативної нервової системи з розвитком низхідних млявих паралічів порушенням зору, мовлення, ковтання, мязовою слабкістю та паралічем, із ризиком розвитку дихальної недостатності.

Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом або іншим компетентним лікарем на основі клінічних симпотомів та підтверджений відповідними лабораторними методами (виявлення ботулотоксину в сироватці крові, блювотних масах або залишках харчових продуктів (методом біологічної проби на мишах або ІФА/ПЛР)).

Код за МКХ-10 А05.1.

Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.53. Сибірка, легенева форма – найтяжча клінічна форма гострої особливо небезпечної інфекційної хвороби, що виникає внаслідок інгаляційного потрапляння спор бактерії *Bacillus anthracis* у дихальні шляхи, що характеризується розвитком специфічного геморагічного медіастиніту (запалення середостіння), некротизуючої пневмонії та важкої системної інтоксикації.

Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом на підставі клінічної картини та підтверджений лабораторними дослідженнями (Виділення культури *B. anthracis* із крові, мокротиння або плевральної рідини, позитивний результат ПЛР-тесту на наявність ДНК збудника, виявлення специфічних антигенів або чотирикратне зростання титру антитіл у парних сироватках).

Код за МКХ-10 А22.1.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.54. Амебний енцефаліт паразитарне захворювання центральної нервової системи, спричинене вільноживучими амебами (*Naegleria fowleri*, *Acanthamoeba* або *Balamuthia mandrillaris*) , яке характеризується запаленням головного мозку та/або його оболонок, швидким прогресуванням неврологічних порушень, високим ризиком незворотніх уражень центральної нервової системи.

Діагноз має бути підтверджений лікарем-неврологом за результатами інструментальних (КТ/МРТ) та лабораторних (аналіз спинномозкової рідини) досліджень. Випадок визнається страховим за умови, що захворювання призвело до тяжких неврологічних проявів, що загрожують життю та потребувало госпіталізації.

Код за МКХ-10 B60.

Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.55. Гангрена Фурньє - гостра форма некротизуючого фасціїту зовнішніх статевих органів, промежини та періанальної ділянки. Захворювання має полімікробну етіологію (спричиняється синергічною дією аеробних та анаеробних бактерій) і супроводжується швидкою деструкцією підшкірної клітковини та фасцій з розвитком системної інтоксикації та септичного шоку. Страховим випадком вважається підтверджена гангрена Фурньє, що потребувала агресивного хірургічного лікування.Діагноз має бути встановлений лікарем-хірургом та підтверджений інтраопераційними даними та/або лабораторними чи інструментальними дослідженнями (бактеріологіне дослідження, КТ/МРТ).

К**од МКХ-10: N49.8 — для чоловіків, N76.8 — для жінок;.**

Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.56. Меліоїдоз (Сап) – гостре інфекційне захворювання, що характеризується розвитком сепсису з утворенням абсцесів у різних органах і тканинах з високою токсичністю і ризиком сепсису. Діагноз має бути встановлений лікарем-інфекціоністом та підтверджений бактеріологічним виділенням збудника **Burkholderia mallei**, серологічними або молекулярно-генетичними методами.

К**оди за МКХ-10: A24.0 — Сап.**

Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.57. Хвороба Шагаса - трансмісивне паразитарне інфекційне захворювання, спричинене Trypanasoma cruzi, з гострим перебігом, що характеризується ураженням серцево-судинної та /або травної системи, із ризиком розвитку кардіоміопатії, аритмії, серцевої недостатності, мегаколону або мегаезофагу. Діагноз має бути встановлений лікарем-інфекціоністом та підтверджений лабораторними методами діагностики (мікроскопія, серологічні тести, ПЛР).

Код за МКХ-10: B57.

Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.58. Хвороба, викликана вірусом Ебола – гостра важка вірусна інфекція, спричинена РНК-вірусом роду *Ebolavirus* (родини *Filoviridae*)., що має підтверджуватися наявністю сильних загальних симптомів лихоманки та щонайменше двома наступних специфічних клінічних проявів:

- Вираженою інтоксикацією;
- Геморагічним синдромом;
- Ураженням внутрішніх органів.

Діагноз має бути встановлений лікарем-інфекціоністом та підтверджений лабораторними методами діагностики (Виявлення РНК вірусу в плазмі крові або інших біологічних рідинах методом **ПЛР (RT-PCR)**, виявлення антигенів вірусу (метод ІФА),).

Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10: A98.4.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.59. Хвороба, **викликана вірусом Марбург.**

Гостра інфекційна хвороба, спричинена РНК-вмісним вірусом роду *Marburgvirus* (родини *Filoviridae*). Захворювання супроводжується системним ураженням судинного ендотелію, розвитком масивного геморагічного синдрому, тяжкою інтоксикацією та поліорганною недостатністю та щонайменше двома з наступних специфічних клінічних проявів:

- Важкі кишково-шлункові розлади (діарея, блювання, спазми в животі);
- Гемарагічний синдром (кровотечі);
- Ураження центральної нервової системи.

Діагноз також має бути підтверджений результатами лабораторних досліджень – ПЛР або ІФА.

Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.

Код за МКХ-10: A98.3.

Розмір Страхової виплати становить 100% Страхової суми.

1.60. Черевний тиф – це системне інфекційне захворювання, спричинене бактерією *Salmonella typhi*. Хвороба має циклічний перебіг і супроводжується тривалою гарячкою, розладами сну, характерним висипом (розеолами) та гепатоспленомегалією.
Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом з урахуванням клінічних симптомів та лабораторних досліджень шляхом виділення збудника з крові/калу/кісткового мозку або серологічних тестів.
Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.
К**од за МКХ-10: A01.0**
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.61. Філяріатоз – це група тропічних гельмінтозів, спричинених нематодами роду *Filarioidea*, може призводити до ураження лімфатичної системи (лімфатичний філяріатоз), шкіри або очей. Захворювання може спричиняти хронічні ураження, включаючи лімфедему, слоноподібність кінцівок, ураження органів зору.
Діагноз має бути підтверджений лікарем інфекціоністом або паразитологом на підставі лабораторних досліджень (виявлення мікрофілярій у крові або ПЛР).
Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати.
Код за МКХ-10: B74.
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.62. Лихоманка Чикунгунья – гостра трансмісивна вірусна інфекція, спричинена РНК-вірусом роду *Alphavirus* (родини *Togaviridae*), що характеризується тріадою симптомів: раптовою високою гарячкою, вираженими артралгіями (болем у суглобах) та макулопапульозним висипом.. Факт госпіталізації є умовою для здійснення страхової виплати або розвиток деструктивного артриту, що триває понад 3 місяці та обмежує рухливість.
Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом та підтверджений лабораторними дослідженнями (ПЛР, серологічні тести на IgM/IgG) відповідно до міжнародних стандартів.
Код за МКХ-10: A92.0.
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.63. Лихоманка Ласса – гостре зоонозне вірусне захворювання, спричинене аренавірусом (*Lassa mammarenavirus*). Характеризується системним ураженням судин, розвитком тяжкого геморагічного синдрому, набряком обличчя та шиї, а також частим ураженням органів слуху.
Діагноз має бути встановлений лікарем інфекціоністом та підтверджений лабораторними дослудженнями (ПЛР, серологічні тести на IgM/IgG) відповідно до міжнародних стандартів.
Код за МКХ-10: A96.2.
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

1.64. Лихоманка Західного Нілу – це гостра вірусна трансмісивна хвороба, спричинена РНК-вірусом роду *Flavivirus*, що зазвичай супроводжується підвищенням температури, головним болем, болем у м'язах, іноді – висипом та лімфоденапатією. У важких випадках може спричиняти ураження центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт).
Діагноз може бути поставлений лікарем інфекціоністом або неврологом (при неврологічних формах) та підтверджений лабораторними дослідженнями (ПЛР, серологічні тести на IgM/IgG) відповідно до міжнародних стандартів.
Страховим випадком вважається вперше встановлений діагноз за умови документального підтвердження ураження центральної нервової системи (ЦНС). Виплата проводиться за фактом встановлення діагнозу «нейроінвазивна форма», яка має наступні клініничні прояви (один з перелічених):

- **Енцефаліт:** запалення головного мозку з порушенням свідомості, судомами або вогнищевою симптоматикою;
- **Менінгіт:** запалення мозкових оболонок із вираженим менінгіальним синдромом та змінами у ліквор і;
- **Гострий в'ялий параліч:** гостре ураження рухових нейронів, що клінічно нагадує поліомієліт.

Код за МКХ-10: A92.3.
Розмір Страхової виплати становить 25% Страхової суми.

