**ПУБЛІЧНА ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА)**
**на укладання електронного договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України**
**Частина 2**

Дана Публічна пропозиція (Оферта) є офіційною пропозицією **Приватного акціонерного товариства «Страхова Компанія «ПРОВІДНА» (надалі – Пропозиція),** (код ЄДРПОУ – 23510137, надалі – Страховик) до Правил добровільного страхування медичних витрат № 12101 від 07.05.2018 р., Правил добровільного страхування від нещасних випадків № 10201 від 07.05.2018 р., Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)) № 31501 від 07.05.2018 р., Правил добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу) № 20901 від 07.05.2018 р. (далі разом – Правила страхування) і на підставі ліцензій серії АВ № 520919 від 16.02.2010 р., серії АВ № 520904 від 16.02.2010 р., серії АВ № 520913 від 16.02.2010 р., серії АВ № 520916 від 16.02.2010 р., виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Страхувальники), укласти із Страховиком електронний договір добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію». Правила страхування розміщені на сайті www.providna.ua.

**Адреса Страховика –** місцезнаходження: 03049, м. Київ, Повітрофлотський пр., 25; адреса для звернень: 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122.

**СТРАХУВАЛЬНИК –** дієздатна фізична або юридична особа, яка уклала Договір із Страховиком.

**ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА** – фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з її життям, здоров'ям, медичними витратами, а також її додатковими витратами, під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки), що є предметом цього Договору. Страхувальник-фізична особа, який уклав Договір щодо майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям, медичними витратами, а також додатковими витратами під час здійснення подорожі (поїздки), є одночасно Застрахованою особою за цим Договором.

Не може бути Застрахованою особа, яка визнана недієздатною у порядку, встановленому чинним законодавством України та (або) є інвалідом I групи та (або) на час укладення Договору страхування перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована) та (або) перебуває на обліку в психоневрологічному, протитуберкульозному, наркологічному диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Дія страхового захисту під час здійснення подорожі (поїздки) відносно конкретної Застрахованої особи припиняється, як тільки така особа стала такою, яка не може бути застрахована з причин, зазначених у цьому пункті.

**ВИГОДОНАБУВАЧ:**

1) За видами страхування «Добровільне страхування медичних та інших витрат», «Добровільне страхування від нещасних випадків», «Добровільне страхування багажу» – фізична або юридична особа, яка призначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у Договорі як особа, яка має право на законних підставах на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у разі настання страхового випадку. Вигодонабувачем у разі смерті Застрахованої особи є її спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором, у разі втрати нею дієздатності – її опікун, у разі розладу здоров'я (втрати працездатності) – Застрахована особа. Якщо Застрахована особа є малолітньою або неповнолітньою, страхову виплату отримують її батько (матір), опікуни або піклувальники.

2) За видом страхування «Добровільне страхування цивільної відповідальності перед третіми особами» – потерпілі треті особи – юридичні або фізичні особи, які не є Страхувальником, членами його родини, його працівниками, представниками, не пов'язані з ним умовами будь-яких договорів, майну, життю та (або) здоров'ю яких заподіяно шкоду внаслідок Страхувальником (Застрахованою особою) під час здійснення ним (нею) подорожі.

## РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖАМИ УКРАЇНИ

### 1. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ, ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

1.1. Страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування та викладених у цій Пропозиції Умов добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України (надалі – Умови).

1.2. Укладення Договору здійснюється на підставі даної Пропозиції, що розміщується на сайті Страховика www.providna.ua та його страхових агентів.

1.3. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Пропозиції Страхувальником вважається заповнення електронної заяви на укладення Договору та підписання електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. Заповнення електронної заяви Страхувальником не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором Договір вважається неукладеним.

Акцепт даної Пропозиції може бути здійснено Страхувальником із використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ощад 24/7 та інші).

Заповненням електронної заяви про укладення Договору Страхувальник узгоджує всі істотні умову Договору, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору та ін.

1.4. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї Пропозиції укладуть Договір за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та його страхових агентів, він вважається укладеним у електронній формі.

1.5. Факт укладення Договору посвідчується електронним договором добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України (надалі Договір), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страхувальником у Заяві на укладення Договору.

1.6. Договір направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страховика або страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Договору та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

1.7. Сторони домовилися, що відправка Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п’яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.

1.8. Сторони узгодили, що Договір, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитку печатки Страховика, зразок яких відображено у п.35.1 Умов цієї Пропозиції.

1.9. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника.

1.10. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Закону України «Про страхування» та іншим нормативним актам.

1.11. За Договором страхування Страховик зобов’язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) на умовах та в обсязі, передбачених Договором, а Страхувальник зобов’язується сплачувати страхові платежі у строки та у розмірах, зазначених у Договорі, і виконувати інші умови Договору.

1.12. Договір складається з двох невід'ємних частин:
1.12.1. Електронного договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України, що заповнюється та підписується Страховиком та Страхувальником (далі – Частина 1 Договору);
1.12.2. Публічна пропозиція (Оферта) на укладання електронного договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України (далі – Частина 2 Договору) з додатками:
1.12.2.1. Додаток 1 до Публічної пропозиції (Оферти) на укладання електронного договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України - опис програм добровільного страхування подорожуючих за межами України
1.12.2.2. Додаток 2 до Публічної пропозиції (оферти) на укладання електронного договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України – Таблиця страхових виплат при настанні нещасного випадку (ризик Травматичних або інших тілесних ушкоджень Застрахованої особи).
1.13. Умови страхування цієї Пропозиції складаються з:
1.13.1. Розділ I. Загальні умови добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України.
1.13.2.Розділ II. Добровільне страхування медичних та інших витрат подорожуючих за межами України (у тексті Договору – страхування медичних витрат).
1.13.3. Розділ III. Добровільне страхування від нещасних випадків подорожуючих за межами України (у тексті Договору – страхування від нещасних випадків).
1.13.4. Розділ IV. Добровільне страхування цивільної відповідальності перед третіми особами подорожуючих за межами України (у тексті Договору – страхування відповідальності).
1.13.6. Розділ V. Добровільне страхування багажу подорожуючих за межами України (у тексті Договору – страхування багажу).
1.13.7. Розділ VI. Умови акцепту Договору.
1.14. Особа вважається застрахованою за наступними видами добровільного страхування: страхування медичних витрат, страхування від нещасних випадків, страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)), страхування багажу, якщо у Частині 1 Договору зазначені відповідні розміри страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів щодо цих видів страхування.
1.15. Страхувальник підтверджує та гарантує, що між ним та Застрахованою особою, членами її родини, Вигодонабувачем відсутні будь-які домовленості чи зобов'язання щодо передання чи повернення коштів, сплачених Страхувальником за договором про туристичне обслуговування.

1.16. Терміни та значення, що використовуються в цих Умовах страхування, мають такі значення:
**Електронний договір страхування (Договір)** – електронний договір добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України;
**Ідентифікація** – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання Договору або отримання страхового відшкодування;
**Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС)** – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;
**Ідентифікація Страхувальника в ІТС** – підтвердження повноважень Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.
**Логін** – унікальне зареєстроване ім'я Страхувальника в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Страхувальника в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Страхувальника тощо;
**Одноразовий ідентифікатор** – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла Пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

**Пароль** – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Страхувальника в ІТС.

**Асистанс (Асистуюча компанія)** – юридична або фізична особа, в т. ч. суб'єкт підприємницької діяльності, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Асистансу зазначені в частині 1 Договору.

**Гостре захворювання** – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами, яке у разі ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

**Договір про надання туристичних послуг** – письмовий договір (правочин), за яким одна сторона (туроператор, який укладає договір безпосередньо або через турагента) зобов'язується надати на замовлення іншої сторони (туриста) комплекс туристичних послуг (туристичний продукт), а турист зобов'язується оплатити його.

**Загострення хронічного захворювання (хвороби)** – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

**Заклади охорони здоров'я (медичні заклади)** – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, які за погодженням з Асистансом або Страховиком надають такі послуги Застрахованим особам.

**Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з її життям, здоров'ям, медичними витратами, а також її додатковими витратами, під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки), що є предметом цього Договору. Страхувальник-фізична особа, який уклав Договір щодо майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям, медичними витратами, а також додатковими витратами під час здійснення подорожі (поїздки), є одночасно Застрахованою особою за цим Договором.

Не може бути Застрахованою особа, яка визнана недієздатною у порядку, встановленому чинним законодавством України та (або) є інвалідом І групи та (або) на час укладення Договору страхування перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована) та (або) перебуває на обліку в психоневрологічному, протитуберкульозному, наркологічному диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Дія страхового захисту під час здійснення подорожі (поїздки) відносно конкретної Застрахованої особи припиняється, як тільки така особа стала такою, яка не може бути застрахована з причин, зазначених у цьому пункті.

**Країна постійного проживання** – Україна та (або) країна громадянином якої є Застрахована особа.

**Країна (місце) тимчасового перебування** – країна (місце), на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі та діє страховий захист за Договором (крім країни постійного проживання).

**Ліміт зобов'язань Страховика** – сума, зазначена у Договорі, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) в разі настання страхового випадку.

**Медична допомога (медико-санітарна допомога)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями.

**Медичні та (або) додаткові послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні процедури та лікувальні маніпуляції, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, надання яких передбачено Договором та безпосередньо пов'язане з настанням страхового випадку.

**Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасової або стійкої втрати працездатності Застрахованої особи та (або) її

загибелі (смерті).
До зовнішніх чинників можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах та інших представників флори й фауни, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння або удар будь-якого стороннього предмету або падіння самої Застрахованої особи, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.
Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти:
– травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо, в тому числі отримані внаслідок дії іншої особи), втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за винятком застудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, газоподібними речовинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу тощо);
– зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті настання нещасного випадку;
– захворювання кліщовим енцефалітом або поліомієлітом;
– вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, поранення органів, ушкодження кінцівок в результаті настання нещасного випадку.
Ризик „Нещасний випадок" не включає розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи внаслідок неправильних медичних маніпуляцій або помилок під час надання медичної допомоги та послуг.
**Опція страхування** – умови Договору, що передбачають конкретну послугу або групу послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі у разі настання зазначених в Договорі подій (страхових ризиків).
**Подорож** – поїздка Застрахованої особи територією (акваторією), зазначеною в Договорі, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни перебування (туризм, праця, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо).
**Програма страхування** – перелік медичних та (або) додаткових послуг, надання яких або відшкодування вартості яких передбачені Договором. Програма страхування може складатися з опцій страхування та інших умов страхування.
**Розлад здоров'я** – фізичний стан, пов'язаний з функціональними та морфологічними ушкодженнями органів та систем організму.
**Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, яка відбулася, і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування).
**Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості наставання.
**Страховик** – Приватне акціонерне товариство „Страхова Компанія „ПРОВІДНА" (місцезнаходження: 03049, м. Київ, Повітрофлотський пр., 25. Адреса для звернення: 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122, тел./факс: (044) 284-10-30, www.providna.ua. Телефон Контакт-центру: 0 800 50 45 45).
**Суб'єкти туристичної діяльності** – юридичні та фізичні особи, в тому числі фізичні особи – підприємці, що здійснюють та/або забезпечують туристичну діяльність (туристичні оператори, туристичні агенти, інші суб'єкти підприємницької діяльності, що надають послуги з тимчасового розміщення (проживання), харчування, екскурсійних, розважальних та інших туристичних послуг).
**Туристичний продукт** – попередньо розроблений комплекс туристичних послуг, який поєднує не менше ніж дві такі послуги, що реалізується або пропонуються для реалізації за визначеною ціною, до складу якого входять послуги перевезення, послуги розміщення та інші туристичні послуги, не пов'язані з перевезенням і розміщенням (послуги з організації відвідувань об'єктів культури, відпочинку та розваг, реалізації сувенірної продукції тощо).
**Туристичні послуги** – послуги, призначені для задоволення потреб споживачів (туристів): послуги перевезення, послуги розміщення та інші туристичні послуги, не пов'язані з перевезенням і розміщенням (послуги з організації відвідувань об'єктів культури, відпочинку та розваг, реалізації сувенірної продукції тощо).
**Франшиза (безумовна)** – частина збитків, яку Страховик не відшкодовує відповідно до умов Договору. Безумовна франшиза вираховується при розрахунку розміру страхової виплати (страхового відшкодування) при кожному та будь-якому страховому випадку. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми або в абсолютній грошовій величині.

**Члени сім'ї Застрахованої особи (близькі родичі)** – його (її) дружина (чоловік), діти (в т.ч. всиновлені), його (її) батько (матір), рідна сестра (брат), також інші особи, які спільно проживають з Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

1.17. Категорії ризику, зазначені у Частині 1 Договору, для Застрахованої особи, мають таке значення:

1.17.1. „К1" – страховий захист для Застрахованої особи діє під час заняття видами спорту на аматорському рівні (крім спорту, передбаченого категоріями ризику „К2", „КЕ" за п.п. 1.17.2.-1.17.3. цих Умов страхування), в тому числі участь у аматорських змаганнях, а саме:

- легка атлетика, гімнастика, сквош, теніс, волейбол, баскетбол, бейсбол, ручний м'яч, хокей, хокей на траві, футбол, американський футбол, регбі, велоспорт, танці, плавання, катання на катамаранах, тваринах; гірський туризм (трекінг) на висоті до 2000 метрів.

1.17.2. „К2" – страховий захист для Застрахованої особи діє під час заняття видами спорту, передбаченими категорією ризику „К1" за п. 1.17.1. цих Умов страхування, видами спорту на професійному рівні (в тому числі участь у професійних змаганнях), та заняття гірськолижним спортом та сноубордом будь-якого рівня, крім екстремальних видів спорту, передбачених категорією ризику „КЕ" згідно п. 1.17.3. цих Умов страхування;

Заняття спортом на професійному рівні – регулярні заняття будь-яким видом спорту, коли спорт є професійною діяльністю Застрахованої особи та при цьому метою подорожі (поїздки) Застрахованої особи є участь у змаганнях та (або) у тренуваннях до змагань.

1.17.3. „КЕ" – страховий захист для Застрахованої особи діє під час заняття видами спорту, передбаченими категоріями ризику „К1", „К2" згідно п.п. 1.17.1.-1.17.2. цих Умов страхування, та екстремальними видами спорту на аматорському та професійному рівні.

Під екстремальними видами спорту розуміється:

- альпінізм, гірський туризм (трекінг) на висоті понад 2000 метрів, маунтинбайк, спелеотуризм;
- зимові види спорту та лижний туризм (види спорту інші, ніж передбачені категорією ризику „К2"), гірськолижний спорт та сноуборд в стилі фрірайд (поза підготовленими трасами гірськолижних курортів);
- підводне плавання (дайвінг, гідроспелеологія та ін.); водні види спорту та сплав по річкам (рафтинг, каякінг, сплав на катамаранах, серфінг, водні лижі, парусний спорт та ін.); катання на гірках в аквапарку;
- полювання та риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях;
- автоспорт, мотоспорт (в т.ч. поїздки на джипах, квадрациклах, мотоциклах та іншому транспорті поза дорогами загального користування); участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах;
- повітряні види спорту; польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота; стрибки з висоти (з парашутом, роупджампинг, дельтапланеризм та ін.); стрибки у воду; будь-які стрибки за допомогою спеціальних засобів (еластичний трос, трамплін тощо); фрістайл, акробатика, будь-яка циркова діяльність тощо;
- важка атлетика, пожежноприкладний спорт, бойові види спорту (за виключенням боїв змішаного стилю – «Бої без правил»);
- інші види водного, повітряного, гірського та наземного екстремального спорту, крім зазначених в п. 1.17.4. цих Умов страхування.

1.17.4. До занять спортом не відносяться:

заняття шахами, шашками, городками, настільним тенісом, настільним футболом, гольфом, радіо спортом, туристичними подорожами зі спокійним ландшафтом, аквааеробікою, бадмінтоном, стрільбою в тирі, фітнесом, йогою, стрибками на батуті, крикетом, більярдом.

1.17.5. „М" – страховий захист діє під час виконання Застрахованою особою фізичної праці за наймом, не пов'язаною з високим ризиком настання страхового випадку, в тому числі офісні працівники, робітники сфери обслуговування, водії транспортних засобів.

1.17.6. „М1" – страховий захист діє під час виконання Застрахованою особою фізичної праці за наймом на посадах з важкою фізичною працею, на небезпечних роботах в нафтовій та газовій промисловості, інших роботах, яка має високий ризик настання страхового випадку, в тому числі члени екіпажу авіаційних та морських суден, шахтарі, пожежники, працівники охоронних структур (в т.ч. тілоохоронці).

## 2. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА.

**2.1.** Страхова сума – це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору

зобов'язаний здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) при настанні страхового випадку.

**2.2.** При страхуванні медичних витрат страхова сума є загальною для всіх опцій страхування.

**2.3.** Програмою страхування в межах встановленої страхової суми можуть бути передбачені окремі ліміти зобов'язань Страховика, встановлені для окремої опції страхування щодо здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за всіма страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору.

**2.4.** Величина страхової суми (лімітів зобов'язань Страховика) визначається за домовленістю між Страхувальником та Страховиком і зазначається в Договорі.

**2.5.** Страхові суми за страхуванням медичних витрат та інших (додаткових) видах страхування, зазначені у Частині 1 Договору, є страховими сумами для однієї Застрахованої особи.

**2.6.** Страховик несе відповідальність за ризиками, визначеними у Договорі, у межах відповідної страхової суми та (або) лімітів зобов'язань, зазначених в Договорі.

**2.7.** Загальна сума страхових виплат (виплат страхового відшкодування) за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору (дії страхового захисту за Договором) не може перевищувати страхової суми та (або) лімітів відповідальності, встановлених в Договорі.

**2.8.** Всі витрати та збитки, що перевищують страхову суму або ліміт зобов'язань Страховика, зазначені в Договорі, Страхувальник (Застрахована особа) відшкодовує самостійно.

**2.9.** Якщо на момент настання страхового випадку щодо предмета Договору діяли також інші договори страхування, Страховик здійснює страхову виплату (виплачує страхове відшкодування) в розмірі частини розрахованої страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за страховим випадком, яка визначається як відношення страхової суми, встановленої Договором, до сукупності страхових сум за всіма укладеними договорами страхування, за якими мають бути здійснені страхові виплати (виплати страхового відшкодування) за цим страховим випадком, крім страхування від нещасних випадків.

**2.10.** У разі настання страхового випадку та здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхового відшкодування, який на момент укладення Договору дорівнює відповідній страховій сумі) зменшується на розмір здійсненої виплати з дати настання такого страхового випадку.

**2.11.** Страхування медичних витрат та страхування відповідальності передбачає встановлення страхової суми у Договорі у доларах США або євро, страховий платіж сплачується Страхувальником в гривнях за офіційним обмінним курсом Національного банку України на дату укладення Договору.

**2.12.** Розмір франшизи (безумовної) за кожним видом страхування, крім страхування від нещасних випадків, зазначений в Частині 1 Договору.

## 3. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

**3.1.** Строк дії Договору, а також місце його дії зазначений у Частині 1 Договору:

3.1.1. „Europe" – країни Європи, країни СНД, в т.ч. Грузія, Туреччина (крім України та Болгарії);

3.1.2. „Europe +" – країни Європи, країни СНД, в т.ч. Грузія, Туреччина, Кіпр, Ізраїль, Єгипет, Туніс, Об'єднані Арабські Емірати (ОАЕ), Марокко, Алжир, Індонезія (крім України);

3.1.3. „WorldWide" – весь світ (крім України, США, Канади, Японії, Австралії);

3.1.4. „WorldWide +" – весь світ (крім України).

**3.2.** Договір страхування не діє:

3.2.1. В країні постійного проживання Застрахованої особи та території країни, громадянином якої є Застрахована особа.

3.2.2. На території країн, на якій ведуться військові дії, якщо такі дії почалися до моменту укладення Договору.

**3.3.** Договір укладений:

3.3.1. Якщо у Частині 1 Договору зазначено **„Одноразова подорож / One trip"** – для здійснення однієї подорожі протягом строку дії Договору. При цьому у графі „Термін перебування, днів / Period of stay days**"** Частини 1 Договору може бути зазначений максимальний строк перебування Застрахованої особи за кордоном, протягом якого діє страховий захист за Договором*;*

3.3.2. Якщо у Частині 1 Договору зазначено **„Багаторазові подорожі / Multiple trips"** – для здійснення кількох подорожей протягом строку дії Договору. При цьому у Частині 1 Договору зазначено загальний строк дії Договору та максимальний строк перебування Застрахованої особи за кордоном (протягом всіх подорожей), протягом якого діє страховий захист за Договором, зазначений у графі „Термін перебування, днів / Period of stay days " Частини 1 Договору. Після закінчення Застрахованою

особою кожної подорожі визначений Договором максимальний строк перебування за кордоном, протягом якого діє страховий захист за Договором, зменшується на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі. Якщо фактичний строк перебування Застрахованої особи за кордоном менший, ніж максимальний строк перебування за кордоном, зазначений у графі „Термін перебування, днів / Period of stay days ” Частини 1 Договору, дія страхового захисту поновлюється при здійсненні наступної подорожі з моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час виїзду з України з урахуванням інших умов Договору.

**3.4.** Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата початку загального строку його дії, але у будь-якому разі за умови сплати страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Страховика до початку строку дії Договору, зазначеного в Частині 1 Договору.

**3.5.** В разі несплати страхового платежу у розмірі, визначеному у Частині 1 Договору, та строки передбачені умовами Договору, цей Договір вважається таким, що не набрав чинності.

**3.6.** Дія Договору припиняється з 24 години 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата припинення загального строку його дії.

**3.7.** Страховий захист починає діяти з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата початку строку дії Договору за умови, що проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час виїзду з України здійснено не раніше дати укладення Договору.

У разі укладення Договору на момент знаходження Застрахованої особи за межами України, страховий захист починає діяти не раніше 00 годин 00 хвилин (за київським часом) 5 (п’ятого) календарного дня, наступного за днем укладення Договору, за умови сплати на поточний рахунок Страховика страхового платежу в повному розмірі, визначеному у Частині 1 Договору та у передбачені Договором строки.

**3.8.** Дія страхового захисту за типом подорожі **„Одноразова подорож / One trips”**, припиняється з 24 години 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата припинення строку дії страхового захисту, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в’їзду до країни постійного проживання.

**3.9.** За Договором, укладеним для здійснення кількох подорожей протягом строку дії Договору (**„Багаторазові подорожі / Multiple trips”**) страховий захист припиняє діяти з моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в’їзду до країни постійного проживання, але не пізніше 24 години 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата припинення строку його дії (з урахуванням умов, зазначених у п. 3.3.2 цих Умов страхування).

**3.10.** Підтвердженням факту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час виїзду з та (або) в’їзду до України є відмітка уповноваженого державного органу про перетин державного кордону України у паспорті Застрахованої особи або, якщо така відмітка не була проставлена – документи, які підтверджують факт знаходження Застрахованої особи на території держави, іншої ніж Україна під час виїзду з України, або на території України під час в’їзду (квитки (авіа-, з/д-, авто-), посадковий талон, реєстраційна картка готелю і т.п.).

## 4. ПРАВА ТА ОБОВ’ЯЗКИ СТОРІН

**4.1.** ***Страхувальник (Застрахована особа) має право:***

4.1.1. Ознайомитися з умовами Договору та Правилами, отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору;

4.1.2. Звертатися до Асистансу (Страховика) для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;

4.1.3. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату (виплату страхового відшкодування) в обсязі та на умовах, передбачених Договором (в т.ч. отримати медичну допомогу, медичні та (або) додаткові послуги відповідно до п. 14.3 цих Умов страхування);

4.1.4. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором, за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення;

4.1.5. Отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору, для чого звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання дублікату;

Оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або її розмір у судовому порядку.

**4.2.** ***Страхувальник (Застрахована особа) зобов’язаний:***

4.2.1. При укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору

інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
4.2.2. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, обумовлені в Договорі;
4.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору;
4.2.4. Не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;
4.2.5. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;
4.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором, та діяти згідно з розділом 5 цих Умов страхування;
4.2.7. Зберігати Договір та додатки до нього у разі їхньої наявності і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг;
4.2.8. В разі дострокового припинення дії Договору повернути Страховикові примірник Договору, що належить Страхувальникові;
4.2.9. Виконувати взяті на себе зобов'язання відповідно до умов Договору;
4.2.10. Якщо після здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування), повернути Страховику виплачену страхову виплату (страхове відшкодування) протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.
**4.3.** ***Страхувальник зобов'язаний*** при укладенні Договору на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.
**4.4.** ***Страховик має право:***
4.4.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору, у будь-який момент його дії;
4.4.2. У разі збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов Договору, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити його дію відповідно до цих Умов страхування;
4.4.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору згідно з цими Умовами страхування;
4.4.4. Робити запити для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, пов'язаних із настанням події (в т.ч. тієї, яка є лікарською таємницею), яка за умовами Договору може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, медичних установ і організацій, що можуть володіти такою інформацією, з метою отримання відповідних документів;
4.4.5. Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;
4.4.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або про відмову у здійсненні виплати у випадках, передбачених цими Умовами страхування;
Вимагати від Страхувальника повернення виплаченої страхової виплати (виплати страхового відшкодування) якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) на підставі умов Договору права на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (повністю або частково).
**4.5.** ***Страховик зобов'язаний:***
4.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;
4.5.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати

(виплати страхового відшкодування);
4.5.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) у передбачений умовами Договору строк (в тому числі забезпечити надання за допомогою Асистансу Страхувальникові (Застрахованій особі) послуг, передбачених Договором). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальникові (Застрахованій особі) пені в розмірі 0,01 % від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 5% від суми заборгованості;
4.5.4. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір або внести зміни до його умов;
4.5.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом.
4.5.6. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору.
**4.6.** За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

## 5. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ВЗАЄМОДІЯ СТОРІН У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

**5.1.** У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком за умовами даного Договору, в тому числі страхування медичних витрат, а саме: в разі виникнення у Застрахованої особи потреби в отриманні медичної допомоги, медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:
5.1.1. Протягом 24 годин після настання зазначеної події, перед зверненням за медичною або іншою допомогою у медичний або інший заклад, звернутися телефоном до Асистансу та отримати інформацію щодо подальших дій та повідомити наступну інформацію:
– прізвище та ім'я Застрахованої особи;
– найменування Страховика, номер Договору;
– програму страхування, розмір страхової суми та територію дії Договору;
– обставини настання події та характер необхідної допомоги;
– місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;
– іншу інформацію, запитану Асистансом.
Зазначені у п. 5.1.1 цих Умов страхування дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо);
5.1.2. Після звернення до Асистансу виконувати надані ним рекомендації щодо своїх подальших дій;
5.1.3. Якщо Застрахована особа, за умови виконання п. 5.1.1 та п. 5.1.2. цих Умов страхування, самостійно сплатила вартість отриманої медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг та (або) придбала медикаменти або витратні медичні матеріали, вона повинна протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховикові документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до розділу 13 цих Умов страхування. В такому разі, Страховик здійснює виплату страхового відшкодування у розмірі, що не перевищує розмір страхової суми (ліміту відповідальності) відповідно до умов обраної в Частині 1 Договору Програми страхування;
5.1.4. В разі самостійного звернення до медичного закладу без попереднього погодження із Асистансом, оплату вартості отриманої медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг Застрахована особа здійснює самостійно. В такому разі Страховик здійснює виплату страхового відшкодування у розмірі, що не перевищує суми, еквівалентної 350 (триста п'ятдесят) доларів США або євро, залежно від валюти, у якій встановлено страхову суму за Договором страхування, за умови надання Застрахованою особою документального обґрунтування та підтвердження понесення витрат.
5.1.5. Якщо з поважних причин Страхувальник (Застрахована особа) не мав змоги виконати обов'язки, передбачені п. 5 цих Умов страхування, для отримання виплати страхового відшкодування він повинен підтвердити такий факт документально;
5.1.6. Вжити заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
5.1.7. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

5.1.8. Звільнити третіх осіб (лікарів, лікувальні заклади, інші організації, які надавали послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася) від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується;
5.1.9. На запит Асистансу надати копію закордонного паспорту для підтвердження строків перебування за кордоном та ідентифікації Застрахованої особи.
**5.2.** ***У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком за умовами страхування від нещасних випадків***, додатково до дій, передбачених у п.п. 5.1.1 – 5.1.10 цих Умов страхування, Страхувальник ( Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання нещасного випадку за формою, встановленою Страховиком, протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі, або у разі смерті Застрахованої особи - протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту настання страхового випадку та/або з моменту, коли стало відомо про настання страхового випадку та надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до розділу 18 цих Умов страхування.
***5.3. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком за умовами страхування відповідальності*** Страхувальник повинен, додатково до дій, передбачених у п.п. 5.1.1 – 5.1.6 Умов страхування:
5.3.1. Письмово повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі та надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до розділу 23 цих Умов страхування;
5.3.2. У разі заподіяння шкоди третім особам без письмової згоди Страховика не робити заяв та не брати на себе зобов'язань щодо добровільного відшкодування шкоди, заподіяної третім особам, не визнавати повністю або частково свою відповідальність, не підписувати будь-які документи, що встановлюють розміри збитку, висунуті до нього у зв'язку з настанням події, що може бути визнана страховим випадком. В іншому випадку Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування).
***5.4. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком за умовами страхування багажу*** у разі пошкодження, знищення або втрати багажу або його частини, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач), додатково до дій, передбачених у п.п. 5.1.1 – 5.1.6 Умов страхування, повинен:
5.4.1. Вжити всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків (шкоди), збереження застрахованого багажу та усунення причин, що сприяють виникненню додаткового збитку (шкоди), з'ясування характеру та обставин настання події, що стала причиною збитків, а також для забезпечення можливості пред'явлення Страховиком права вимоги до винних осіб;
5.4.2. Протягом 24 годин з моменту, коли йому стало відомо про пошкодження, знищення або втрату багажу повідомити про це перевізника або його представника у порядку, встановленому правилами перевезення, якщо багаж переданий під його відповідальність (в інших випадках – місцеві правоохоронні або інші компетентні органи країни перебування залежно від обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, посадових осіб готелю, пансіонату, будинку відпочинку тощо).
5.4.3. Отримати підтверджуючі документи, які підтверджують факт втрати (пошкодження, знищення) багажу від зазначених у п.5.4.2. цих Умов страхування компетентних органів та установ залежно від обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком;
5.4.4. Зберігати пошкоджений (знищений) багаж у вигляді, у якому він залишився після настання події, до його огляду Страховиком, крім випадків наявності згоди Страховика на такі змінення;
5.4.5. Протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі письмово повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, та надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до розділу 28 цих Умов страхування.
**5.5.** Надання Застрахованій особі у зв'язку з настанням зазначеної події інструкцій з боку Страховика або його представника, а також вжиття останніми заходів з запобігання та зменшення розміру збитку не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.
**5.6.** Документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надаються Страховикові у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.
**5.7.** Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового

відшкодування), надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), рішення про здійснення виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову її здійснити приймається після отримання документів, оформлених у належній формі та наданих у необхідному обсязі. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальникові (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві).

**5.8.** Страховик має право вимагати перекладу українською мовою документів, пов'язаних з подією (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) за рахунок Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача).

**5.9.** Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, передбачених у розділами 13, 18, 23, 28 цих Умов страхування.

## 6. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

**6.1.** Страхову виплату (виплату страхового відшкодування) Страховик здійснює згідно з Договором на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) і страхового акта, який складає Страховик або уповноважена ним особа у формі, визначеній Страховиком, після повного встановлення обставин, причини й розміру заподіяної шкоди внаслідок настання страхового випадку.

**6.2.** Крім випадків здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) шляхом перерахування Страховиком грошових коштів на банківський рахунок Асистансу, медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги (відповідно до п.п. 14.3.1– 14.3.2 цих Умов страхування), страхова виплата здійснюється таким чином:

6.2.1. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту одержання всіх необхідних документів (останнього з них, якщо документи надавалися Страховикові частинами) для підтвердження факту, причин, обставин та наслідків настання страхового випадку та визначення розміру збитків, а саме: документів, передбачених розділами 13, 18, 23, 28 цих Умов страхування (залежно від виду страхування, за яким настав страховий випадок) та відповідей на запити Страховика до підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини та причини настання страхового випадку, Страховик:

6.2.1.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) шляхом складення страхового акту із визначенням розміру страхової виплати (виплати страхового відшкодування) і протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування); або

6.2.1.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування); або

6.2.1.3. У разі об'єктивної необхідності проведення додаткових заходів для розслідування обставин настання страхового випадку та розміру завданого збитку внаслідок його настання (відповідно п. 7.2 цих Умов) приймає рішення відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) та призначає строк для проведення такого розслідування, після закінчення якого приймає одне з вищезазначених рішень.

**6.3.** Страховик з обґрунтуванням причин письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) про прийняття одного з рішень, передбачених п.п. 6.2.1.2 – 6.2.1.3 Умов страхування, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

## 7. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

**7.1.** Підставами для відмови Страховика у здійснені страхової виплати (виплати страхового відшкодування) є:

7.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладений Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється згідно з чинним законодавством України;

7.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладений Договір умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

7.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей щодо предмету Договору або факту настання страхового випадку, в тому числі приховування таких

відомостей;
7.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
7.1.5. Відсутність належних документів, що підтверджують факт, причини й обставини настання страхового випадку, на які посилається Страхувальник (Застрахована особа), у випадку, коли одержати такі документи стало неможливим.
7.1.6. Настання випадків, що є виключеннями зі страхових випадків або обмеженнями страхування, визначеними в розділах 12, 17, 22, 27 Умов страхування (залежно від виду страхового випадку, що настав);
7.1.7. Невиконання Страхувальником зобов'язань, передбачених у п. 4.2 цих Умов страхування;
7.1.8. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою), повного відшкодування збитків від особи, винної у їх завданні, або іншої особи. Якщо збиток відшкодований частково, виплата страхового відшкодування здійснюється за вирахуванням суми, отриманої від зазначених осіб, як компенсація завданого збитку.
7.1.9. Інші випадки, передбачені законом.
**7.2.** Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) якщо:
7.2.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову у її здійсненні продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 180 (сто вісімдесяти) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, передбачених розділами 13, 18, 23, 28 цих Умов страхування (залежно від виду страхового випадку, що настав);
7.2.2. На підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати (виплати страхового відшкодування). У такому випадку Страховик має право призначити розслідування, в тому числі замовити проведення експертизи, незалежним фахівцем (експертом), який має відповідно до законодавства України належні повноваження. При цьому Страховик складає страховий акт не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, передбачених розділами 13, 18, 23, 28 цих Умов страхування (залежно від виду страхового випадку, що настав);
7.2.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) приймається Страховиком після отримання Страховиком документів, що підтверджують закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

## 8. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ

**8.1.** Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
8.1.1. Закінчення строку його дії;
8.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;
8.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки;
8.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (Застрахованої особи) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України „Про страхування";
8.1.5. Ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України;
8.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
8.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
**8.2.** Про намір розірвання Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше ніж:
8.2.1. У разі укладення Договору страхування за типом подорожі „Одноразова подорож / One trip" – за 1

(один) робочий день до дати початку строку його дії, зазначеної у Договорі страхування.
8.2.2. У разі укладення Договору страхування за типом подорожі „ Багаторазові подорожі / Multiple trips ” – за 15 (п’ятнадцять) календарних днів до дати припинення строку дії Договору страхування.
**8.3.** При розірванні Договору за заявою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних сум страхових виплат (виплат страхового відшкодування), здійснених за Договором.
Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.
**8.4.** При розірванні Договору за заявою Страховика, Страхувальнику повертається сто відсотків внесеного ним страхового платежу.
Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних сум страхових виплат (виплат страхового відшкодування), здійснених за Договором.
**8.5.** За цим Договором нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу, становлять:
8.5.1. За добровільним страхуванням медичних витрат – 50% страхового платежу;
8.5.2. За добровільним страхуванням від нещасних випадків – 50% страхового платежу;
8.5.3. За добровільним страхуванням відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)) – 50% страхового платежу;
8.5.4. За добровільним страхування вантажів та багажу (вантажобагажу) – 45% страхового платежу.
**8.6.** Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всіх заяв про страхову виплату (виплату страхового відшкодування), поданих Страхувальником (Застрахованою особою): здійснення страхових виплат (виплат страхового відшкодування) або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування).
**8.7.** Належний до повернення страховий платіж повинен бути виплачений протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії Договору.
**8.8.** У всіх випадках припинення дії Договору, Страхувальник (Застрахована особа) повинен повернути належний йому примірник Договору Страховикові.
**8.9.** Зміни та доповнення до умов Договору вносяться за взаємною згодою Сторін Договору на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення в письмовій формі додаткового договору або переукладення Договору протягом 5 (п’яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною.
**8.10.**З моменту отримання заяви однією зі Сторін про внесення змін або про припинення дії, Договір продовжує діяти на попередніх умовах до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії.
**8.11.**Якщо будь-яка із Сторін не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на чинних умовах або про припинення строку його дії.

## 9. ОСОБЛИВІ УМОВИ

**9.1.** Спори, що виникають у зв’язку з виконанням умов Договору, вирішуються Сторонами шляхом переговорів.
**9.2.** У разі недосягнення згоди шляхом переговорів, спори вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.
**9.3.** Порядок вирішення та строк давності розгляду спорів між Сторонами визначається згідно з чинним законодавством України.
**9.4.** Обов’язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір збитків або витрат повністю покладається на Страхувальника (Застраховану особу) та/або особу, яка надала послуги.
**9.5.** Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або часткове невиконання зобов’язань по Договору, якщо це сталося внаслідок форс-мажору, на час дії форс-мажору.
**9.6.** Форс-мажором (обставинами непереборної сили) є пожежа, повінь, землетрус або інші стихійні лиха, ембарго, акції громадської непокори, страйки, війна або військові дії будь-якого виду, ядерний вибух радіаційне або будь-яке хімічне забруднення, дії або регулятивні вимоги державних та муніципальних органів влади, включаючи (але не обмежуючись) дії податкових адміністрацій різних

рівнів, центральних (національних) банків та інших установ, відповідальних за здійснення банківських операцій та контроль за валютно-обмінними операціями або (і) будь-які інші обставини, не перераховані та (і), які знаходяться поза розумним контролем Сторін, що виникли після дати підписання Договору і суттєво та негативно впливають на спроможність Сторін виконувати свої обов'язки, передбачені Договором.

**9.7.** Всі страхові терміни, що не визначені в Договорі, тлумачаться відповідно до Закону України „Про страхування".

## РОЗДІЛ ІІ. ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ВИТРАТ

### 10. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

**10.1.** Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) за межі України.

**10.2.** Вигодонабувачем є Застрахована особа (у разі її смерті – її спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором) з урахуванням умов, зазначених у п. 14.3 цих Умов страхування.

### 11. СТРАХОВІ ВИПАДКИ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

**11.1.** **Страховим випадком** є подія, передбачена програмою страхування, що сталася протягом строку дії Договору (дії страхового захисту за Договором) та не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з цими Умовами страхування, внаслідок якої Застрахована особа отримує медичну допомогу, медичні та (або) додаткові послуги, передбачені програмою страхування, внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Страхувальникові (Застрахованій особі) або Асистансу згідно з умовами Договору, а саме внаслідок:

11.1.1. Розладу здоров'я Застрахованої особи, що стався під час та у місці дії Договору (страхового захисту за Договором) внаслідок:

11.1.1.1. Гострого захворювання Застрахованої особи;

11.1.1.2. Загострення хронічної хвороби;

11.1.1.3. Нещасного випадку.

11.1.2. Смерті Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку;

11.1.3. Виникнення у Страхувальника (Застрахованої особи) додаткових витрат при здійсненні подорожі територією, зазначеною в Договорі, внаслідок:

11.1.3.1. Смерті члена сім'ї (близького родича) Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку;

11.1.3.2. Затримання (арешту) Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями третіх осіб, у тому числі внесенням застави;

11.1.3.3. Затримки або відміни авіарейсу;

11.1.3.4. Затримки доставки багажу, втрати багажу або його пошкодження.

11.1.3.5. Втрати або викрадення особистих документів Застрахованої особи, необхідних для повернення до країни постійного проживання, передбачених у п. 11.2.17 цих Умов страхування, в місці дії Договору.