2. Таблиця розмірів страхових виплат

№	Хвороба	% СС до виплати
1	Рак – діагностування раку за виключенням доброякісних пухлин	100%
2	Рак – діагностування немеланомних пухлин шкіри	10%
3	Рак – неінвазивні пухлини, carcinoma in situ, прикордонні та з низьким злоякісним потенціалом	25%
4	Доброякісна пухлина головного мозку	50%
5	Аневризма головного мозку (краніотомія)	100%
6	Аневризма головного мозку (емболізація)	25%
7	Церебральна ехінококова кіста	100%
8	Інсульт	100%
9	Інсульт	25%
10	Бактеріальний менінгіт	100%
11	Бактеріальний менінгіт	10%
12	Енцефаліт	100%
13	Енцефаліт	10%
14	Апалічний синдром	100%
15	Абсцес головного мозку	100%
16	Параліч (втрата функцій кінцівок)	100%
17	Втрата мовлення	100%
18	Перший інфаркт міокарда (3 і більше ознаки)	100%
19	Перший інфаркт міокарда (2 будь-які ознаки)	25%
20	Кардіоміопатія	100%
21	Кардіоміопатія (полегшена форма)	50%
22	Первинна легенева гіпертензія	100%
23	Легенева емболія	100%
24	Черезшкірна транслюмінальна коронарна ангіопластика	10%
25	Коронарне шунтування	100%
26	Хірургічне втручання на серцевому клапані	100%

27	**Хірургічне втручання на серцевому клапані (без заміни клапана)**	**25%**
28	**Хірургічне втручання на аорті**	**100%**
29	**Хірургічне втручання на аорті (малоінвазивне)**	**25%**
30	**Сліпота (на обидва ока)**	**100%**
31	**Сліпота (на одне око)**	**25%**
32	**Трансплантація життєво важливих органів**	**100%**
33	**Кома**	**100%**
34	**Термінальна стадія захворювання легень**	**100%**
35	**Термінальна стадія печінкової недостатності**	**100%**
36	**Ниркова недостатність**	**100%**
37	**Глухота (на обидва вуха)**	**100%**
38	**Глухота (на одне вухо)**	**25%**
39	**Хвороба моторних нейронів**	**100%**
40	**Хвороба Паркінсона**	**100%**
41	**Хвороба Паркінсона (полегшена форма)**	**25%**
42	**Хвороба Альцгеймера (тяжка деменція)**	**100%**
43	**Хвороба Альцгеймера (полегшена форма)**	**25%**
44	**М’язова дистрофія**	**100%**
45	**Хвороба Кройцфельдта-Якоба**	**100%**
46	**Хвороба Крона**	**100%**
47	**Хвороба Крона (полегшена форма)**	**10%**
48	**Системний червоний вовчак**	**100%**
49	**Системна склеродермія**	**100%**
50	**Апластична анемія**	**100%**
51	**Гангрена Фурньє**	**25%**
52	**Сепсис**	**100%**
53	**Бактеріальний ендокардит**	**50%**
54	**Тиреоїдит Хашимото**	**10%**

55	**Виразковий коліт**	**100%**
56	**Розсіяний склероз (полегшена форма)**	**25%**
57	**Розсіяний склероз**	**100%**
58	**Туберкульоз**	**10%**
59	**Хвороба Лайма (бореліоз)**	**10%**
60	**Холера**	**25%**
61	**Жовта лихоманка**	**25%**
62	**Лихоманка Чикунгунья**	**25%**
63	**Лихоманка Ласса**	**25%**
64	**Лихоманка Західного Нілу**	**25%**
65	**Хвороба, викликана вірусом Ебола**	**100%**
66	**Хвороба, викликана вірусом Марбург**	**100%**
67	**Меліоїдоз (Сап)**	**25%**
68	**Лихоманка Денге**	**25%**
69	**Сказ**	**100%**
70	**Сибірка, легенева форма**	**100%**
71	**Малярія**	**50%**
72	**Черевний тиф**	**25%**
73	**Правець**	**100%**
74	**Хвороба Шагаса**	**25%**
75	**Шистосомоз**	**25%**
76	**Філяріатоз**	**25%**
77	**Ботулізм**	**25%**
78	**Фульмінантний вірусний гепатит**	**100%**
79	**ВІЛ-інфекція**	**100%**
80	**Амебний енцефаліт**	**25%**