**11.2.** Якщо це передбачено програмою страхування, зазначеною у Частині 1 Договору, опис якої наведено в Додатку 1, та в межах лімітів зобов'язань Страховика, встановлених у такій програмі страхування та у п. 11.4. цих Умов страхування, у разі настання подій, зазначених в пп. 11.1.1 – 11.1.3 цих Умов страхування, Страховик забезпечує за допомогою Асистансу надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг відповідно до таких опцій страхування:

11.2.1. Опція **„Стаціонарне лікування"** передбачає екстрене лікування, в тому числі перебування та харчування у палаті стандартного типу в умовах стаціонару за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування до моменту, коли стан Застрахованої особи, за рішенням лікуючого лікаря та (або) за погодженням зі Страховиком, дозволить виписати її зі стаціонару або евакуювати її до країни постійного проживання, і включає:

– консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;

– проведення лабораторних досліджень та інструментальних методів діагностики в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу;

– консервативне та оперативне лікування;
– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
– забезпечення режиму ізоляції (карантину), якщо це необхідно за медичним висновком;
11.2.2. Опція **„Амбулаторне лікування”** передбачає екстрене лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, і включає:
– консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
– проведення лабораторних досліджень та інструментальних методів діагностики в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу;
– консервативне та оперативне лікування;
– проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
11.2.3. Опція **„Невідкладна допомога”** передбачає невідкладну медичну допомогу, надану Застрахованій особі за медичними показниками внаслідок причин, зазначених у пп. 11.1.1.1 – 11.1.1.3 цих Умов страхування, і включає:
– виїзд бригади невідкладної медичної допомоги;
– експрес-діагностику та невідкладну допомогу до госпіталізації;
– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
– транспортування автомобілем невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування та/або госпіталізації.
Невідкладна допомога – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 12 (дванадцять) годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.
11.2.4. Опція **„Стоматологія”** передбачає відшкодування витрат, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, на терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини, пов’язане з:
– гострим запаленням зуба та(або) тканин, що оточують зуби (в т.ч. імпланти);
– наданням невідкладної стоматологічної допомоги внаслідок настання нещасного випадку
*Ліміт зобов’язань Страховика за опцією „Стоматологія” для програми „А” становить 150 доларів США (євро), для програми „В” – 200 доларів США (євро), для програми „С” – 300 доларів США (євро).*
11.2.5. Опція **„Невідкладна допомога при ускладненнях вагітності до 29 тижня вагітності”** передбачає відшкодування витрат на невідкладну допомогу та стаціонарне лікування Застрахованої особи, строк вагітності якої не перевищує 29 (двадцять дев’ять) тижнів вагітності (включно) при загрозі переривання вагітності;
11.2.6. Опція **„Медичне транспортування”** передбачає надання медично-транспортних послуг, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, а саме:
11.2.6.1. Евакуацію (транспортування) Застрахованої особи з місця події до найближчого медичного закладу:
– автомобілем невідкладної медичної допомоги;
– засобами таксі;
– засобами медичної авіації тощо.
11.2.6.2. Медичну репатріацію Застрахованої особи до країни постійного проживання (медичного закладу найближчого до кордону або аеропорту, залежно від виду транспорту, яким здійснюється транспортування) замість лікування за кордоном за умови, що стан здоров’я Застрахованої особи дозволяє її транспортування та згідно з рішенням лікуючого лікаря існує необхідність проведення подальшого стаціонарного лікування Застрахованої особи) та (або) якщо витрати на перебування в стаціонарі можуть перевищити встановлену у Договорі відповідну страхову суму (ліміт зобов’язань Страховика). Транспортування може здійснюватися:
– автомобілем невідкладної медичної допомоги;
– засобом медичної авіації тощо.
11.2.6.3. Медичну репатріацію Застрахованої особи до країни постійного проживання (медичного закладу найближчого до кордону або аеропорту залежно від виду транспорту, яким здійснюється транспортування) для проведення хірургічної операції замість лікування за кордоном за умови, що стан здоров’я Застрахованої особи дозволяє її транспортування та згідно з рішенням лікуючого лікаря існує необхідність проведення хірургічної операції, яка може бути відкладена за рішенням лікуючого лікаря до повернення в країну постійного проживання. Транспортування може здійснюватися:

– автомобілем невідкладної медичної допомоги;
– літаком (в тому числі на спеціально обладнаному місці) тощо.
11.2.6.4. Медична репатріація проводиться тільки за умови відсутності медичних протипоказань та в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1;
11.2.6.5. Рішення про необхідність і можливість транспортування Застрахованої особи, а також про вибір засобу її здійснення, маршруту та кінцевого пункту транспортування приймає медичний заклад і лікуючий лікар Застрахованої особи разом із Асистансом (Страховиком) з урахуванням медичних показань;
11.2.6.6. За необхідності надання медично-транспортних послуг, зазначених у пп. 11.2.6.1 – 11.2.6.3 цих Умов страхування, залежно від стану здоров'я Застрахованої особи її транспортування організовується Асистансом, за погодженням Страховика, включаючи медичний супровід (якщо такий супровід необхідний за рекомендацією лікуючого лікаря).
11.2.6.7. За цією опцією Страховик не відшкодовує витрати на транспортування багажу Застрахованої особи до країни постійного проживання.
11.2.7. Опція **„Позапланове повернення через розлад здоров'я"** передбачає оплату вартості проїзду Застрахованої особи відповідно до п. 11.2.13 цих Умов страхування з місця тимчасового перебування до країни її постійного проживання в один кінець.
Зазначені послуги надаються, якщо від'їзд Застрахованої особи не відбувся вчасно, тобто в день, зазначений у проїзних документах, що має Застрахована особа, через розлад здоров'я внаслідок подій, зазначених у пп. 11.1.1.1– 11.1.1.3 цих Умов страхування, що призвело до необхідності перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні.
11.2.8. Опція **„Повернення додому неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою"** передбачає оплату вартості проїзду неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою до країни їх постійного проживання (згідно з умовами п. 11.2.13 цих Умов страхування) та за необхідності їх супроводження третьою особою, якщо діти залишилися без нагляду через стаціонарне лікування Застрахованої особи внаслідок розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи внаслідок подій, зазначених у пп. 11.1.1.1– 11.1.1.3 цих Умов страхування.
Страховик відшкодовує вартість проїзду дітей, які не досягли 16-річного віку, до країни їх постійного проживання, тільки у разі, якщо жодна з осіб, які подорожують разом з ними, віком понад 18 років, не в змозі про них піклуватися внаслідок стаціонарного лікування через гостре захворювання, загострення хронічної хвороби, настання нещасного випадку або смерть;
11.2.9. Опція **„Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)"** передбачає оплату, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, вартості проїзду в обидва боки (з країни постійного проживання та назад) і вартості проживання в готелі одного члена сім'ї (близького родича) Застрахованої особи, якщо строк госпіталізації Застрахованої особи, яка подорожує сама, внаслідок розладу здоров'я перевищує 10 (десять) днів, та за умови, що поруч з Застрахованою особою немає особи старше 18 років, яка подорожує разом з нею.
*При цьому Страховик відшкодує вартість проїзду згідно з умовами п. 11.2.13 цих Умов страхування у розмірі, що не перевищує 500 доларів США (євро), та вартість проживання у готелі (не більше 4 діб) у розмірі, що не перевищує 100 доларів США (євро) за кожну добу.*
При цьому інші витрати на відвідування Застрахованої особи членом сім'ї Страховик не відшкодовує.
11.2.10. Опція **„Позапланове повернення за сімейними обставинами"** передбачає оплату, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, вартості проїзду Застрахованої особи відповідно до п. 11.2.13 цих Умов страхування у разі дострокового (позапланового) повернення Застрахованої особи до країни її постійного проживання, якщо один з членів сім'ї (близьких родичів) останньої в період дії Договору помер (за наявності документів, що підтверджують факт цієї події та родинний зв'язок із Застрахованою особою).
*При цьому Страховик відшкодує вартість проїзду згідно з умовами п. 11.2.13 цих Умов страхування у розмірі, що не перевищує 250 доларів США (євро).*
11.2.11. Опція **„Проїзд працівника, який заміщує Застраховану особу"** передбачає оплату, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку1, вартості проїзду особи, яка заміщує Застраховану особу при виконанні нею виробничих обов'язків на території країни тимчасового перебування, до місця виконання виробничих обов'язків, якщо Застраховану особу було перевезено до медичного закладу до країни її постійного проживання (медична евакуація) з необхідністю проведення подальшого стаціонарного лікування.
Зазначені послуги надаються за умови, що працівник, який замінить Застраховану особу, повинен приступити до виконання своїх обов'язків відразу ж після повідомлення лікаря про медичну евакуацію

Застрахованої особи.
*При цьому Страховик відшкодує вартість проїзду згідно з умовами п. 11.2.13 цих Умов страхування у розмірі, що не перевищує 250 доларів США (євро).*
11.2.12. У разі настання подій, зазначених у пп. 11.2.7 – 11.2.11 цих Умов страхування, для отримання послуг, передбачених Програмою страхування, Застрахована особа на вимогу Страховика зобов'язана передати свої квитки та квитки дітей, які перебувають разом з Застрахованою особою, на зворотний проїзд представникові Асистансу або Страховикові (його представникові).
11.2.13. Страховик відшкодовує зазначені в пп. 11.2.7 – 11.2.11 цих Умов страхування витрати на оплату проїзду, здійснені за погодження зі Страховиком:
– автобусом; або
– літаком – економічним класом; або
– іншим видом транспорту, погодженим із Страховиком.
11.2.14. Опція **„Репатріація останків"** передбачає посмертну репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смерті внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, а саме:
– витрати на посмертну репатріацію тіла до країни постійного проживання Застрахованої особи або
– витрати на поховання (кремацію) останків Застрахованої особи на території країни тимчасового перебування у разі відсутності родичів у Застрахованої особи або за їхньої згоди на таке поховання.
Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою сторін Договору. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання) на території країни постійного проживання Застрахованої особи.
Для організації репатріації родичі померлого (опікуни тощо) повинні в найкоротший строк надати Страховикові належним чином оформлені документи, що підтверджують їхній родинний зв'язок із Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію України або на територію, погоджену зі Страховиком.
Страховик також відшкодовує витрати на транспортування багажу померлої Застрахованої особи до країни постійного проживання.
11.2.15. Опція **„Затримка рейсу"** передбачає здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, у разі затримки відправлення літака (регулярного або чартерного рейсу) через страйк, з технічних причин, через несприятливі погодно-кліматичні умови або поломку літака на 4 (чотири) або більше години (при цьому, Страховик не здійснює виплату за перші 4 години).
*Ліміт зобов'язань Страховика за опцією «Затримка рейсу» для Програми «С» становить 10 доларів США (євро) за кожну годину затримки, але у будь-якому разі не більше 100 доларів США (євро).*
11.2.16. Опція **„Багаж"** передбачає:
11.2.16.1. Оплату, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, вартості предметів особистої гігієни та одягу, у разі недоставлення Застрахованій особі багажу, що перевозився повітряним (авіаційним) транспортом, зареєстрованого відповідно до митних правил, впродовж 6 (шести) годин після його прибуття в аеропорт (крім прибуття до країни постійного проживання). Страховик відшкодовує зазначені витрати на підставі оригіналів документів, що їх підтверджують.
*При цьому ліміт зобов'язань Страховика для програми „С" становить 100 доларів США (євро);*
11.2.16.2. Оплату, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, вартості предметів особистої гігієни та одягу в розмірі, передбаченому програмою страхування (з відрахуванням сум, що виплачують авіаперевізник та інші страховики, і сум, витрачених на відшкодування збитку від затримки доставки), якщо багаж, що перевозиться повітряним (авіаційним) транспортом і зареєстрований відповідно до митних правил, втрачено, пошкоджено або знищено в період, коли авіаперевізник відповідає за збереження багажу.
*При цьому ліміт зобов'язань Страховика для програми „С" становить 300 доларів США (євро);*
11.2.16.3. Оплату вартості транспортування багажу Застрахованої особи до медичної установи у разі її госпіталізації та (або) до країни постійного проживання у разі медичної репатріації Застрахованої особи;
11.2.16.4. Надання Асистансом консультативної допомоги в поверненні Застрахованій особі багажу, загубленого під час використання повітряного (авіаційного) транспорту;
11.2.17. Опція **„Втрата документів"** передбачає консультативну допомогу Асистансу при відновленні втрачених або викрадених під час подорожі особистих документів Застрахованої особи, необхідних для повернення до країни постійного проживання:
а) закордонного паспорту Застрахованої особи, проїзного документу дитини;

б) якщо Застрахована особа подорожує власним транспортним засобом – посвідчення водія, свідоцтва, що посвідчує реєстрацію транспортного засобу, належного Страхувальникові (Застрахованій особі) на правах власності або на інших законних підставах (договір оренди, лізингу тощо).
в) квитків на зворотний рейс до країни постійного проживання.
При цьому Страховик відшкодовує витрати, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, пов'язані із оформленням тимчасових документів Застрахованої особи, необхідних для повернення до країни постійного проживання, а також із анулюванням втрачених і оформленням нових квитків на зворотний рейс до країни постійного проживання (при цьому вартість нових квитків не відшкодовується).
*Ліміт зобов'язань Страховика за опцією „Втрата документів" для програми„С" становить 200 доларів США(євро).*
11.2.18. Опція **„Юридична допомога"** передбачає, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку1:
11.2.18.1. У разі затримання (арешту) Застрахованої особи, позбавлення волі, загрози виникнення таких випадків, а також будь-яких ускладнень, викликаних офіційними претензіями, висунутими третіми особами Застрахованій особі, організацію та оплату послуг практикуючого адвоката, який призначений безпосередньо Асистансом (Страховиком) або за його письмовим погодженням.
*При цьому ліміт зобов'язань Страховика для програми „С" становить 1 000 доларів США (євро);*
11.2.18.2. Організацію правової консультації при нещасному випадку, порушенні правил дорожнього руху, заподіянні третьою особою шкоди життю, здоров'ю та (або) майну Застрахованої особи тощо, крім оплати вартості такої консультації.
11.2.19. Опція **„Телефонні переговори"** передбачає відшкодування, в межах ліміту, передбаченого Програмою страхування та наведеного в Додатку 1, витрат на телефонні переговори, здійснені Застрахованою особою з Асистансом (Страховиком) з метою отримання або погодження отримання послуг, передбачених Договором.
*При цьому ліміт зобов'язань Страховика для програм „А", „В" „С" становить 50 доларів США (євро).*
**11.3.** Короткий опис програм страхування „А", „В", „С", „V" та „S" та ліміти зобов'язань Страховика за кожною опцією в рамках кожної програми наведено у Додатку 1.
**11.4.** Ліміти зобов'язань Страховика, встановлені за окремими програмами:
11.4.1. Якщо у Частині 1 Договору передбачене страхування за програмою страхування «V» ліміти зобов'язань Страховика становлять:
11.4.1.1. На один страховий випадок – 25 % страхової суми, встановленої для Застрахованої особи у Частині 1 Договору.
11.4.1.2. На оплату вартості діагностики та (або) лікування серцево-судинного захворювання Застрахованої особи – 15 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.1.1 цих Умов страхування;
11.4.1.3. На оплату вартості лікарських засобів (медикаментів) та витратних медичних матеріалів – 5 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.1.1 цих Умов страхування;
11.4.1.4. На оплату вартості товарів медичного призначення (обладнання для металоостеосінтезу) – 5 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.1.1 цих Умов страхування;
11.4.1.5. На опції „Медичне транспортування", „Позапланове повернення через розлад здоров'я", „Репатріація останків" – 15 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.1.1 цих Умов страхування.
11.4.2. Якщо у Частині 1 Договору передбачене страхування за програмою страхування „S" ліміти зобов'язань Страховика становлять:
11.4.2.1. На один страховий випадок – 25 % страхової суми, встановленої для Застрахованої особи у Частині 1 Договору страхування;
11.4.2.2. На оплату вартості діагностики та (або) лікування серцево-судинного захворювання Застрахованої особи – 10 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.2.1 цих Умов страхування.
11.4.2.3. На опції „Медичне транспортування", „Позапланове повернення через розлад здоров'я", „Репатріація останків" – 10 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.2.1 цих Умов страхування.
11.4.2.4. На оплату вартості лікарських засобів (медикаментів) та витратних медичних матеріалів – 5 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.2.1 цих Умов страхування.
11.4.2.5. На оплату вартості товарів медичного призначення (обладнання для металоостеосінтезу) – 5 % ліміту, встановленого на один страховий випадок відповідно до п.11.4.2.1 цих Умов страхування.

## 12. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

**12.1.** За Договором не покривається та не відшкодовується вартість отриманої медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, що надаються Застрахованій особі внаслідок:

12.1.1. Здійснення Застрахованою особою протиправних дій (в тому числі порушення Застрахованою особою правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху, правил техніки безпеки, та інших встановлених законодавством країни тимчасового перебування правил та нормативів), за умови що отримання Застрахованою особою травми або іншого розладу здоров'я перебуває в прямому причинно-наслідковому зв'язку з такими діями Застрахованої особи. Протиправні дії можуть бути кваліфіковані як такі згідно з законодавством, чинним як у країні тимчасового перебування, так і в країні постійного проживання;

12.1.2. Прямого або непрямого впливу іонізуючої радіації, ядерного вибуху, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

12.1.3. Самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства або навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень та їхніх наслідків;

12.1.4. Самолікування або лікування Застрахованої особи в закладі або лікарем, які не мають відповідних дозволів (ліцензій) на здійснення медичної діяльності;

12.1.5. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних або токсичних речовин.

12.1.6. Лікування, яке Застрахована особа проходила до початку строку дії Договору (страхового захисту за Договором), окрім станів, що потребують надання невідкладної допомоги, а також у разі, якщо поїздка була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я;

12.1.7. Участі Застрахованої особи у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), повстаннях, бунтах, війнах, масових заворушеннях, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що згідно з чинним законодавством країни перебування кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності, а також служби Застрахованої особи в будь-яких військових структурах або формуваннях;

12.1.8. Заняття Застрахованою особою під час подорожі будь-яким видом активного відпочинку (аматорського спорту) та (або) професійного спорту, за виключенням випадків, коли це передбачено Договором, про що відповідним чином позначено у Частині 1 Договору, страхування за категорією ризику, що відповідає цьому виду спорту;

12.1.9. Заняття або участь Застрахованої особи у боях змішаного стилю – «Бої без правил».

12.1.10. Під час виконання Застрахованою особою фізичної праці за наймом, якщо у Частині 1 Договору не зазначена категорія ризику „М" або „М1" для Застрахованої особи;

12.1.11. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без дозвільного посвідчення, що визнається у країні перебування.

**12.2.** Договором не покриваються та не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати на:

12.2.1. Медичну допомогу у разі загострення хронічного захворювання, яке не потребувало надання невідкладної медичної допомоги.

12.2.2. Лікування захворювання або травм, викликаних дією форс-мажорних обставинами, включаючи:

– участь Застрахованої особи у війні, вторгненні, терористичних актах, громадянській війні, повстанні, революції, діях військової влади чи узурпаторських режимів;

– стихійні лиха і їхні наслідки, епідемії, карантин, несприятливі метеорологічні умови за умови, що територія на який знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною можливого стихійного лиха, територією карантину тощо, якщо таке оголошення було зроблено до приїзду Застрахованої особи в країну тимчасового перебування;

12.2.3. Надання стоматологічних послуг таких як: проведення косметичних, ортодонтичних процедур; протезування; лікування карієсу, гіперестезії.

12.2.4. Проведення аборту, крім випадків, коли це необхідно внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання;

12.2.5. Надання медичної допомоги, медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями та пологами, крім витрат, передбачених п. 11.2.5 Умов страхування, за умови, що опція „Невідкладна допомога при ускладненнях вагітності до 29 тижня вагітності" передбачена умовами Програми страхування Застрахованої особи, а також на післяпологовий догляд за дитиною;

12.2.6. Штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи із запобігання вагітності;

12.2.7. Будь-яке протезування, імплантація, трансплантація та забезпечення протезами, імплантами тощо;

12.2.8. Вироби медичного призначення (медичні вироби), крім витратних медичних матеріалів (бинт, шприци, крапельниці, одноразовий медичний інструментарій, шовний матеріал, комплектуючі для металоостеосінтезу тощо), необхідних для надання медичної допомоги (послуги); придбання та ремонт допоміжних засобів (кардіостимуляторів, інгаляторів, термометрів, тонометрів та інших вимірювальних приладів, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків, милиць, тростин тощо);
12.2.9. Діагностичні заходи (у тому числі консультації і лабораторні дослідження) і лікувальні процедури, що не є обов'язковими та/або необхідними у разі настання нещасного випадку або раптового захворювання, загострення хронічної хвороби, або не пов'язані з ними;
12.2.10. Медичні та інші послуги, не передбачені Договором (програмою страхування);
12.2.11. Медичні та інші послуги, не погоджені з Асистансом (Страховиком) у порядку, визначеному цими Умовами страхування;
12.2.12. Діагностичні заходи (у тому числі консультації та лабораторні дослідження), надані без наступного лікування;
12.2.13. Лікування, не призначене лікарем;
12.2.14. Проведення операції, пов'язаної з реконструктивною та пластичною хірургією, в тому числі операції, пов'язаної з усуненням косметичних дефектів, крім випадків, коли така операція пов'язана з травмою, одержаною внаслідок настання нещасного випадку та не може бути відкладена за рішенням лікуючого лікаря до повернення в країну постійного проживання;
12.2.15. Проведення профілактичних заходів, вакцинацій, дезінфекцій, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видавання медичних довідок та свідоцтв;
12.2.16. Лікування та (або) догляд Застрахованої особи її родичами, крім витрат, передбачених опцією страхування „Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)", за умови, що така опція передбачена умовами Програми страхування Застрахованої особи;
12.2.17. Проведення відновлювальної терапії, реабілітації або фізіотерапії;
12.2.18. Коригувальне та (або) реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;
12.2.19. Нейрохірургічні операції, кардіохірургічні операції, ендоваскулярні операції, операції на судинах, ендоскопічні операції сечостатевої системи, ангіографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, гемодіаліз, біопсію;
12.2.20. Обстеження і лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами недоказової медицини;
12.2.21. Надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: палати типу „люкс", кондиціонера, зволожувача повітря, телевізора, телефону, а також послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача тощо;
12.2.22. Лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли, за висновком лікуючого лікаря медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;
12.2.23. Діагностика та лікування, що за рішенням лікуючого лікаря може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання можуть бути замінені курсом консервативного лікування;
12.2.24. Медичну репатріацію, якщо лікування захворювання або тілесного ушкодження за рішенням лікуючого лікаря може бути здійснене за місцезнаходженням Застрахованої особи, та (або) якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки;
12.2.25. Медичну допомогу та послуги, коли за рішенням лікуючого лікаря Застрахована особа може сама або при супроводженні іншої особи повернутися до країни постійного проживання;
12.2.26. Транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу до іншого без попереднього погодження з Асистансом або Страховиком;
12.2.27. Послуги, пов'язані з незручностями використання повітряного (авіаційного) транспорту, у разі відкладення або відміна авіарейсу, якщо:
12.2.27.1. Застрахована особа не пройшла реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйки або з технічних причин;
12.2.27.2. Затримка рейсу стала наслідком страйку або виникла з технічних причин, про які Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації;
12.2.27.3. Застрахована особа відмовилася від перельоту до вильоту літака свого рейсу;
12.2.28. Послуги, у разі затримки доставки багажу, якщо:

12.2.28.1. Багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є країна постійного проживання Застрахованої особи;
12.2.28.2. Застрахована особа не повідомила уповноваженому представникові авіаперевізника про затримку доставки багажу або його втрату;
12.2.28.3. Затримка багажу Застрахованої особи викликана митним доглядом;
12.2.28.4. Витрати були здійснені Застрахованою особою після доставки її багажу перевізником.
12.2.29. Послуги у разі:
12.2.29.1. Втрати багажу, його пошкодження або знищення, що сталися внаслідок конфіскації та (або) знищення багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
12.2.29.2. Пошкодження (псування) вантажу внаслідок звичайної зношеності, прихованих дефектів, дії комах, хімічних реактивів або інших несприятливих умов;
12.2.29.3. Втрати (пошкодження, знищення) разом з багажем готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у тому числі комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, дорожніх чеків, цінних паперів, готівки, талонів на оплату палива, особливо цінних речей та предметів (ювелірних виробів, колекцій, речей та предметів, які мають художню або історичну цінність тощо), зубних протезів та контактних лінз тощо;
12.2.30. Відновлення будь-яких втрачених документів Страхувальника (Застрахованої особи), крім зазначених у п. 11.2.17. цих Умов страхування, за умови, що опція «Втрата документів» передбачена умовами Програми страхування Застрахованої особи;
12.2.31. Відновлення документів у разі:
12.2.31.1. Конфіскації документів митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування;
12.2.31.2. Неповідомлення Застрахованою особою відповідних органів та служб про загублені (втрачені, викрадені) документи, а також ненадання Застрахованою особою заяви відповідної форми про відсутні документи;
12.2.32. Заміна документів, якщо така заміна викликана пошкодженням, втратою вигляду, придатного для використання тощо.
**12.3.** Страховик не відшкодовує вартість отриманої медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг у зв’язку з:
12.3.1. Сонячним ударом, сонячними опіками та іншими гострими змінами у шкірному покриві, викликаними впливом ультрафіолетового випромінювання;
12.3.2. Нервовими та психічними захворюваннями і розладами, неврозами (панічними атаками, депресіями, істеричними синдромами тощо) та їх загостреннями, крім менінгиту або енцефаліту;
12.3.3. Вродженими вадами розвитку; захворюваннями та станами, що є наслідком вроджених вад розвитку;
12.3.4. Хронічними захворюваннями, крім випадків загострення; хворобами, що почалися під час перебування в країні постійного проживання;
12.3.5. Захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом, а також захворювань, що є їхнім наслідком (в тому числі гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловіруна інфекція, урогенітальний мікоплазмоз, папілома вірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз);
12.3.6. Будь-якої хворобою або смерті, що спричинена ВІЛ-інфекцією, СНІДом;
12.3.7. Будь-якою формою гепатиту, крім гепатиту А; цирозу печінки та їхніми наслідками;
12.3.8. Онкологічними захворюваннями, захворюваннями та станами, що є наслідком онкологічних захворювань;
12.3.9. Кесонною хворобою, декомпресійною хворобою;
12.3.10. Розладами слуху, що виникли внаслідок наявності вушної сірки та (або) потрапляння води;
12.3.11. Захворюваннями шкіри та її придатків будь-якого походження; грибковими захворюваннями будь-якої локалізації;
12.3.12. Гельмінтозами, амебіазом, лямбліозом;
12.3.13. Станами з наявністю головного болю, головокружіння, мігрень, без супутнього захворювання; станами, симптомами, зазначеними у розділі XVIII МКХ-10 (R00-R99). (МКХ – міжнародна класифікація хвороб);
12.3.14. Цукровим діабетом, туберкульозом, а також захворюваннями і станами, що є їхнім наслідком.
**12.4.** Страховик не відшкодовує витрати, пов’язані з:

12.4.1. Обставинами, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не вжив усіх заходів, що від нього залежать, щоб запобігти настанню страхового випадку;
12.4.2. Лікуванням на території країни постійного проживання Застрахованої особи;
12.4.3. Утриманням його колег або членів родини Застрахованої особи під час лікування Застрахованої особи, крім випадку, передбачених п. 11.2.9 Умов страхування, за умови, що опція „Відвідування членом сім'ї (близьким родичем)" передбачена умовами Програми страхування Застрахованої особи;
12.4.4. На платне лікування у медичному закладі, а також будь-які інші витрати, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.
12.4.5. Виникненням події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичної допомоги, медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором, до початку дії Договору або після припинення його дії (припинення дії страхового захисту за Договором). Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування), а Асистанс – у наданні послуг, передбачених Договором, якщо зазначена подія сталася під час подорожі у час, коли встановлені згідно з пп. 3.4.-3.10. цих Умов страхування строки дії страхового захисту за Договором припинилися;
12.4.6. Діагностикою, лікуванням та (або) медичною репатріацією Застрахованої особи після закінчення строку дії Договору страхування (страхового захисту за Договором).
Виключенням є випадки, якщо страховий випадок пов'язаний із невідкладним стаціонарним лікуванням, що розпочате в період дії Договору.
В такому випадку Страховик відшкодовує в межах страхової суми та ліміту зобов'язань Страховика у розмірі до 5 000 дол. США (євро), якщо інше не передбачено програмою страхування, витрати на невідкладне стаціонарне лікування та (або) медичну репатріацію Застрахованої особи після закінчення строку дії Договору (страхового захисту за Договором) до моменту, коли стан Застрахованої особи за рішенням лікуючого лікаря та (або) за погодженням зі Страховиком дозволить виписати її за стаціонару або евакуювати її до країни постійного проживання, але не більше ніж протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після закінчення дії Договору (страхового захисту за Договором).
12.4.7. Повторним зверненням з приводу одного і того ж захворювання (травми).
**12.5.** Якщо Застрахована особа здійснила поїздку з метою одержати лікування або передбачала одержати лікування, Страховик не відшкодовує медичні витрати на лікування, що є метою поїздки, або передбачуване лікування, а також витрати, викликані погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із цим лікуванням.
**12.6.** Страховик не несе відповідальності за відшкодування моральної шкоди, витрат, заподіяних внаслідок помилки лікарів (неправильних медичних маніпуляцій) або інших осіб, які надавали допомогу Застрахованій особі.
**12.7.** Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника (Застрахованої особи), зазнані ним внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Застрахованої особи банківської картки.
**12.8.** Якщо у Частині 1 Договору передбачене страхування за програмою страхування «V» або «S» страхуванням не покриваються та не підлягають відшкодуванню Страховиком медичні та інші витрати на:
12.8.1. Надання будь-яких стоматологічних послуг, в т.ч. витрат на огляд, екстрене лікування та медикаменти при гострому запаленні зуба та тканин, що його оточують, а також при травмі зуба в результаті нещасного випадку;
12.8.2. Надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями, пологами на будь-якому строку вагітності та післяпологовим доглядом за дитиною;
12.8.3. Позапланове повернення Застрахованої особи з місця тимчасового перебування до країни постійного проживання, крім витрат, передбачених опцією „Медичне транспортування", „Позапланове повернення через розлад здоров'я" та „Репатріація останків".
12.8.4. Виключно за програмою „V" – діагностику та (або) лікування у Застрахованої особи захворювань без наявності температури тіла 39,0°C та вище: гострого респіраторного (вірусного) захворювання, фарингіту, отиту; захворювань шлунково-кишкового тракту, що не потребують парентерального лікування;
12.8.5. Виключно за програмою „S" – на будь-яку діагностику та (або) лікування Застрахованої особи, крім надання невідкладної медичної допомоги (відповідно до умов опції „Невідкладна допомога") та (або) діагностику, лікування в умовах стаціонару (відповідно до умов опції „Стаціонарне лікування").

## 13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

**13.1.** Документами, що підтверджують факт, обставини та причини настання страхового випадку, а також розмір збитку (здійснених витрат), є:

13.1.1. Довідка медичного закладу про амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря;

13.1.2. Документи щодо вартості отриманої медичної допомоги, здійснених медичних та інших витрат;

13.1.3. Оригінали деталізованих рахунків щодо вартості наданої медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг;

13.1.4. Квитанції про оплату наданої медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, в яких зазначене прізвище пацієнта, його діагноз, деталізовану інформацію про кожну лікувальну процедуру та дату її проведення;

13.1.5. У разі надання стоматологічної допомоги – відповідна довідка із зазначенням зубів, що підлягали лікуванню, та деталізований опис проведеного лікування;

13.1.6. Рецепти з назвами призначених медикаментів, завірені печаткою відповідного лікаря або медичного закладу;

13.1.7. Чеки (квитанції) про оплату придбаних медикаментів або витратних медичних матеріалів;

13.1.8. Оригінали телефонних рахунків, що підтверджують факт звернення до абонентів, зазначених у Договорі, та вартість проведених переговорів;

13.1.9. Документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують оплату вартості інших здійснених витрат;

13.1.10. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір завданого збитку на запит Страховика.

**13.2.** Якщо Застрахована особа, за погодженням із Асистансом (Страховиком), самостійно сплатила вартість отриманої медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг та (або) придбала медикаменти або витратні медичні матеріали, вона повинна протягом 15 (п’ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховикові такі документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір завданих збитків:

13.2.1. Заяву про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за формою, встановленою Страховиком;

13.2.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальникові;

13.2.3. Документи, що відповідно до законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (паспорт або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, копію довідки (картки) про присвоєння ідентифікаційного номера або реєстраційний номер облікової картки платника податків);

13.2.4. Закордонний паспорт Застрахованої особи;

13.2.5. Документи, які підтверджують перебування та строки перебування в країні тимчасового перебування: проїзні документи, договір про працевлаштування, запрошення приймаючої сторони, квитки (авіа-, з/д-, авто-), посадковий талон, реєстраційна картка готелю і т.п.;

13.2.6. Документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків згідно з п. 13.1 цих Умов страхування;

13.2.7. Інші документи на письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазнаних збитків (здійснених витрат) та документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

**13.3.** Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити перелік документів, визначений пп. 13.1 – 13.2 цих Умов страхування.

## 14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ) З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

**14.1.** Страхова виплата визначається, виходячи з вартості фактично наданої Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг в межах встановлених Договором лімітів зобов’язань Страховика з урахуванням франшизи (якщо вона встановлена у Договорі) та інших умов Договору.

**14.2.** Якщо в Частині 1 Договору передбачена франшиза, Застрахована особа повинна оплатити цю суму медичному закладові, лікареві або третій особі при наданні Застрахованій особі медичної

допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, відшкодування вартості яких передбачене Договором;
**14.3.** Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг шляхом:
14.3.1. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок Асистансові – якщо медична допомога, медичні та (або) додаткові послуги надавалися Застрахованій особі за допомогою Асистансу;
14.3.2. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги, оплата вартості яких передбачена Договором;
14.3.3. Страхувальникові (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) – якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно сплатив вартість медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, оплата вартості яких передбачена Договором.
**14.4.** Страхова виплата Страхувальникові (Застрахованій особі) здійснюється у гривнях за офіційним обмінним курсом Національного банку України, встановленим на дату настання страхового випадку. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої Договором.
**14.5.** Якщо за окремою опцією страхування (видом витрат), відшкодування яких передбачене Договором, страхові випадки (витрати) наступали неодноразово, то страхова виплата за такою Опцією страхування (видом витрат) не може перевищувати відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика, встановлений Договором.

## РОЗДІЛ III. ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

### 15. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

**15.1.** Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

### 16. СТРАХОВІ ВИПАДКИ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

**16.1.** **Страховим випадком** є події, які сталися під час дії Договору і не класифікуються як виключення або обмеження страхування, а саме:
16.1.1. Травматичне ушкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи, передбачений Таблицею страхових виплат при настанні страхових випадків, що є Додатком 2 до Публічної пропозиції (оферти), (далі – Таблиця страхових виплат), внаслідок нещасного випадку;
16.1.2. Встановлення Застрахованій особі інвалідності I, II, III групи (в т.ч. змінення групи інвалідності на вищу) або категорії «дитина-інвалід» (для Застрахованих осіб віком до 18 років) внаслідок нещасного випадку;
16.1.3. Смерть (загибель) Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку.
**16.2.** Смерть Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності (в т.ч. змінення групи інвалідності на вищу) внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору, визнається страховими випадком протягом 1 (одного) року від дня настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення строку дії Договору.

### 17. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

**17.1.** Страховик не несе відповідальності за Договором, якщо страхові випадки, стосовно конкретної Застрахованої особи сталися за наступних обставин та причин:
17.1.1. внаслідок подій, зазначених у п.п. 12.1.1 – 12.1.5, 12.1.7 – 12.1.111, 12.6 Договору;
17.1.2. внаслідок участі Застрахованої особи у страйках, заколотах, внутрішніх заворушеннях, диверсіях, актах тероризму, бойових діях, війні;
17.1.3. за межами території дії Договору;
17.1.4. внаслідок перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, якщо Застрахована особа заздалегідь знала, що особа, яка керує таким транспортним засобом, не має прав на керування транспортними засобами, або прав на керування транспортними засобами відповідної категорії, або перебуває в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або під впливом медикаментів, які вживалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, яка не має на те відповідної кваліфікації.
17.1.5. прямо або опосередковано пов'язані з венеричними захворюваннями або синдромом набутого

імунного дефіциту (СНІД) або спорідненим СНІДу симптомокомплексом незалежно від того, яким чином він був надбаний і яким медичним терміном був названий, будь-якими захворюваннями, викликаними ВІЛ-інфекцією;
17.1.6. пов'язані з вагітністю, пологами, абортом, з видаленням занесеного під час колишніх операцій матеріалу, з косметичними та пластичними операціями, операціями зі змінення статті, зі стерилізації або з лікування безпліддя.
**17.2.** Дія страхового захисту не поширюється на події, що сталися під час арешту, затримання, перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, ув'язнення та інших оперативних слідчих дій, крім випадків, коли такі дії визнані незаконними.
**17.3.** Не визнаються страховими випадками події, що сталися внаслідок:
17.3.1. Дії форс-мажорних обставин у місці дії Договору: стихійних або природних явищ, війни, будь-яких військових дій, оголошеного органами влади надзвичайного стану, революції, громадських заворушень, терористичного акту тощо, за умови, що територія на якій знаходиться Застрахована особа, була офіційно визнана (оголошена) компетентними державними органами територією військових дій, зоною можливого стихійного лиха, надзвичайного стану, територією карантину тощо до приїзду Застрахованої особи в країну тимчасового перебування;
17.3.2. Діагностичних, лікувальних та професійних заходів (включаючи ін'єкції ліків), якщо вони не були пов'язані з лікуванням, що здійснювалося з приводу настання нещасного випадку;
17.3.3. Свідомого перебування в місцях, заздалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини (місця проведення вибухових, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо).
**17.4.** Страхове покриття не включає нещасні випадки, прямо або опосередковано викликані, або які є наслідком, або однією з причин яких стала одна з нижченаведених:
17.4.1. Участь Застрахованої особи у будь-якій діяльності, що несе підвищену небезпеку для життя або здоров'я, в т.ч. заняття полюванням.
**17.5.** Страховик не відшкодовує витрати на пошук і рятування Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку, на лікування, на транспортування до лікарні або до місця проживання Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку.
**17.6.** До страхових випадків не відносяться:
17.6.1. Загострення хронічного захворювання, професійні захворювання; інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших захворювань, що передаються через укуси тварин та комах);
17.6.2. Операційні та післяопераційні травми, що виникли внаслідок оперативного лікування будь-якого захворювання Застрахованої особи, крім наслідків нещасного випадку;
17.6.3. Зникнення Застрахованої особи безвісти;
17.6.4. Розлад здоров'я, інвалідність, смерть Застрахованої особи внаслідок будь-якої хвороби або захворювання, що не є наслідком настання нещасного випадку.

## 18. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

**18.1.** Для одержання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту повернення з подорожі, або у разі смерті Застрахованої особи - протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту настання страхового випадку або з моменту коли стало відомо про настання страхового випадку, надати Страховикові такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування):
18.1.1. Заяву про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) встановленої Страховиком форми;
18.1.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальникові;
18.1.3. Документи, що відповідно до законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (паспорт або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, копію довідки (картки) про присвоєння ідентифікаційного номера або реєстраційний номер облікової картки платника податків);
18.1.4. Виписку з карти амбулаторного або стаціонарного лікування, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу або довідку лікувально-профілактичного закладу із зазначенням місця і часу настання нещасного випадку, дати і часу звернення до медичного закладу, діагнозу і характеру травми, опису події, що призвела до настання нещасного випадку;

18.1.5. Висновок про наявність/відсутність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент настання страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на таке дослідження лікарем або працівниками відповідного компетентного державного органу);
18.1.6. Документ відповідного компетентного державного органу (поліції тощо) про факт та обставини настання нещасного випадку, якщо представника зазначеного компетентного органу було викликано на місце події;
18.1.7. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика.
**18.2.** Крім того, залежно від характеру страхового випадку Страхувальнику /Застрахованій особі/ Вигодонабувачу необхідно надати протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня отримання наступні документи:
18.2.1. В разі встановлення Застрахованій особі інвалідності (в т. ч. змінення групи інвалідності на вищу) – довідка медично-соціальної експертної комісії про встановлення групи первинної інвалідності (для дітей – висновок лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) при стійкому розладі здоров'я);
18.2.2. У разі смерті Застрахованої особи – свідоцтво про смерть; лікарське свідоцтво (фельдшерська довідка) про смерть або довідка лікувального закладу про причину смерті; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; документ, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою.

## 19. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ) З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

**19.1.** У разі настання страхового випадку розмір страхової виплати (виплати страхового відшкодування) визначається таким чином:
19.1.1. У разі травматичного ушкодження або іншого розладу здоров'я передбаченого Таблицею страхових виплат внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору – у розмірі відповідного відсотку, зазначеного у Таблиці страхових виплат, страхової суми, встановленої для такої Застрахованої особи;
19.1.2. У разі встановлення інвалідності (в т. ч. змінення групи інвалідності на вищу) Застрахованій особі внаслідок настання нещасного випадку:
- для I групи інвалідності – 100 % страхової суми;
- для II групи інвалідності або категорії «дитина-інвалід» (для Застрахованих осіб віком до 18 років) – 70 % від страхової суми;
- для III групи інвалідності – 50 % від страхової суми, встановленої для такої Застрахованої особи;
19.1.3. У разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку – 100 % страхової суми, встановленої для такої Застрахованої особи.
**19.2.** Якщо нещасний випадок призвів до розладу здоров'я, в т.ч. встановлення інвалідності, Застрахованій особі та була здійснена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку Застрахованій особі була встановлена інвалідність (в т. ч. змінена група інвалідності на вищу) або настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі, передбаченому пп. 19.1.2 або 19.1.3 цих Умов страхування за вирахуванням раніше здійсненої страхової виплати (виплати страхового відшкодування). При цьому загальний розмір страхових виплат за одним страховим випадком та всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору, не може перевищувати страхову суму, встановлену для окремої Застрахованої особи у Договорі.

# РОЗДІЛ IV. ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

## 20. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

**20.1.** Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з відшкодуванням шкоди, заподіяної Страхувальником (Застрахованою особою) життю, здоров'ю, працездатності або майну третіх осіб під час здійснення ним (нею) подорожі.
**20.2.** Вигодонабувачі – потерпілі треті особи. Під третіми особами Сторони розуміють юридичних або фізичних осіб, які не є Страхувальником, членами його родини, його працівниками, представниками, не пов'язані з ним умовами будь-яких договорів, майну, життю та (або) здоров'ю яких заподіяно шкоду внаслідок Страхувальником (Застрахованою особою) під час здійснення ним (нею) подорожі.

## 21. СТРАХОВІ ВИПАДКИ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

**21.1. Страховим випадком** є факт виникнення відповідальності та зобов'язання Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодувати, відповідно до чинного законодавства, що діє на території, де сталася подія, заподіяну ним внаслідок випадкової події, що відбулася в результаті дій або бездіяльності Страхувальника (Застрахованої особи) в період дії Договору та у місці його дії, шкоду:

21.1.1. Життю, здоров'ю третіх осіб. Під шкодою, заподіяною життю, здоров'ю третіх осіб, розуміють смерть фізичної особи, заподіяння їй тілесних ушкоджень, що призвело до зниження або втрати працездатності (розладу здоров'я) третьої особи;

21.1.2. Майну третіх осіб. Під шкодою, заподіяною майну третіх осіб розуміють знищення або пошкодження майна третіх осіб.

**21.2.** Подія, зазначена в п. 21.1 цих Умов страхування, визнається страховим випадком за умови, якщо:

21.2.1. Вимоги (письмові претензії або судові позови) щодо відшкодовування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю, та (або) шкоди, завданої майну третіх осіб, пред'явлені Страхувальникові (Застрахованій особі) протягом строку дії Договору (дії страхового захисту за Договором);

21.2.2. Пред'явлені третіми особами вимоги щодо відшкодування заподіяної Страхувальником (Застрахованою особою) шкоди заявлені відповідно до та на підставі норм чинного законодавства, що діють на території, де сталася подія;

21.2.3. Обов'язок Страхувальника (Застрахованої особи) щодо відшкодування заподіяної шкоди визнано ним у добровільному порядку за попередньою письмовою згодою Страховика або встановлене рішенням суду, що набрало законної сили.

**21.3.** Виникнення відповідальності Страхувальника внаслідок заподіяння шкоди життю, здоров'ю та (або) майну декількох третіх осіб у результаті однієї події або декількох взаємопов'язаних подій, що виникли послідовно або одночасно, розглядається як один страховий випадок.

**21.4.** Всі вимоги (претензії) про відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та (або) майну третіх осіб, що виникли в результаті настання одного випадку, будуть вважатися заявленими з моменту подання першої із цих вимог (претензії) Страхувальникові до моменту здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

**21.5.** Страховик виплачує страхове відшкодування у розмірі зазнаних третіми особами реальних (прямих) збитків (майнового збитку) та (або) шкоди в межах страхової суми (ліміту зобов'язань).

**21.6.** Реальними (прямими) збитками є втрати, яких третя особа зазнала у зв'язку зі знищенням або пошкодженням речі, або витрати, які третя особа зробила або мусить зробити для відновлення свого порушеного права (реальні збитки).

**21.7.** Реальною (прямою) шкодою є шкода, заподіяна життю та здоров'ю третіх осіб, а саме: витрати, яких третя особа зазнала у зв'язку з тимчасовою або стійкою втратою працездатності (розладом здоров'я), смертю потерпілої третьої особи.

## 22. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

**22.1. До страхових випадків не відносяться:**

22.1.1. Будь-яка вимога, пов'язана з подією, що сталася до початку або після закінчення строку дії Договору (дії страхового захисту за Договором);

22.1.2. Вимоги (претензії), що пред'являються особами, які умисно заподіяли собі шкоду або здійснили навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку, в тому числі внаслідок змови Страхувальника (Застрахованої особи) та третьої особи;

22.1.3. Вимоги (претензії) осіб, які пов'язані зі Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якими родинними зв'язками (особи, які мають ступінь споріднення зі Страховиком (Застрахованою особою)), особи, яка здійснює подорож разом з Застрахованою особою;

22.1.4. Вимоги щодо відшкодування неустойки (штрафів, пені та інших санкцій (цивільних, кримінальних або договірних); упущеної вигоди; моральної шкоди; інших непрямих збитків;

22.1.5. Вимоги, пов'язані з захистом честі і гідності, а також іншими подібними вимогами щодо відшкодування збитку, спричиненого розповсюджуванням відомостей, що не відображають дійсність і спричиняють шкоду репутації фізичних або юридичних осіб, включаючи недостовірну інформацію про якість товарів або послуг;

22.1.6. Вимоги, що пред'являються Страхувальнику (Застрахованій особі) як власнику будь-якого транспортного засобу.

**22.2. До страхових випадків не відносяться і Страховик не виплачує страхове відшкодування, якщо шкода заподіяна:**

22.2.1. Виконанням Застрахованою особою службових обов'язків, наданням будь-якої послуги професійного характеру (зокрема, нотаріальних дій, медичних послуг, аудиторської та (або) юридичної діяльності, проектування, оціночної діяльності тощо); відповідальністю за якість продукції, товарів і послуг та за гарантійним зобов'язанням;

22.2.2. Внаслідок військових дій (незалежно від факту оголошення війни), громадянської війни, заколоту, повстання, введення військового стану, спроб захоплення влади, дій осіб чи органів, що захопили владу шляхом військового перевороту чи іншим нелегітимним шляхом, страйків, локаутів, громадянських заворушень і трудових конфліктів, терористичних актів, диверсій, будь-яких дій осіб, спрямованих на досягнення політичних чи терористичних цілей, а також конфіскації, націоналізації, реквізиції, захоплення, затримання, арешту за розпорядженням будь-якого уряду (цивільного, військового чи такого, що існує de facto), або державної чи місцевої влади;

22.2.3. Внаслідок порушення Страхувальником (Застрахованою особою) правил та норм пожежної безпеки;

22.2.4. Порушення прав інтелектуальної власності: авторських прав, патентів, правил використання товарних знаків, марок, брендів тощо;

22.2.5. Внаслідок необережності Страхувальника (Застрахованої особи). Під необережністю розуміється, що особа:

- передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховувала на те, що вони не настануть (злочинна самовпевненість);
- не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість (злочинна недбалість).

Факт таких дій встановлюється на підставі рішення суду або інших компетентних органів, які здійснювали розслідування за відповідною подією, або за згодою Сторін Договору;

22.2.6. Внаслідок поведінки тварин, що належать Страхувальнику;

22.2.7. Обставинами, про які Страхувальник (Застрахована особа) знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів, щоб запобігти настанню страхового випадку;

22.2.8. Діями або бездіяльністю Страхувальника (Застрахованої особи), здійсненими в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

22.2.9. Експлуатацією або використанням:

- транспортних засобів (включаючи механічні та причепи), що допускаються до руху дорогами загального користування після їх офіційної реєстрації і які мають номерні знаки відповідного зразка;
- пілотованих і непілотованих літальних об'єктів;
- морських або річкових суден та інших плавучих об'єктів;
- будь-якої зброї, засобів полювання;

22.2.10. Зараженням третіх осіб хворобою від Страхувальника (Застрахованої особи), в т.ч. СНІДом, а також вимоги щодо відшкодування майнового збитку, спричиненого захворюванням;

22.2.11. Затримкою виконання зобов'язань за контрактом (договірна відповідальність) і виплатою компенсацій у зв'язку з цим;

22.2.12. Будь-які фінансові збитки, не пов'язані зі шкодою, заподіяною життю, здоров'ю та (або) майну третіх осіб (чиста фінансова втрата);

22.2.13. Пошкодженням, знищенням або псуванням приміщень або інших предметів, які Страхувальник (Застрахована особа) взяв в оренду, прокат, лізинг, заставу, або прийняв на зберігання за Договором або як додаткову послугу;

22.2.14. Використання, продажу, виробництва, доставки, пересилання та (або) володіння Страхувальником (Застрахованою особою) контрабандних товарів або інших товарів, обіг яких контролюється державними органами країни тимчасового перебування Страхувальника (Застрахованої особи).

## 23. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

**23.1.** Для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру зазнаних збитків Страхувальник (Застрахована особа) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту повернення з подорожі надає Страховикові такі документи:

23.1.1. Заяву про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) встановленої

Страховиком форми;
23.1.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальникові;
23.1.3. Документи, що відповідно до законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (паспорт або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховим відшкодуванням, копію довідки (картки) про присвоєння ідентифікаційного номера або реєстраційний номер облікової картки платника податків);
23.1.4. Документи компетентних органів або установ, до яких Страхувальник (Застрахована особа) повинен був звернутися відповідно до чинного законодавства, що діє на території, де сталася подія (довідки, протоколи, акти тощо), що підтверджують факт, обставини та причини настання події, що призвела до заподіяння шкоди;
23.1.5. Документи, що підтверджують розмір шкоди, заподіяної третій особі (акти експертної оцінки (експертизи), чеки, фактури, квитанції тощо), за якими може бути підтверджена вартість знищеного майна, розрахунок вартості робіт, що видається організаціями, які проводять ремонт пошкодженого майна, довідка медичного закладу з приводу амбулаторного або стаціонарного лікування третьої особи, рецепти на придбання ліків, рахунки, квитанції, чеки, що підтверджують оплату наданих медичних послуг, медикаментів та (або) витратних медичних матеріалів, свідоцтво про смерть тощо);
23.1.6. Копії документів з вимогами (претензій, позовів, включаючи всі додатки до них), пред'явлених Страхувальникові (Застрахованій особі) у зв'язку з подією, що сталася;
23.1.7. Документи, що підтверджують факт оплати вимоги, у разі самостійного відшкодування Страхувальником (Застрахованою особою) заподіяної шкоди третім особам за умови письмової згоди на це Страховика;
23.1.8. Копія рішення суду, що набуло законної сили, щодо встановлення вини Страхувальника у заподіянні шкоди третім особам, якщо справа розглядалася у суді. У разі неможливості надання рішення суду протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту повернення з подорожі, Страхувальник (Застрахована особа) повинен протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання рішення суду, що встановлює зобов'язання Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодувати заподіяну шкоду, надати (надіслати) його Страховикові.
23.1.9. Інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазнаного збитку, а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхового відшкодування.

## 24. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ) З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ

**24.1.** Страховик виплачує страхове відшкодування у розмірі прямого (реального) збитку, але не більше страхової суми, передбаченої у Частині 1 Договору, з відрахуванням франшизи, встановленої в Частині 1 Договору, й суми, отриманої від інших страховиків за аналогічними договорами страхування, а також суми, отриманої від третіх осіб, визнаних також винними в настанні страхового випадку, якщо такі суми третя особа отримала до моменту здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування).
**24.2.** Виплата страхового відшкодування здійснюється:
24.2.1. Страхувальникові (Застрахованій особі), якщо він за письмовою згодою Страховика самостійно врегулював вимоги, пред'явлені йому третіми особами, або
24.2.2. Потерпілій третій особі або іншій особі, яка за рішенням суду або відповідно до чинного законодавства, має право на отримання страхового відшкодування (за письмовим погодженням зі Страхувальником).
**24.3.** Розмір шкоди або збитку, заподіяних Страхувальником (Застрахованою особою) потерпілій третій особі, визначається:
24.3.1. У добровільному досудовому задоволенні претензії – за взаємною згодою між Страховиком, Страхувальником (Застрахованою особою) та потерпілою третьою особою виходячи з суми, визначеної відповідно до чинного законодавства, що діє на території, де сталася подія, на підставі документів, що підтверджують факт, обставини, розмір заподіяної шкоди внаслідок настання страхового випадку;
24.3.2. Рішенням суду держави, на території якої сталася подія, виходячи з суми задоволених вимог третьої особи, встановлених до виплати таким рішенням.
**24.4.** Якщо Страховик виплачує страхове відшкодування в результаті настання одного страхового випадку декільком потерпілим третім особам, загальний розмір страхового відшкодування не може перевищувати розмір страхової суми (лімітів зобов'язань), встановленої в Договорі.

**24.5.** Якщо розраховане відповідно до умов Договору страхове відшкодування потерпілим третім особам внаслідок настання однієї події перевищує страхову суму, встановлену у Договорі, розмір страхового відшкодування кожній потерпілій третій особі зменшується пропорційно співвідношенню страхової суми й розрахованої величини страхового відшкодування для всіх потерпілих третіх осіб.

## РОЗДІЛ V. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

### 25. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

**25.1.** Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням багажем, який перевозиться будь-якими видами транспорту.

**25.2.** Багаж – речі, що належать Застрахованій особі, які здаються ним для перевезення під відповідальність транспортної організації та (або) ручна поклажа.

**25.3.** Страховий захист діє лише щодо багажу, який:

25.3.1. Переданий під відповідальність авіаперевізника (зареєстрований багаж);

25.3.2. Перевозиться у літаку як ручна поклажа;

25.3.3. Перевозиться транспортним засобом під час трансферу (перевезення представником туристичної компанії або готелю, пансіонату, будинку відпочинку, тощо) Застрахованої особи з аеропорту до готелю (пансіонату, будинку відпочинку, тощо) та в зворотному напрямку;

25.3.4. Переданий на зберігання в камери схову у готелях, пансіонатах, будинках відпочинку;

25.3.5. Знаходиться у зачинених номерах готелів, пансіонатів, будинків відпочинку;

**25.4.** Вигодонабувачем є власник багажу.

**25.5.** Страховий захист не поширюється на:

25.5.1. Готівку в українській та іноземній валюті, чеки, дисконтні та (або) банківські картки, цінні папери;

25.5.2. Будь-які документи (в т.ч. проїзні документи, паспорти тощо) на паперових та електронних носіях, рукописи, плани, схеми, печатки, фотознімки, слайди;

25.5.3. Твори мистецтва, культові цінності, колекції, антикварні та інші предмети, які мають художню цінність, малюнки, картини, книги, ордени, медалі та будь-які інші раритети;

25.5.4. Ювелірні вироби з дорогоцінних металів, коштовних та напівкоштовних каменів, перлів; дорогоцінні та напівдорогоцінні метали в зливках і коштовні камені без оправ;

25.5.5. Хутряні вироби (з натурального або штучного хутра);

25.5.6. Окуляри, контактні лінзи; будь-які види протезів

25.5.7. Наручні та кишенькові годинники;

25.5.8. Тварин, мікроорганізми, рослини і насіння;

25.5.9. Засоби авто-, мото, повітряні і водні види самохідного транспорту, а також запасні частини до них;

25.5.10. Медикаменти, побутову хімія, парфумерію, косметичні засоби, засоби особистої гігієни, продукти харчування;

25.5.11. Нижню білизну;

25.5.12. Предмети релігійного культу;

25.5.13. Вироби зі скла та кришталю, музичні інструменти, інші крихкі предмети;

25.5.14. Предмети, що можуть заподіяти шкоду транспортному засобу, а також пасажирам і майну, що знаходяться у ньому (зокрема, вибухові, отруйні, вогненебезпечні, їдкі, сморідні, подразнюючі, наркотичні та інші небезпечні речовини), а також зброя;

25.5.15. Технічні носії інформації комп'ютерних та (або) аналогічних систем, зокрема, магнітні стрічки і касети, дискети, магнітні, оптичні диски, блоки пам'яті тощо, бази даних або інформація в іншій формі, програмне забезпечення тощо;

25.5.16. Предмети, перевезення яких заборонено нормативними актами державних органів будь-якої країни, на територію, з території або через територію якої здійснюється перевезення багажу.

25.5.17. Аудіо-, фото-, кіно-, відеоапаратуру, комп'ютерну техніку, електро- та побутова техніка, оптичні пристрої; спортивний інвентар та спорядження (велосипеди, рибальські вудки, комплекти альпіністського спорядження або спорядження для підводного плавання, лижі, тенісні ракетки, дошки для серфінгу, віндсерфінгу, спорядження для гольфу, інше аналогічне спорядження); дитячі або інвалідні коляски, крім випадків коли Страхувальник (Застрахована особа) заявив цінність такого багажу перед перевезенням або оформив митну декларацію.

## 26. СТРАХОВІ ВИПАДКИ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

**26.1.** Страховим випадком є подія, передбачена Договором, яка відбулась в період дії Договору, призвела до пошкодження, знищення або втрати багажу Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії Договору (дії страхового захисту за Договором) та з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування, внаслідок:

26.1.1. Пожежі або вибуху;

26.1.2. Заходів, спрямованих на гасіння пожежі, в тому числі дії диму або нагрівання, або заходів, спрямованих на рятування багажу;

26.1.3. Дорожньо-транспортної пригоди з автомобільним транспортом;

26.1.4. Стихійних явищ (буря, ураган, шторм, вихор, буран, смерч, град, злива, незвичайні для даної місцевості атмосферні опади, мороз, повінь, паводок, вихід підґрунтових вод, торнадо, тайфун, цунамі, селеві потоки, снігові обвали, зсув ґрунту, осідання ґрунту, гірські обвали, схід лавини, каменепад, тиск снігового шару та інші небезпечні стихійні та природні явища);

26.1.5. Падіння літальних апаратів, їх уламків та об'єктів, що випали з них;

26.1.6. Випадковостей або інцидентів під час навантаження, перевантаження, укладання, розвантаження багажу та прийомі транспортним засобом палива;

26.1.7. Протиправних дій третіх осіб, а саме:

а) викрадення багажу шляхом крадіжки зі зламом (проникненням), грабежу, розбою;

б) навмисного пошкодження або знищення багажу третіми особами, включаючи підпал;

26.1.8. Ненавмисних (необережних) дій працівників перевізника під час проведення вантажних операцій з багажем протягом здійснення перевезення.

## 27. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

**27.1.** За Договором не підлягає відшкодуванню збиток, завданий внаслідок:

27.1.1. Корозії, гниття, бродіння, експлуатаційного чи природного зносу, окислювання, знебарвлення або інших природних властивостей окремих предметів і матеріалів або пошкодження застрахованого багажу гризунами, комахами, цвіллю, грибком, іншими мікроорганізмами, тваринами або рослинами;

27.1.2. Невиконання або неналежного виконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх зобов'язань, пов'язаних з перевезенням та зберіганням багажу, в тому числі щодо оплати, умов пакування та своєчасного отримання багажу;

27.1.3. Дрібних поверхневих пошкоджень, подряпин, потертостей, відлущування зовнішнього шару фарби та інших порушень зовнішнього вигляду застрахованого багажу, що не викликають втрату або зниження корисних властивостей майна;

27.1.4. Безпосередньо хвиль тиску, викликаними літаком чи іншими повітряними засобами, що рухаються зі звуковою або надзвуковою швидкістю;

27.1.5. Неналежної (відповідно до норм чинного законодавства) упаковки багажу або відправлення багажу у пошкодженому стані;

27.1.6. Електричних або механічних несправностей аудіо-або відеоапаратури та інших подібних предметів;

27.1.7. Недбалості або необережності Страхувальника (Застрахованої особи);

27.1.8. Зникнення багажу внаслідок події, час та місце настання якої невідомі;

27.1.9. Затримки у доставці багажу;

27.1.10. Військових дій та їх наслідків, масових заворушень, страйків, терористичних актів; конфіскації багажу буду-якою установою або особою;

27.1.11. Видачі багажу пред'явнику багажної квитанції та відривного талону багажної бірки, які були викрадені у Страхувальника (Застрахованої особи) або втрачені ним будь-яким іншим чином;

27.1.12. Навмисних протиправних або необережних дій працівників готелів, пансіонатів, будинків відпочинку тощо, де знаходиться багаж;

**27.2.** До страхових випадків не відносяться та виплата страхового відшкодування не здійснюється у разі:

27.2.1. Пошкодження, псування або знищення багажу, що потребує спеціальних умов зберігання та (або) транспортування, внаслідок недотримання таких умов;

27.2.2. Пошкодження, знищення або втрати багажу, в складі якого перебували вибухонебезпечні, отруйні та (або) їдкі речовини;

27.2.3. Пошкодження або знищення багажу внаслідок дії кислот, фарб, аерозолів, ліків та (або) будь-яких рідин, сипучих матеріалів, продуктів, що перевозяться у такому багажі;

27.2.4. Знищення або пошкодження багажу, викликані будь-яким процесом чищення, фарбування, ремонту або відновлення.

## 28. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

**28.1.** Для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру зазнаних збитків Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту повернення з подорожі надає Страховикові такі документи:

28.1.1. Заяву про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), встановленої Страховиком форми;

28.1.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальникові;

28.1.3. Документи, що відповідно до законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (паспорт або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховим відшкодуванням, копію довідки (картки) про присвоєння ідентифікаційного номера або реєстраційного номеру облікової картки платника податків);

28.1.4. Документи компетентних органів або установ, до яких Страхувальник повинен був звернутися відповідно до чинного законодавства, що діє на території, де сталася подія (довідки, протоколи, акти, рапорти тощо), що підтверджують факт, обставини та причини настання події, що призвела до заподіяння шкоди.

28.1.5. У разі, якщо багаж був переданий під відповідальність перевізника:

28.1.5.1. Проїзний квиток, на підставі якого Застрахована особа знаходилась у транспортному засобі;

28.1.5.2. Багажна квитанція (талон), що підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника;

28.1.5.3. Документи, що підтверджують перевезення багажу із заявленою цінністю, митну декларацію (у разі наявності);

28.1.5.4. Копія заяви перевізнику про втрату, пошкодження або знищення багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви;

28.1.5.5. Документ, який підтверджує втрату, пошкодження або знищення багажу (Акт про пошкодження при перевезенні), складений відповідальною особою перевізника;

28.1.5.6. Копія рішення перевізника про визнання багажу остаточно втраченим (у разі втрати багажу) після проведення процедури пошуку, затвердженої перевізником;

28.1.5.7. Копія рішення претензійної комісії перевізника про відмову у виплаті компенсації при втраті пошкодження або знищення і багажу;

28.1.6. У разі, якщо багаж перевозився транспортним засобом під час трансферу - офіційний документ від туристичної компанії або готелю, пансіонату, будинку відпочинку тощо про факт настання події, що призвела до втрати, пошкодження або знищення багажу під час такого трансферу.

28.1.7. У разі, якщо багаж був переданий на зберігання до камери схову у готелях, пансіонатах, будинках відпочинку тощо:

28.1.7.1. Квитанція або інший документ, який підтверджує факт передачі багажу під відповідальність службових осіб камери схову готелю, пансіонату, будинку відпочинку тощо;

28.1.7.2. Офіційний документ від відповідальних осіб готелю, пансіонату, будинку відпочинку тощо про факт втрати, пошкодження або знищення багажу;

28.1.8. У разі, якщо багаж знаходився у зачинених номерах готелів, пансіонатів, будинків відпочинку тощо:

28.1.8.1. Документ, що підтверджує факт проживання Застрахованої особи у готелі, пансіонаті, будинку відпочинку тощо на законних підставах;

28.1.8.2. Офіційний документ від посадових осіб готелю, пансіонату, будинку відпочинку, про факт втрати, пошкодження або знищення багажу;

28.1.9. Перелік предметів багажу, які втрачено, знищено або частково пошкоджено із зазначенням їх вартості;

28.1.10. Документи, що підтверджують розмір завданого збитку (чеки, рахунки, квитанції тощо, за якими може бути підтверджена вартість втраченого, знищеного або пошкодженого майна);

28.1.11. Інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазнаного збитку, а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхового відшкодування.

**28.2.** Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити перелік документів, передбачених у п.28 цих Умов страхування.

## 29. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ) З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ

**29.1.** Страховик виплачує страхове відшкодування у розмірі прямого (реального) збитку, але не більше страхової суми та лімітів зобов'язань Страховика, передбачених Договором, з відрахуванням франшизи, встановленої в Частині 1 Договору, й суми, отриманої від інших страховиків за аналогічними договорами страхування, а також суми, отриманої від третіх осіб, визнаних також винними в настанні страхового випадку, якщо такі суми Застрахована особа отримала до моменту здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

**29.2.** У разі знищення або втрати багажу розмір збитків визначається у розмірі дійсної вартості майна перед настанням страхового випадку, зокрема вартості придбання майна, подібного за функціональними, зовнішніми та вартісними характеристиками до знищеного майна, з вирахуванням зносу та вартості майна після настання страхового випадку.

Майно вважається знищеним, якщо витрати на відновлення з урахуванням вартості майна після настання страхового випадку дорівнюють або перевищують дійсну вартість майна безпосередньо перед настанням страхового випадку або у разі втрати майном своїх експлуатаційних споживчих якостей, внаслідок чого їхнє відновлення й подальше використання майна за своїм призначенням стає неможливим.

**29.3.** Вартість придбання подібного за функціональними, зовнішніми та вартісними характеристиками майна визначається на підставі висновку (акта) експертизи, з яким згоден Страховик, або за домовленістю між Страховиком та Страхувальником виходячи із середньоринкових цін на таке майно на момент настання страхового випадку з відрахуванням зносу майна на момент перед настанням страхового випадку.

**29.4.** У разі пошкодження багажу розмір збитків визначається у розмірі витрат на відновлення до стану, у якому воно перебувало на момент перед настанням страхового випадку, але не більше від суми, необхідної для придбання майна, подібного до пошкодженого майна за функціональними, зовнішніми та вартісними характеристиками;

**29.5.** Витрати на відновлення включають: вартість придбання матеріалів і запасних частин для ремонту з відрахуванням зносу пошкодженого багажу на момент перед настанням страхового випадку; вартість ремонтних робіт; вартість доставки матеріалів до місця ремонту; інші витрати, необхідні для відновлення майна до того стану, в якому воно знаходилося безпосередньо перед настанням страхового випадку.

**29.6.** Розмір витрат на відновлення визначається за цінами на матеріали, запасні частини, з урахуванням вартості доставки матеріалів, запасних частин до місця проведення робіт та оплати ремонтних робіт на підставі висновку (акта) експертизи або за згодою Страховика – рахунків торговельних підприємств, кошторису на ремонтні роботи, наряду-замовлення та (або) інших документів. До вартості витрат на відновлення не враховуються витрати, пов'язані з поліпшенням майна; витрати на тимчасовий ремонт; додаткові витрати на оплату вартості термінових робіт; додаткові витрати на оплату вартості послуг термінової (прискореної) доставки, у тому числі авіаперевезень деталей, запасних частин, вузлів і матеріалів, необхідних для проведення ремонту; інші витрати, здійснені понад необхідні.

**29.7.** Ліміт зобов'язань Страховика за кожну одиницю майна становить 1 500 (одна тисяча п'ятсот) гривень, крім випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) заявив цінність такого багажу перед перевезенням або оформив митну декларацію.

**29.8.** Якщо на момент настання страхового випадку щодо предмету Договору діяли також інші договори страхування, Страховик виплачує страхове відшкодування в розмірі частини розрахованого страхового відшкодування за страховим випадком, яка визначається як відношення страхової суми, встановленої Договором, до сукупності страхових сум за всіма укладеними договорами страхування, за якими повинні бути здійснені страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за цим страховим випадком.

**29.9.** Якщо після здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством повністю чи частково позбавляє Страхувальника права на отримання страхового відшкодування Застрахована особа зобов'язана повернути Страховику виплачене страхове відшкодування (чи його відповідну частину) протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

**29.10.** При втраті або знищенні окремих предметів, що входять до складу комплекту, набору тощо, сума збитку визначається як різниця між вартістю даного комплекту, набору тощо і вартістю збережених предметів.

**29.11.** Після здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) по страхуванню багажу до Страховика переходить у межах виплаченої суми право вимоги до особи, відповідальної за завдання збитку.

**29.12.** Для реалізації Страховиком права вимоги до винної особи Страхувальник (Застрахована особа), зобов'язані передати Страховикові всі документи та докази, які він має, і виконати дії, необхідні для реалізації Страховиком права вимоги. При цьому, якщо страхове відшкодування вже було виплачене і реалізація права вимоги до винної особи стала неможливою з вини Страхувальника, Страховик має право вимагати від Страхувальника повернення виплаченої суми страхового відшкодування у строк до 10 (десяти) робочих днів від дня одержання Страхувальником (Застрахованою особою), відповідного повідомлення Страховика з цього приводу.

## РОЗДІЛ VI. УМОВИ АКЦЕПТУ ДОГОВОРУ

### 30. ВИКОРИСТАННЯ АНАЛОГУ ВЛАСНОРУЧНОГО ПІДПИСУ ТА ФАКСИМІЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ПЕЧАТКИ ДЛЯ ВЧИНЕННЯ ДОГОВОРУ

**30.1.** Страховик, керуючись нормами статті 207 Цивільного кодексу України та ст.12 Закону України «Про електронну комерцію», пропонує будь-яким юридичним особам та/або дієздатним фізичним особам, що визначаються згідно з умовами преамбули цієї Пропозиції, застосовувати, з метою укладання між такою юридичною особою/фізичною особою та Страховиком угоди, використання аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика, які відтворені засобами копіювання та зразки яких визнаються Сторонами та наведені в цьому пункті, а саме:

_____

(зразок аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика)

**30.2.** У разі акцепту зазначеної Пропозиції юридичною особою/фізичною особою, що визначається згідно з умовами преамбули цієї Пропозиції, Договір укладається з використанням Страховиком аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки:

- вважається таким, що укладений з наміром створити правові наслідки, що обумовлені таким Договором;
- не вчинено з наміром приховання іншого правочину, що вчиняється Сторонами Договору;
- при укладанні Договору Сторони цілком розуміють природу правочину, що вчиняється, права та обов'язки Сторін, що виникають на підставі цього Договору;
- Сторони цілком розуміють всі обставини, що мають істотне значення для укладення Договору;
- не існує будь-яких обставин, що можуть перешкодити Сторонам у вчиненні Договору.

**30.3.** Ця Пропозиція про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки акцептована Страхувальником шляхом підписання ним Договору є угодою про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки в Договорі.

Т.в.о. Голови Правління ПрАТ «СК «ПРОВІДНА» О.О. Ваганова

(Підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика)

Додаток 1
до Публічної пропозиції (Оферти) на укладання електронного договору
добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України

**Опис програм добровільного страхування подорожуючих за межами України та ліміти відповідальності Страховика за опціями**

| **Опції страхування** | | **Основні програми страхування** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **A** | **B** | **C** | **V** | **S** |
| **Стаціонарне лікування** | | так | так | так | так | так |
| **Амбулаторне лікування** | | так | так | так | так | - |
| **Невідкладна допомога** | | так | так | так | так | так |
| Медичне транспортування (медична репатріація / евакуація) | | так | так | так | так | так |
| Репатріація останків | | так | так | так | так | так |
| Позапланове повернення через розлад здоров'я | | так | так | так | так | так |
| Стоматологія (при виникненні гострого зубного болю та усуненні наслідків нещасного випадку) | | так (150 $/€) | так (200 $/€) | так (300 $/€) | - | - |
| Невідкладна допомога при ускладненнях вагітності до 29-го тижня вагітності | | так | так | так | - | - |
| Телефонні переговори | | так (50 $/€) | так (50 $/€) | так (50 $/€) | - | - |
| Повернення додому неповнолітніх дітей, які подорожують разом з Застрахованою особою | | - | так | так | - | - |
| Відвідування членом сім'ї | | - | так (500 $/€) | так (500 $/€) | - | - |
| Позапланове повернення за сімейними обставинами | | - | так (250 $/€) | так (250 $/€) | - | - |
| Проїзд працівника, який заміщує Застраховану особу | | - | так (250 $/€) | так (250 $/€) | - | - |
| Втрата документів | | - | - | так (200 $/€) | - | - |
| Багаж | Відшкодування у випадку затримки багажу | - | - | так (100 $/€) | - | - |
| | Відшкодування у випадку втрати багажу | - | - | так (300 $/€) | - | - |
| Юридична допомога | Витрати на адвоката | - | - | так (1 000 $/€) | - | - |
| Затримка рейсу | | - | - | так (100 $/€) | - | - |

| **Додаткові види страхування** |
|---|
| Добровільне страхування від нещасних випадків |
| Добровільне страхування цивільної відповідальності перед третіми особами |
| Добровільне страхування багажу |

** Вказані в таблиці суми – це ліміти зобов'язань Страховика за певною опцією страхування (доларів США або євро, залежно від валюти, у якій встановлено страхову суму за Договором страхування (далі – доларів США (євро)).*

Т.в.о. Голови Правління ПрАТ «СК «ПРОВІДНА» О.О. Ваганова
(Підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика)

Додаток 2
до Публічної пропозиції (Оферти) на укладання електронного договору
добровільного комплексного страхування подорожуючих за межами України

## ТАБЛИЦЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ
## У РАЗІ НАСТАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ АБО ІНШИХ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

| № | | Визначення ушкодження застрахованої особи (травматичні та інші тілесні ушкодження) | Розмір страхової виплати *(% від страхової суми)* |
|---|---|---|---|
| **НЕРВОВА СИСТЕМА** | | | |
| **1.** | Ушкодження головного мозку: | | |
| | **1.1.** | Струс головного мозку при безперервному лікуванні: | |
| | 1.1.1. | загальною тривалістю від 7 до 14 днів | 1 |
| | 1.1.2. | загальною тривалістю не менше 15 днів | 2 |
| | **1.2.** | забиття головного мозку, у т.ч. із субарахноідальним крововиливом, при безперервному лікуванні: | |
| | 1.2.1. | загальною тривалістю не менше 14 днів амбулаторного лікування разом зі стаціонарним або без нього | 7 |
| | 1.2.2. | загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування разом зі стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів | 10 |
| | 1.2.3. | загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування разом зі стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів, за умови, що субарахноідальний крововилив був підтверджений результатами аналізу ліквору | 15 |
| | **1.3.** | здавленння головного мозку травматичними гематомами: | |
| | 1.3.1. | епідуральною | 10 |
| | 1.3.2. | субдуральною та (або) внутрішньомозковою | 15 |
| | 1.3.3. | епідупальною, субдуральною та (або) внутрішньомозковою | 25 |
| | **1.4.** | Розтрощення речовини головного мозку, встановлене при оперативному лікуванні (у т.ч. без зазначення симптоматики): | |
| | 1.4.1. | локальне, із площею поверхні до 10 см$^2$ однієї частини | 35 |
| | 1.4.2. | велике із площею поверхні більше 10 см$^2$ | 50 |
| **2.** | Периферичні (поза порожниною черепа) ушкодження черепно-мозкових нервів (трійчатого, лицьового, під'язикового) і їхніх розгалужень першого порядку | | 7 |
| **3.** | Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста: | | |
| | 3.1. | струс спинного мозку при безперервному стаціонарному лікуванні строком не менше 7 днів | 2 |
| | 3.2. | або забиття спинного мозку, у т.ч. із субарахноідальним крововиливом загальною тривалістю не менше 28 днів амбулаторного лікування разом зі стаціонарним, тривалість якого склала не менше 14 днів | 10 |
| | 3.3. | або здавлення, гематомієлія, поліомієліт | 15 |
| | 3.4. | або частковий розрив | 25 |
| | 3.5. | або повний розрив | 50 |
| **4.** | Ушкодження (здавлення, перерив, поранення) шийних, плечових, поперекових, крижового сплетень й їхніх нервів, травматичний плексит, неврит: | | |
| | **4.1.** | часткове ушкодження стовбура променевого, ліктьового, серединного, великогомілкового й малогомілкового нервів (їхніх гілок першого порядку) на рівні зап’ястя й стопи, повний перерив інших гілок цих нервів (у тому числі, на рівні пальців): | |
| | 4.1.1. | одного(-єї)–трьох | 5 |
| | 4.1.2. | кожного наступного(-ої) нерва (гілки) додатково | 1 |
| | **4.2.** | часткове ушкодження стовбурів променевого, ліктьового, серединного, пахового, великогомілкового, малогомілкового, стегнових, сідничного нервів на рівні вище зап’ястя й стопи, включаючи ушкодження, перераховані в підпункті а, травматичні неврити (нейропатії) цих нервів, не пов'язані з їхнім переривом: | |
| | 4.2.1. | одного | 5 |
| | 4.2.2. | кожного наступного додатково | 2 |
| | **4.3.** | перерив одного нерва: променевого, ліктьовому або серединного на рівні променевозап’ястного суглоба й передпліччя, малогомілкового, великогомілкового нерва (незалежно від рівня), травматичний плексит, не пов'язаний з переривом нервів | 7 |
| | 4.3.1. | перерив кожного наступного нерва додатково | 3 |
| | **4.4.** | перерив одного нерва: пахвового, променевого, ліктьового або серединного на рівні ліктьового суглоба й плеча, сідничного, стегнового нерва (на будь-якому рівні) | 10 |
| | 4.4.1. | перерив кожного наступного додатково | 5 |
| | **4.5.** | частковий розрив одного сплетення розмір страхової виплати визначається шляхом множення відсотку для випадку перериву відповідної локалізації на поправочний коефіцієнт 0,5 | |
| | **4.6.** | або повний перерив (розрив) одного сплетення | 35 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Примітка: до пунктів 1-4: при оперативних втручаннях з приводу ушкодження нервів, сплетень, головного й спинного мозку, включаючи їхні оболонки, див. пункт 53 (з урахуванням локалізації ушкодження).* | | | |
| **5.** | Травматичний неврит лицьового нерва | | 5 |
| **6.** | Ушкодження одного ока (однократно з приводу однієї травми й тільки за одним з підпунктів, у якому зазначене найбільш важке ушкодження), що не призвело до зниження гостроти зору: | | |
| | **6.1.** | Непроникаюче поранення очного яблука, контузія очного яблука без розриву оболонок, гіфема (крововилив у передню камеру) та (або) гемофтальм (крововилив у склоподібне тіло), опіки II ступеня (тільки при зазначенні ступеня), непроникаюче (поверхневе) поранення кон'юнктиви, роговиці (травматична ерозія), склери, наскрізне поранення повіки, у т. ч. зазначені вище ушкодження, що супроводжуються травматичним кон'юнктивітом, кератитом | 3 |
| | **6.2.** | проникаюче (у порожнину очного яблука) поранення очного яблука та (або) ушкодження сльозопровідних шляхів, контузія очного яблука з розривом оболонок, опіки II-III ступеня (тільки якщо ступінь зазначений) | 10 |
| *Примітки до пункту 6*<br>*1. Опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не дають підстав для здійснення страхової виплати.*<br>*2. Якщо в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, раніше виплачена сума за розділом 6 утримується.*<br>*3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для здійснення страхової виплати.* | | | |
| **7.** | Ушкодження ока, що призвело до зниження гостроти зору: | | |
| | **7.1.** | до 50 % | 10 |
| | **7.2.** | на 50 % і більше | 30 |
| **8.** | Ушкодження ока, що призвело до повної втрати зору на це око | | 50 |
| *Примітки до пункту 8*<br>*1. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження.*<br>*2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижчою ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнює 1,0.*<br>*3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0.*<br>*4. Якщо у зв'язку з після травматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталик або застосована коригувальна лінза, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.* | | | |
| **9.** | Пульсуючий екзофтальм одного ока | | 20 |
| **10.** | Перелом орбіти | | 10 |
| **11.** | Ушкодження м'язів одного очного яблука (у тому числі, м'язів повік), що викликало травматичну косоокість та (або) диплопію (двоїння об'єктів), птоз після закінчення трьох місяців після травми | | 10 |
| **12.** | Наслідки травми одного ока, підтверджені окулістом (офтальмологом): | | |
| | **12.1.** | після закінчення одного місяця після травми:<br>іридоциклiт та (або) хоріоретиніт, порушення функції сльозопровідних шляхів, симпатичне запалення здорового ока | 5 |
| | **12.2.** | після закінчення трьох місяців після травми:<br>дефект райдужної оболонки та (або) зміна форми зіниці, зсув кришталика (за винятком протезованого), трихіаз (неправильний ріст вій), рубцева деформація повік, що заважає закриттю очної щілини, не видалені сторонні предмети, що проникли в очне яблуко й тканини очниці (крім тих, що лежать на поверхні), атрофія (субатрофія) ушкодженого не видаленого очного яблука (при видаленні застосовується пункт 14) | 10 |
| **13.** | Ушкодження очей (або єдиного ока ), що призвело до повної втрати зору, за умови, що до травми гострота зору була не нижче 0,1 (при гостроті зору до травми нижче 0,1 не застосовується) | | 100 |
| **14.** | Видалення внаслідок травми очного яблука незалежно від стану зору до травми (за умови, що не застосовувався пункт 12б у зв'язку з атрофією (субатрофією)) | | |
| | **14.1.** | Одного ока | 25 |
| | **14.2.** | Обох очей | 50 |
| **ОРГАНИ СЛУХУ** | | | |
| **15.** | Ушкодження вушної раковини, що призвели до: | | |
| | **15.1.** | відсутності до 1/3 частини вушної раковини | 3 |
| | **15.2.** | відсутності 1/3 – 1/2 частини вушної раковини | 7 |
| | **15.3.** | відсутності більш ніж 1/2 частини вушної раковини | 10 |
| | **15.4.** | Перелому хряща | 2 |
| **16.** | Розрив барабанної перетинки, що стався внаслідок травми й не призвів до зниження слуху. | | 2 |
| *Примітка до пункту 16*<br>*1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, розмір страхової виплати встановлюється за пунктом 17, пункт 16 при цьому не застосовується.*<br>*2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), пункт 16 не застосовується.* | | | |
| **17.** | Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху: | | |
| | **17.1.** | несприймання шепотіння на відстані до 1 метру | 10 |
| | **17.2.** | повна глухота – несприймання розмови | 25 |
| **18.** | Повна втрата слуху на обидва вуха | | 100 |
| *Примітка до пункту 18. Рішення про страхову виплату приймається після закінчення лікування, але не раніше трьох місяців від дня* | | | |

*одержання травми. Після закінчення цього строку застрахований направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **ДИХАЛЬНА СИСТЕМА** | | |
| **19.** | Ушкодження грудної клітини (підшкірна емфізема, пневмоторакс, гемоторакс, травматичний плеврит), сторонній предмет у грудній порожнині: | | |
| | **19.1.** | з одного боку | 5 |
| | **19.2.** | з двох боків | 10 |
| **20.** | Ушкодження легень, що призвело до: | | |
| | **20.1.** | видалення частини легені (лобктомії, резекції), якщо це не викликане захворюванням, не пов'язаним із травмою (включаючи операцію) | 30 |
| | **20.2.** | видалення однієї легені (пульмонектомії), у т.ч. із частиною іншої, якщо це не викликане захворюванням, не пов'язаним із травмою (включаючи операцію) | 50 |
| **21.** | Ушкодження (поранення, розрив, опік) бронхів, гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язичної кістки, опік верхніх дихальних шляхів: | | |
| | **21.1.** | що не призвело до порушення функції – при безперервному лікуванні не менше 7 днів | 5 |
| | **21.2.** | що призвело до осиплого голосу або втрати голосу, наявності трахеостоми протягом не менше від трьох до шести місяців після травми | 10 |
| | **21.3.** | що призвело до втрати голосу, наявності трахеостоми протягом не менше більше шести місяців після травми | 20 |
| | **СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА** | | |
| **22.** | Ушкодження серця, його оболонок і великих магістральних судин (аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів), | | 25 |
| **23.** | Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності: | | |
| | **23.1.** | 1 ступеня | 10 |
| | **23.2.** | 2–3 ступеня | 25 |
| *Примітка до пункту 23. Якщо в довідці лікувального закладу не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється відповідно до умов пункту 22.* | | | |
| **24.** | Пошкодження великих периферичних судин, що не призвело до порушення кровообігу, на рівні: | | |
| | **24.1.** | плеча, стегна | 10 |
| | **24.2.** | передпліччя, гомілки | 5 |
| **25.** | Ушкодження великих периферичних судин, що призвело до судинної недостатності, порушення кровообігу (що має місце після закінчення трьох місяців від дня травми) | | 10 |
| *Примітки до пункту 25.*<br>*1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, воротну вену, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів.*<br>*До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, плечеголовні, підключичні, підпахвові, стегнові й підколінні вени.*<br>*2. Порушення функції серцево-судинної системи слід підтвердити висновком спеціаліста.*<br>*3. Страхова виплата за пунктами 23 і 25 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих пунктах ускладнення травми будуть встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченні трьох місяців після отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється відповідно до умов пунктів 22 і 24.*<br>*4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 10 % страхової суми.* | | | |
| | **ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ** | | |
| **26.** | Втрата щелепи: | | |
| | **26.1.** | втрата частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка), включаючи втрачені із цією частиною зуби | 25 |
| | **26.2.** | втрата щелепи (разом із зубами) | 50 |
| *Примітка до пункту 26. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними пунктами шляхом підсумовування.* | | | |
| **27.** | Втрата язика: | | |
| | **27.1.** | відсутність кінчика язика | 5 |
| | **27.2.** | або відсутність до 1/3 частини язика | 15 |
| | **27.3.** | або відсутність від 1/3 до 2/3 частини язика | 25 |
| | **27.4.** | або відсутність від 2/3 частини язика до повної його відсутності | 50 |
| **28.** | Ушкодження не уражених захворюваннями (пародонтозом, періодонтитом, карієсом тощо) зубів: | | |
| | **28.1.** | перелом постійного зуба (зубів) (коронки, шийки, кореня), вивих, переломовивих постійного зуба, включаючи супутній перелом альвеолярного відростка | 1 |
| | 28.1.1. | максимум при множинних | 10 |
| | **28.2.** | втрата кожного постійного зуба, у тому числі, опорного для протезу, включаючи супутній перелом альвеолярного відростка (максимальний розмір страхової виплати при травмі одного зуба) | 3 |
| | 28.2.1. | втрата 2-3 зубів | 5 |
| | 28.2.2. | втрата 4-6 зубів | 10 |
| | 28.2.3. | втрата 7-9 зубів | 15 |
| | 28.2.4. | втрата 10 і більше зубів | 20 |
| | 28.2.5. | максимум при множинній втраті (втрата всіх зубів) | 30 |
| *Примітка до пункту 28. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата сплачується на загальних* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *умовах.* | | | |
| **29.** | Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунка, кишечнику, підшлункової залози, що не призвело до порушення їх функцій | | 5 |
| **30.** | Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунка, кишечнику, що призвело до порушення їх функцій (що має місце після закінчення шести місяців від дня травми | | |
| | **30.1.** | непрохідність стравоходу | 45 |
| | **30.2.** | звуження стравоходу | |
| | 30.2.1. | 1-го ступеня | 20 |
| | 30.2.2. | 2-го ступеня | 25 |
| | 30.2.3. | 3-го ступеня | 35 |
| *Примітка до пункту 30. Відсоток страхової виплати за умовами пункту 30 визначається не раніше ніж через 6 місяців від дня травми. До закінчення цього періоду страхова виплата попередньо здійснюється за пунктом 29 і цей відсоток визначається, коли приймається остаточне рішення.* | | | |
| **31.** | Ушкодження печінки внаслідок травми: | | |
| | **31.1.** | підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання | 5 |
| | **31.2.** | печінкова недостатність | 25 |
| **32.** | Пошкодження печінки, жовчного міхура, внаслідок травми що потребувало: | | |
| | **32.1.** | ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура | 15 |
| | **32.2.** | ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура | 20 |
| | **32.3.** | видалення частини печінки | 25 |
| | **32.4.** | видалення частини печінки та жовчного міхура | 35 |
| **33.** | Пошкодження селезінки, що призвело до: | | |
| | **33.1.** | підкапсульного розриву селезінки, який не потребував оперативного втручання | 5 |
| | **33.2.** | видалення селезінки | 30 |
| **34.** | Пошкодження шлунку, підшлункової залози, кишечнику, що призвело до (що має місце після закінчення шести місяців від дня травми) | | |
| | **34.1.** | часткової резекції шлунка, кишечнику, підшлункової залози | 25 |
| | **34.2.** | видалення шлунка | 45 |
| | **34.3.** | Рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишківника, задньопрохідного отвору | 5 |
| | **34.4.** | кишкового, кишково-піхвового або свища підшлункової залози | 35 |
| | **34.5.** | спайкової хвороби, з приводу якої проводилося оперативне втручання | 20 |
| | **34.6.** | колостоми | 45 |
| *<u>Примітки до пункту 34.</u>*<br>*1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах в, г, д, страхова виплата проводиться по закінченні 6 місяців після травми. Зазначені ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, коли вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова сума виплачується за пунктом 29 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.*<br>*2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному підпункті, страхова сума виплачується одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних підпунктах, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.* | | | |
| **СЕЧОСТАТЕВА СИСТЕМА** | | | |
| **35.** | Пошкодження нирки, що призвело до: | | |
| | **35.1.** | забиття нирки, підкапсульного розриву нирки (що підтверджено лабораторними та/або інструментальними дослідженнями), що не потребували оперативного втручання | 5 |
| | **35.2.** | видалення частини нирки | 30 |
| | **35.3.** | видалення нирки | 50 |
| **36.** | Пошкодження органів сечостатевої системи (нирки, сечоводу, сечового міхура, сечівника), що призвело до: | | |
| | **36.1.** | гострої ниркової недостатності | 5 |
| | **36.2.** | Поранення, розрив, опік органів сечостатевої системи (нирки, сечоводу, сечового міхура, сечівника): | 5 |
| | **36.3.** | синдрому тривалого роздавлювання (краш-синдром) | 25 |
| | **36.3.** | травматичне перекручення гідатіди яєчка, включаючи операцію з цього приводу | 5 |
| | **36.4.** | непрохідності сечоводу, сечівника, сечостатевих свищів (що має місце після закінчення трьох місяців від дня травми) | 35 |
| **37.** | Пошкодження статевої системи, що призвело до: | | |
| | **37.1.** | видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка | 15 |
| | **37.2.** | видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, видалення єдиного яєчника, єдиної маткової труби, єдиного яєчка, видалення статевого члена або його частини | 30 |
| | 37.2.1. | видалення статевого члена (в тому числі разом з яєчками) у чоловіків віком до 60 років | 50 |
| | 37.2.2. | видалення статевого члена (в тому числі разом з яєчками) у чоловіків віком від 60 років і старше | 20 |
| | **37.3.** | втрати матки: | |
| | 37.3.1. | жінка у віці до 40 років | 50 |
| | 37.3.2. | жінка у віці від 40 до 50 років | 30 |
| | 37.3.3. | жінка у віці понад 50 років | 15 |
| **38.** | Ушкодження органів сечостатевої системи: | | |
| | **38.1.** | (поранення, розрив, опік) сечівника та (або) сечового міхура, сечоводів; травматичне перекручення гідатіди яєчка, включаючи операцію з цього приводу | 5 |
| | **38.2.** | зґвалтування особи у віці: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 38.2.1. | до 15 років | 50 |
| | 38.2.2. | з 15 до 18 років | 30 |
| | 38.2.3. | 18 років і старше | 15 |
| **М'ЯКІ ТКАНИНИ** | | | |
| **39.** | Ушкодження (поранення, розрив, гематоми) м'яких тканин при безперервному лікуванні більше 5 днів: | | |
| | **39.1.** | Без накладання швів | |
| | 39.1.1. | за кожний день безперервного лікування протягом до 15 днів | 0,1 |
| | 39.1.2. | при безперервному лікуванні протягом 16 днів і більше | 2 |
| | **39.2.** | З накладанням швів | |
| | 39.2.1. | за кожний день безперервного лікування протягом до 15 днів | 0,15 |
| | 39.2.2. | при безперервному лікуванні протягом 16 днів і більше | 3 |
| *Примітка до пункту 39.До поранень і розривів не відносяться поверхневі ушкодження шкіряних покривів (ушкодження зовнішніх шарів шкіри) – садна, подряпини тощо.* | | | |
| **40.** | Ушкодження м'яких тканин що призвело до утворення рубців (що має місце після закінчення шести місяців від дня травми): | | |
| | **40.1.** | ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, органів статевої системи, кінцівок що викликало через шість місяців після травми (за висновком фахівця): | |
| | 40.1.1. | утворення рубців площею до 3 см$^2$ (довжиною до 3 см) | 3 |
| | 40.1.2. | утворення рубців площею 4-5 см$^2$ (довжиною 4-5 см) | 5 |
| | 40.1.3. | утворення рубців площею 6-10 см$^2$ (довжиною 6-10 см) | 7 |
| | 40.1.4. | утворення рубців площею більше 10 см$^2$ (довжиною більше 10 см) | 10 |
| | **40.2.** | ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин (крім ушкоджень вушних раковин, перерахованих у пункті 15), що викликало через шість місяців після травми (за висновком фахівця) різке порушення косметики (критерії при неможливості одержати висновок фахівця: | |
| | 40.2.1. | рубці площею більше 5 см$^2$ (довжиною більше від 5 до 10 см), що різко відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, що піднімаються над її поверхнею та (або) що стягують м'які тканини) | 10 |
| | 40.2.2. | рубці площею більше 10 см$^2$ (довжиною більше 10 см), що різко відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, що піднімаються над її поверхнею та (або) що стягують м'які тканини) | 20 |
| | 40.2.3. | рубці, що різко спотворюють природний вигляд – риси обличчя застрахованої особи | 35 |
| *Примітки до пункту 40. Страховик не несе відповідальності за договором страхування і не проводить страхові виплати, якщо ушкодження м'яких тканин (утворення рубців) сталося внаслідок хірургічного втручання, медичних маніпуляцій, навмисного завдання собі тілесних ушкоджень (татуювання, видалення татуювань, пірсінг, навмисне створення рубців або інше).* | | | |
| **ОПОРНО-РУХОВИЙ АПАРАТ** | | | |
| **41.** | Первинні розриви м'язів, сухожиль, менісків, зв'язок, зчленувань, капсул суглобів: | | |
| | **41.1.** | частковий розрив: | |
| | 41.1.1. | частковий розрив одного м'яза, одного сухожилля (за винятком ахіллова), зв'язки, зчленування, капсули суглоба | 4 |
| | 41.1.2. | частковий розрив двох і більше м'язів, двох і більше сухожиль на одному рівні, (за винятком ахіллова) зв'язки, зчленування, капсули суглоба | 7 |
| | **41.2** | Повний розрив: | |
| | 41.2.1. | повний розрив одного м'яза (за винятком того, що фіксує лопатку), одного сухожилля, частковий розрив ахіллова сухожилля, розрив одного меніска (без поєднання з розривом зв'язок) | 5 |
| | 41.2.2. | повний розрив двох і більше м'язів (за винятком того, що фіксує лопатку), двох і більше сухожиль, розрив обох менісків (без поєднання з розривом зв'язок) | 8 |
| | 41.2.3. | Частковий розрив: розмір страхової виплати визначається шляхом множення відсотку для випадку розриву відповідної локалізації на поправочний коефіцієнт 0,5 | |
| | **41.3.** | повний розрив ахіллового сухожилля, розрив м'яза (м'язів), що фіксує лопатку („криловидна лопатка") | 10 |
| **42.** | Первинні розриви зв'язок (повні або часткові), гемартрози: | | |
| | **42.1.** | міжфалангових, п'ястно-фалангових, плесне-фалангових й інших суглобів зап'ястя й стопи, гомілковостопного, плечового, ліктьового, променевозап'ястного | 5 |
| | **42.2.** | гемартроз (підтверджений результатами пункції суглобу) одного суглоба (за відсутності конкретної вказівки на внутрішнє ушкодження) – гомілковостопного, колінного, стегнового, променевозап'ястного, ліктьового, плечового, підтвердженими результатами його пункції | 3 |
| **43.** | Вивихи, за винятком повторних*, у суглобах:<br>* - *Повторні підвивихи в одних і тих самих суглобах (однієї локалізації) не дають підстав для здійснення страхової виплати* | | |
| | **43.1.** | **окремих кісток черепа** | |
| | 43.1.1. | первинний травматичний вивих нижньої щелепи | 5 |
| | **43.2.** | **хребта – первинні травматичні:** | |
| | 43.2.1. | вивих хребців, за винятком куприкових | 10 |
| | 43.2.2. | вивихи хребців шийних грудних, поперекових: | |
| | 43.2.2.1. | одного | 7 |
| | 43.2.2.2. | двох-трьох | 10 |
| | 43.2.2.3. | чотирьох – шести | 15 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 43.2.2.4. | семи і більше | 20 |
| | 43.2.3. | вивихи крижових, куприкових хребців | 5 |
| | **43.3.** | **верхньої кінцівки – первинні травматичні:** | |
| | 43.3.1. | вивих(-и) фаланги (фаланг) одного пальця в міжфаланговому та (або) п’ястнофаланговому суглобах | 3 |
| | 43.3.2. | вивихи фаланг двох пальців на одній кінцівці в міжфалангових та (або) п’ястнофалангових суглобах | 4 |
| | 43.3.3. | вивихи фаланг трьох і більше пальців на одному зап’ясті в міжфалангових та (або) п’ястнофалангових суглобах | 5 |
| | 43.3.4. | вивих однієї п'ясткової кістки в п’ястно-зап’ястному суглобі або однієї кістки зап'ястя | 5 |
| | 43.3.5. | вивихи двох п'ясткових кісток у п’ястно-зап’ястних суглобах та (або) двох кісток зап'ястя | 6 |
| | 43.3.6. | вивихи трьох-чотирьох п'ясткових кісток у п’ястно-зап’ястних суглобах та (або) трьох-чотирьох кісток зап'ястя | 7 |
| | 43.3.7. | вивихи всіх п'ясткових кісток та (або) п'яти й більше кісток одного зап'ястя | 10 |
| | 43.3.8. | вивих кисті в променевозап’ястном суглобі, перилунарний вивих кисті | 7 |
| | 43.3.9. | вивих однієї з кісток передпліччя (ліктьової, променевої з розривом зчленування між ними) | 5 |
| | 43.3.10. | вивих обох кісток передпліччя в ліктьовому суглобі | 10 |
| | 43.3.11. | вивих плеча | 5 |
| | 43.3.12. | Вивих лопатки, ключиці | 5 |
| | **43.4.** | **Таза** | |
| | 43.4.1. | розрив куприково-підвіддихового, лонного зчленування | 15 |
| | 43.4.2. | розрив двох і більше зчленувань | 20 |
| | **43.5.** | **нижньої кінцівки – первинні травматичні:** | |
| | 43.5.1. | вивих(-и) фаланги (фаланг) одного пальця в міжфаланговому або плеснефаланговому суглобі | 3 |
| | 43.5.2. | вивихи фаланг двох пальців на одній кінцівці в міжфалангових або плеснефалангових суглобах | 4 |
| | 43.5.3. | вивихи фаланг трьох і більше пальців однієї кінцівці в міжфалангових плеснефалангових суглобах | 5 |
| | 43.5.4. | вивих однієї плесневої кістки або кістки передплесна | 4 |
| | 43.5.5. | вивихи двох плесневих кісток або двох кісток передплесна | 5 |
| | 43.5.6. | вивихи трьох–чотирьох і більше плесневих кісток або трьох і більше кісток передплесна | 6 |
| | 43.5.7. | вивих у поперечному суглобі ступні (суглобі Шопара) | 10 |
| | 43.5.8. | вивих у передплесно-плесневому суглобі ступні (суглобі Лісфранка) | 10 |
| | 43.5.9. | підтаранний вивих ступні | 10 |
| | 43.5.10 | вивих стопи в гомілковостопному суглобі | 7 |
| | 43.5.11. | вивих гомілки в колінному суглобі (у сполученні з розривом всіх зв'язок) | 15 |
| | 43.5.12. | вивих стегна в стегновому суглобі | 10 |
| | 43.5.13. | Вивих наколінка | 3 |
| | 43.5.14. | Підвивих: розмір страхової виплати визначається шляхом множення відсотку для випадку вивиху відповідної локалізації на поправочний коефіцієнт 0,5 | |
| **44.** | Переломи (епіфізеолізи) кісток, відриви кісткових фрагментів: | | |
| | **44.1.** | **кістки черепа:** | |
| | 44.1.1. | відриви кісткових фрагментів, крайові переломи | 4 |
| | 44.1.2. | носа перелом кісток (у т.ч. з вивихом та (або) переломом хряща) | 5 |
| | 44.1.3. | перелом передньої стінки чолової чи верхньощелепної порожнини, гратчастої кістки | 5 |
| | 44.1.4 | черепа | |
| | 44.1.4.1 | перелом кісток склепіння черепа | 15 |
| | 44.1.4.2 | перелом кісток основи черепа | 20 |
| | 44.1.4.3 | перелом кісток склепіння і основи черепа | 25 |
| | 44.1.5. | Перелом орбіти | 5 |
| | 44.1.6. | Перелом щелепи (верхньої щелепи, вилиці, або нижньої щелепи, вивих щелепи): | |
| | 44.1.6.1 | перелом однієї кістки, вивих щелепи одноразово | 5 |
| | 44.1.6.2 | перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки | 15 |
| | 44.1.6.3 | якщо у зв'язку з травмою проводилося оперативне втручання одноразово додатково виплачується | 5 |
| | *Примітки до пункту 44.1.*<br>*1. При вивисі нижньої щелепи страхова виплата здійснюється, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної в період страхування. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не* ***здійснюється****.*<br>*2. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних умовах.*<br>*3. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснюється страхової виплати.*<br>*4. Якщо у зв’язку з травмою щелеп, виличних кісток проводилося оперативне втручання, додатково виплачується 5 % страхової суми одноразово.* | | |
| | **44.2.** | **хребта** | |
| | 44.2.1. | – шийних (C), грудних (D, T), поперекових(L) тіл хребців переломи, включаючи суглобні відростки, дужки: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 44.2.1.1 | одного (максимум) | 10 |
| | 44.2.1.2 | двох–трьох (максимум) | 20 |
| | 44.2.1.3 | чотирьох–шести (максимум) | 30 |
| | 44.2.1.4 | семи й більше (максимум) | 40 |
| | 44.2.1.5 | зуба II шийного хребця перелом | 10 |
| | 44.2.1.6 | поперечних, остистих відростків хребців переломи: | |
| | 44.2.2. | одного–двох поперечних, одного остистого | 5 |
| | 44.2.2.1 | трьох–чотирьох поперечних, двох–трьох остистих | 7 |
| | 44.2.2.2 | п'яти й більше поперечних, чотирьох і більше остистих | 10 |
| | 44.2.2.3 | крижових, куприкових тіл хребців переломи (максимум) | 10 |
| | **44.3.** | **Грудної клітини:** | |
| | 44.3.1. | відриви кісткових фрагментів, крайові переломи | 4 |
| | 44.3.2. | Перелом ребер: | |
| | 44.3.2.1 | одного (максимум) | 5 |
| | 44.3.2.2 | двох–трьох (максимум) | 7 |
| | 44.3.2.3 | чотирьох–шести (максимум) | 10 |
| | 44.3.2.4 | семи–дев'яти (максимум) | 15 |
| | 44.3.2.5 | десяти й більше (максимум) | 20 |
| | 44.3.2.6 | грудини та (або) її складових | 6 |
| | **44.4.** | **Лопатка, ключиця** | |
| | 44.4.1. | відриви кісткових фрагментів, крайові переломи | 4 |
| | 44.4.2. | Перелом (переломи): | |
| | 44.4.2.1 | Лопатки та (або) її складових | 6 |
| | 44.4.2.2 | ключиці | 6 |
| | **44.5.** | **Верхня кінцівка** | |
| | 44.5.1. | відриви кісткових фрагментів, крайові переломи, | 4 |
| | 44.5.2. | пальця або пальців кисті (максимум): | |
| | 44.5.2.1 | фаланги одного пальця | 3 |
| | 44.5.2.2 | фаланг (двох або трьох) одного пальця | 6 |
| | 44.5.2.3 | фаланг двох пальців кисті | 5 |
| | 44.5.2.4 | фаланг трьох пальців | 7 |
| | 44.5.2.5 | фаланг чотирьох-п'яти і більше пальців | 10 |
| | 44.5.3. | Перелом однієї п'ясткової кістки або костей (максимум)- однієї кістки зап’ястя (крім човноподібної) | 5 |
| | 44.5.3.1 | двох | 7 |
| | 44.5.3.2 | трьох і більше | 10 |
| | 44.5.3.3 | чотирьох-п'яти | 15 |
| | 44.5.4. | зап'ястя кістки або костей – багатокутної, трапецивидної, головчатої, крючковидної, тригранної, горохоподібної (максимум): | |
| | 44.5.4.1 | однієї | 5 |
| | 44.5.4.2 | двох | 7 |
| | 44.5.4.3 | трьох | 10 |
| | 44.5.4.4 | чотирьох і більше | 15 |
| | 44.5.5. | зап'ястя лад’євидної кістки (максимум) | 7 |
| | 44.5.6. | зап'ястя напівмісячної кістки (максимум) | 6 |
| | 44.5.7. | зап'ястя напівмісячної й лад’євидної кістки | 10 |
| | 44.5.8. | променевої кістки діафіза, шейки, голівки (максимум): | |
| | 44.5.8.1 | шилоподібного виростка | 5 |
| | 44.5.8.2 | перелом човноподібної кістки | 7 |
| | 44.5.9. | „у типовому місці”, дистального метафіза (епіметафіза, епіфіза), шиловидного відростка | 5 |
| | 44.5.10. | ліктьової кістки (максимум) | 5 |
| | 44.5.11. | ліктьового відростка | 5 |
| | 44.5.12. | вінцевого відростка | 5 |
| | 44.5.13. | шиловидного відростка, дистального метафіза (епіметафіза, епіфіза) | 5 |
| | 44.5.14. | променевої й ліктьової кісток діафіза (максимум) | 10 |
| | 44.5.15. | променевої й ліктьової кісток шиловидних відростків | 7 |
| | 44.5.16. | променевої кістки “у типовому місці” і шиловидного відростка ліктьовий | 8 |
| | 44.5.17. | плеча – плечової кістки діафіза (максимум), голівки, шийки, міжкондилевий, черезепікондилевий) | 15 |
| | 44.5.18. | епікондила (надмищелка) плечової кістки | 5 |
| | 44.5.19. | епікондилів (надмищелків) плечової кістки | 6 |
| | 44.5.20. | кондила (мищелка) (одного) плечової кістки, включаючи блок або головчате піднесенн | 7 |
| | 44.5.21. | кондилів (мищелків), включаючи блок і головчатое піднесення, міжкондилевий (V- або Т-подібний), епікондиловий (надмищелковий), черезепікондиловий (черезмищелковий) | 10 |
| | 44.5.22. | горбка („бугра”) плечової кістки ізольований | 5 |
| | 44.5.23. | голівки, шийки, у т.ч. з відривом великого горбка | 15 |
| | **44.6.** | **Кісток таза:** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 44.6.1. | відриви кісткових фрагментів, крайові переломи (у т.ч. краю вертлужної западини, відрив передневерхней, передненижней ості крила подвздошної кістки) | 4 |
| | 44.6.2. | перелом (переломи): | |
| | 44.6.2.1 | підвіддихової кістки (максимум) | 7 |
| | 44.6.2.2 | лонной кістки (максимум) | 7 |
| | 44.6.2.3 | сідничної кістки (максимум) | 7 |
| | 44.6.2.4 | Однієї кістки | 5 |
| | 44.6.2.5 | двох кісток з однієї сторони (максимум) | 10 |
| | 44.6.2.6 | – трьох і більше кісток, вертлюжної западини з однієї сторони (максимум) | 15 |
| | 44.6.2.7 | – трьох кісток, вертлужної западини з однієї сторони із центральним або периферичним вивихом стегна | 25 |
| | **44.7.** | **Нижня кінцівка** | |
| | 44.7.1. | відриви кісткових фрагментів, крайові переломи (за винятком переломів краю великогомілкової кістки) | 4 |
| | 44.7.2. | перелом (переломи) пальця або пальців стопи (максимум): | |
| | 44.7.2.1 | фаланги одного пальця (максимум) | 2 |
| | 44.7.2.2 | Фаланг двох пальців | 3 |
| | 44.7.2.3 | двох–трьох фаланг одного пальця стопи (максимум) фаланг трьох пальців | 5 |
| | 44.7.2.4 | однієї–трьох фаланг двох–трьох пальців стопи (максимум) | 6 |
| | 44.7.2.5 | однієї–трьох фаланг чотирьох і більше–п'яти пальців стопи (максимум) | 7 |
| | 44.7.3. | Перелом (переломи) плесневої, передплесна (лад'єподібної, кубоподібної, клиноподібної) кістки або кісток (максимум): (за винятком п'яткової, таранної) | |
| | 44.7.3.1 | однієї | 5 |
| | 44.7.3.2 | двох | 6 |
| | 44.7.3.3 | трьох | 10 |
| | 44.7.3.4 | Чотирьох і більше | 15 |
| | 44.7.4. | Перелом (переломи) тіла п'яткової кістки (максимум) | 10 |
| | 44.7.5. | Перелом (переломи) п'яткового бугра п'яткової кістки | 7 |
| | 44.7.5.1 | відростка, відростків | 5 |
| | 44.7.6. | Перелом (переломи) тіла таранної кістки (максимум) | 7 |
| | 44.7.6.1 | відростка (відростків) таранної кістки (без перелому її тіла) | 4 |
| | 44.7.7. | Перелом (переломи) малогомілкової кістки | 5 |
| | 44.7.8. | Перелом (переломи) великогомілкової кістки (максимум), включаючи надколодковий, підблоковий за винятком внутрішньої щиколотки | 10 |
| | 44.7.8.1 | великогомілкової кістки внутрішньої щиколодки | 5 |
| | 44.7.8.2 | краю (країв) | 5 |
| | 44.7.8.3 | блока | 6 |
| | 44.7.8.4 | обох блоків, дистального метафіза (епіметафіза) | 10 |
| | 44.7.9. | Міжблокового піднесення | 7 |
| | 44.7.10. | Перелом (переломи) малогомілкової кістки – голівки, шийки, діафіза, зовнішньої колодки (максимум) | 5 |
| | 44.7.11. | Перелом (переломи) великогомілкової і малогомілкової кісток (максимум) | 17 |
| | 44.7.12. | Перелом (переломи) великогомілкової кістки внутрішньої щиколотки, малогомілкової кістки, у т.ч. зовнішньої щиколотки й великогомілкової кістки краю або країв („трищиколотковий"), дистального метафіза великогомілкової кістки й зовнішньої щиколотки | 15 |
| | 44.7.13. | Перелом (переломи) великогомілкової кістки внутрішньої щиколотки й малогомілкової кістки, у т. ч. зовнішньої щиколотки („двощиколотковий") | 10 |
| | 44.7.14. | Перелом (переломи) великогомілкової кістки краю (країв) і малогомілкової кістки, у т.ч. зовнішньої щиколотки | 10 |
| | 44.7.15. | Перелом (переломи) великоберцової кістки внутрішньої щиколотки й великогомілкової кістки краю (країв) | 10 |
| | 44.7.16 | Перелом (переломи) надколінка (максимум) | 8 |
| | 44.7.17. | стегна – голівки, шийки, черезвертельний, міжвертельний, підвертельний, діафіза, епікондиловий (надмищелковий) (максимум) | 20 |
| | 44.7.17.1 | епікондила(-ів) (надмищелка(-ів) стегнової кістки | 6 |
| | 44.7.17.2 | вертіла(-ів) стегнової кістки.....….... | 8 |
| | 44.7.17.3 | кондила (мищелка), мищелків стегнової кістки | 12 |
| | 44.7.17.4 | обох кондилів (мищелків) (V- або Т-подібний)..... | 20 |
| | 44.7.18 | Перелом підязикової кістки | 5 |
| | **44.8.** | **епіфізеолізи** | |
| | 44.8.1. | розмір страхової виплати визначається шляхом множення розміру, передбаченого для випадку перелому відповідної локалізації, на поправочний коефіцієнт 0,8. | |
| **45.** | Травматична ампутація або ушкодження верхньої кінцівки, що призвело до ампутації (включаючи формування кукси)* :<br>*- *Максимальний (граничний) розмір страхової виплати при множинних і важких ушкодженнях кінцівки у результаті однієї травми до певного рівня, що не спрчинили ампутацію.* | | |
| | **45.1.** | до рівня променевозап'ястного суглоба, зап'ястя, п'ясткових костей, основних фаланг пальців кисті | 40 |
| | **45.2.** | до рівня плеча, ліктьового суглоба, передпліччя | 45 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **45.3.** | до рівня лопатки, ключиці | 50 |
| | **45.4.** | єдиної кінцівки на кожному з рівнів, перерахованих вище в цьому пункті | 100 |
| | **45.5.** | на рівні нігтьової фаланги, міжфалангового суглоба першого (великого) пальця кисті (втрату фаланги) | 10 |
| | **45.6.** | на рівні між фалангового суглоба першого (великого) пальця кисті (втрату фаланги) | 15 |
| | **45.7.** | на рівні основної фаланги, п’ястно-фалангового суглоба першого (великого) пальця кисті (втрату пальця) | 20 |
| | **45.8.** | першого (великого) пальця кисті з п'ястковою кісткою або її частиною | 25 |
| | **45.9.** | На рівні пальця кисті, крім першого (великого), на рівні нігтьової фаланги, дистального міжфалангового суглоба (втрату нігтьової фаланги) | 5 |
| | **45.10.** | На рівні пальця кисті, крім першого (великого), на рівні середньої фаланги, проксимального межфалангового суглоба (втрату двох фаланг) | 7 |
| | **45.11.** | На рівні пальця кисті, крім першого (великого), на рівні основної фаланги, п’ястно-фалангового суглоба (втрату пальця) | 10 |
| | **45.12.** | На рівні пальця кисті, крім першого (великого), з п'ястковою кісткою або її частиною | 15 |
| **46.** | Травматична ампутація або ушкодження нижньої кінцівки, що призвело до ампутації (включаючи формування кукси)*:<br>**- Максимальний (граничний) розмір страхової виплати при множинних і важких ушкодженнях кінцівки у результаті однієї травми до певного рівня, що не спрчинили ампутацію.* | | |
| | **46.1.** | до рівня гомілковостопного суглоба, таранних, п'яткової кісток | 60 |
| | **46.2.** | до рівня колінного суглоба й гомілки | 45 |
| | **46.3.** | до рівня тазостегнового суглоба й стегна | 50 |
| | **46.4.** | єдиної кінцівки на кожному з рівнів, перерахованих вище у цьому розділі | 100 |
| | **46.5.** | на рівні кісток передплесна, плесневих кісток, суглобів Шопара, Лісфранка | 30 |
| | **46.6.** | на рівні плеснефалангових суглобів, відсутність всіх пальців стопи | 25 |
| | **46.7.** | першого (великого) пальця стопи на рівні нігтьової фаланги, міжфалангового суглоба (втрату нігтьової фаланги, її частини) | 5 |
| | **46.8** | першого (великого) пальця стопи на рівні основної фаланги, плеснефалангового суглоба (втрату пальця) | 10 |
| | **46.9.** | пальця стопи, крім першого (великого), на рівні нігтьової й середньої фаланг, дистального й проксимального міжфалангових суглобів (втрату однієї, двох фаланг) | 5 |
| | **46.10.** | пальця стопи, крім першого (великого), на рівні основної фаланги, плеснефалангового суглоба (втрату пальця) | 7 |
| | **46.11.** | пальця стопи із плесневої кісткою або її частиною – додатково | 3 |
| | | **ШОК** | |
| **47.** | Шок (травматичний, геморагічний), що настав внаслідок нещасного випадку | | 5 |
| | | **ОБМОРОЖЕННЯ** | |
| **48.** | Обмороження | | |
| | **48.1.** | Загальне охолодження організму (шок): | |
| | 48.1.1. | На повітрі | 5 |
| | 48.1.2. | На воді | 10 |
| | **48.2.** | Обмороження: | |
| | 48.2.1. | 1 ступеня площею понад 2 см$^2$ | 1 |
| | 48.2.2. | 2 ступеня площею понад 2 см$^2$ | 3 |
| | 48.2.3. | 3 ступеня | 7 |
| | 48.2.4. | 4 ступеня | 10 |
| | **48.3.** | ускладнення місцевого характеру при 3, 4 ступенях обмороження: | |
| | 48.3.1. | раньова інфекція (анаеробна, гнилиста, гнійна) | 15 |
| | 48.3.2. | ішемія кінцівки (нейрооваскуліт, змінення дотичної чутливості) | 20 |
| | **48.4.** | ускладнення загального характеру при 3, 4 ступенях обмороження: | |
| | 48.4.1. | запалення легенів | 10 |
| | 48.4.2. | сепсис | 20 |
| | 48.4.3. | емболія | 10 |
| | 48.4.4. | гострий міоглобурійний нефроз | 10 |
| | **48.5.** | Часткове відторгнення органу (ніс, вушні раковини, статевий член): | |
| | 48.5.1. | вушної раковини | 15 |
| | 48.5.2. | від 1/3 до 2/3 носа | 30 |
| | 48.5.3. | статевого члена | 30 |
| | **48.6.** | Повне відторгнення органу (ніс, вушні раковини, статевий член): | |
| | 48.6.1. | вуха | 30 |
| | 48.6.2. | носа | 40 |
| | 48.6.3. | статевого члена | 50 |
| | | **ОПІКИ** | |
| **49.** | Опіки шкірних покривів | | |
| | **49.1.** | Поверхневі (2,3-А ступеня) площею від 1 % до2 % поверхні тіла | 1 |
| | **49.2.** | Поверхневі (2,3-А ступеня) площею від 3% до 6 % поверхні тіла або глибокі (3-Б, 4 супеня) площею до 1% поверхні тіла | 3 |
| | **49.3.** | ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею від 7% до 12 % поверхні тіла або глибокі (3-Б, 4 ступеня) площею від 1% до 5% поверхні тіла | 5 |
| | **49.4.** | ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, | 10 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | в тому числі глибокі (3-Б, 4 ступеня) від 6 % до 10 % поверхні тіла | |
| | **49.5.** | ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, в тому числі глибокі (3-Б, 4 ступеня) від 11 % до 40 % поверхні тіла | 25 |
| | **49.6.** | ушкодження поверхневі (1, 2, 3, 3-А ступеня) площею від 60 % поверхні тіла та більше, в тому числі глибокі (3-Б, 4 ступеня) від 41 % поверхні тіла та більше | 45 |
| | **49.7.** | опікова хвороба | 5 |
| | | **ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ** | |
| **50.** | Вогнепальні поранення | | |
| | **50.1.** | дотичні | 5 |
| | **50.2.** | сліпі | 10 |
| | **50.3.** | наскрізні | 10 |
| | **50.4.** | скальповані голови | 15 |
| **51.** | Випадкові гострі отруєння (неінфекційні), асфіксія, кліщовий або енцефаліт, енцефаломієліт), ураження електричним струмом (атмосферною електрикою), , укуси змій, ядовитих комах, правець – за відсутності відомостей про ураження конкретних органів тіла при настанні зазначених подій у разі стаціонарного лікування протягом: | | |
| | **51.1.** | 1-10 днів | 3 |
| | **51.2.** | 11- 20 днів | 5 |
| | **51.3.** | 21 – 30 днів | 15 |
| | **51.4.** | понад 30 днів | 20 |
| | | **ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ** | |
| **52.** | Оперативне лікування (додатково до пунктів, що враховують факт ушкодження), одноразово, з приводу однієї травми однієї локалізації (її ускладнень): | | |
| | **52.1.** | Пальці кисті або стопи | |
| | 52.1.1. | на одному–двох пальцях кисті або стопи<br>з приводу ушкодження сухожиль, зв'язок, капсулів суглобів, фаланг, пальцевих нервів | 5 |
| | 52.1.2. | на трьох і більше пальцях кисті або стопи<br>з приводу ушкодження сухожиль, зв'язок і капсули суглобів, фаланг, пальцевих нервів | 7 |
| | **52.2.** | в області щелепи, ключиці, акроміально-ключичного зчленування, променевозап'ястного суглоба, кисті, стопи з приводу ушкодження: | |
| | 52.2.1. | одного–двох анатомічних утворень – сухожилля, нерва, зв'язки, м'яза, капсули суглоба, або однієї кістки, одного зчленування | 5 |
| | 52.2.2. | трьох і більше анатомічних утворень та (або) двох і більше кісток, зчленувань, ендопротезування | 8 |
| | **52.3.** | в області обличчя (включаючи пластичні операції на м'яких тканинах – шкірі, пов'язані з косметичними порушеннями), операції на кістках кістяка обличчя (за винятком щелепних, див. підпункт „б"), в області лопатки, плечового суглоба, плеча, ліктьового суглоба, передпліччя, стегна, колінного суглоба, гомілки, гомілковостопного суглоба, грудної клітини з приводу ушкодження: | |
| | 52.3.1. | пластичні операції на м'яких тканинах у зв'язку з наслідками ушкоджень | 5 |
| | 52.3.2. | одного–двох анатомічних утворень – сухожилля, нерва, зв'язки, м'яза, капсули суглоба, або однієї кістки, одного зчленування, пластична операція з приводу ушкодження особи, операція на кісках обличчя | 7 |
| | 52.3.3. | трьох і більше анатомічних утворень та (або) двох і більше кісток, зчленувань, ендопротезування | 10 |
| | **52.4.** | в області склепіння черепа, основи черепа, головного мозку (його оболонок), таза, тазостегнового суглоба, хребта, спинного мозку (його оболонок) з приводу ушкодження: | |
| | 52.4.1. | – одного-двох анатомічних утворень – оболонок мозку, речовини мозку, нерва, сухожилля, зв'язки, м'яза, капсули суглоба, або кісток склепіння черепа, кісток основи черепа, однієї з інших кісток, зчленувань | 10 |
| | 52.4.2. | трьох і більше анатомічних утворень та (або) кісток склепіння й основи черепа, двох і більше інших кісток, розрив зчленувань, ендопротезування | 15 |
| | **52.5.** | оперативне видалення гематоми (гематом), що не розсмокталася, видалення сторонніх предметів (за винятком сторонніх предметів порожнини черепа, ока, грудної й черевної порожнини) після закінчення 10 днів після травми в умовах стаціонару, операція взяття кісткового трансплантата (декількох трансплантатів) з однієї кістки поза областю ушкодження, операція з приводу м'язової грижі | 5 |
| | **52.6.** | операція з метою відновлення судинного русла, у зв'язку з ушкодженням великих судин або серця | 10 |
| | **52.7.** | операція (операції) взяття шкіряного трансплантата або трансплантатів, артроскопічні операції, резекція носової перегородки у зв'язку з переломом кісток, хряща носа | 3 |
| | **52.8.** | розкриття гематоми (гематом), розкриття, пов'язаного з травмою нагноєння (абсцесів, флегмон), видалення відшарованої гематомою або скупченням гною нігтьової пластинки, черезшкірна (закрита) фіксація відломків або кісток, що складають один суглоб, спицями | 1 |
| | | **ІНШІ УШКОДЖЕННЯ** | |
| **53.** | Комплекс ушкоджень, отриманих у результаті однієї події, що не включає в себе ушкодження, передбачені у пунктах 1–51, якщо ці ушкодження (що входять до комплексу) вимагали безперервного лікування загальною тривалістю не менше 15 днів, розмір виплати не залежить від кількості ушкоджень, отриманих одночасно (при оперативному лікуванні додатково виплачується страхова | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | виплата, якщо вона передбачена у пункті 52). Травми, не наведені у цій таблиці, можуть бути оцінені Страховиком, якщо вони вимагали безперервного лікування (одноразово за весь період дії Договору): | | |
| | **53.1.** | за кожний день безперервного лікування протягом від 1 до 10 днів | 0,05 |
| | **53.2.** | при безперервному лікуванні протягом 10 днів і більше | 0,5 |

*Примітки до пункту 53.*
*1. При кожному повторному в період дії договору страхування випадку, передбаченому у пункті 53, розмір щоденної (0,1 %) і максимальної (3 %) страхової виплати відповідно до умов пункту, передбаченої підпунктами „а” і „б”, знижується удвічі (0,1 %,0,05 %,0,025 %..., 3 %, 1,5 %, 0,75 %...).*
*2. Пункт 53 не застосовується, якщо:*
*а) строк безперервного лікування ушкоджень, зазначених у пункті 53, становить менше 15 днів;*
*б)строк безперервного лікування відповідно до наданих документів не може бути встановлений;*
*в) при ушкодженнях, зазначених у пункті 53, якщо їхнє лікування збіглося у часі з лікуванням з приводу інших ушкоджень (у т. ч. передбачених іншими пунктами цієї таблиці).*

**Ушкодження, не наведені у цій таблиці, можуть бути оцінені лікарем-експертом Страховика шляхом застосування аналогічних уражень, або їхніх наслідків з наведеними відсотками виплат (без урахування професійної працездатності застрахованої особи).**

## РОЗ’ЯСНЕННЯ ДО ТАБЛИЦІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ при настанні страхового випадку

**1.** Рішення про здійснення страхової виплати і її розмір приймається із застосуванням таблиці страхових виплат при настанні страхових випадків (далі – Таблиця) за умови, що це передбачено договором страхування. Для ухвалення рішення застрахована особа або страхувальник надає страховикові за місцем укладення договору страхування медичні й інші, зазначені в договорі страхування, документи.

**2.** У медичних документах повинні зазначені: дата й обставини заявленого випадку (травми тощо), повний діагноз, час початку й закінчення лікування, результати діагностичних досліджень (рентгенографії, КТ, МРТ, аналізів тощо) і назви лікувальних заходів. Діагноз того або іншого ушкодження, встановлений застрахованій особі, вважається достовірним у тому випадку, якщо він встановлений медичним працівником, який має на це право на підставі характерних для даного ушкодження об’єктивних симптомів (ознак).

**3.** Відомості з Таблиці не застосовуються й виплата відповідно до неї не здійснюється в тих випадках, коли факт одержання того або іншого ушкодження в період дії договору страхування встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених в отриманні виплати осіб, навіть якщо подібні повідомлення й скарги зафіксовані письмово, у т.ч. у медичних документах.

**4.** Відомості з Таблиці не застосовуються й виплата відповідно до неї не здійснюється через ушкодження, одержання яких застрахованою особою не може бути ідентифіковане за місцем і часом за допомогою інформації, зазначеної в медичних документах, зокрема, „мікротравми”, „хронічна травматизація”, „потертості”, „омозолілості” тощо.

**5.** Страхові виплати при ушкодженнях хребта, спинного мозку і його корінців, що сталися без зовнішнього впливу – травми, наприклад, що сталися вслідок піднімання важких предметів, не передбачені у цій Таблиці.

**6.** При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) обов’язковою умовою застосування відповідних пунктів Таблиці є рентгенологічне підтвердження зазначених ушкоджень. У випадку відмови застрахованої особи від рентгенологічного дослідження й відсутності в нього медичних протипоказань до подібного дослідження, страхові виплати відповідно до зазначених пунктів не здійснюються.

**7.** Страхова виплата у зв’язку з вивихом кістки, вправленим медичним працівником без попередньої рентгенографії, може бути зроблена тільки у виняткових випадках – за наявності медичного документа, що підтверджує це, вказує на причини, через які не могло бути зроблене рентгенівське обстеження, і містить опис об’єктивних симптомів, характерних для конкретного виду вивиху, й методики, що застосовувалася при його вправлянні.

**8.** Повторні переломи (рефрактури) однієї й тієї ж кістки, що є наслідком травми, отриманої в період дії договору страхування, дають підставу для здійснення страхової виплати тільки в тому разі, якщо відповідно до представлених рентгенограм буде встановлене: 1) зрощення відломків кістки по закінченні лікування попередньої травми; 2) наявність нової лінії (ліній) перелому кістки на рентгенограмах, зроблених після повторної травми. При цьому зсув відломків кістки після повторної травми лінією (лініями) раніше отриманого перелому, у т. ч. разом з ушкодженими або неушкодженими конструкціями, що застосовувалися для остеосинтезу, свідчить про незрощення відломків після

первинного перелому й не дає підстав для здійснення страхової виплати у зв'язку з переломом, оскільки він стався до настання заявленого випадку.

**9.** Якщо отримані в результаті одного випадку ушкодження різного характеру й локалізації передбачені у різних пунктах Таблиці, розмір страхової виплати визначається підсумовуванням розмірів, зазначених у відповідних пунктах.

**10.** У той же час розмір страхової виплати у зв'язку з ушкодженням одного характеру й однієї локалізації, що передбачені різними (як правило, суміжними) пунктами Таблиці, визначається згідно з одним з таких пунктів.

**11.** Якщо ушкодження одних тканин, одного органа, одного анатомічного утворення (кістки, сухожилля, нерва тощо), одного відділу або сегмента опорно-рухового апарату, отримане застрахованою особою в результаті настання одного випадку, зазначене в різних підпунктах одного і того ж пункту, розмір страхової виплати визначається тільки відповідно до одного підпункту, що передбачає виплату в найбільшому розмірі.

**12.** Загальний розмір страхових виплат у зв'язку з одним або декількома страховими випадками не може перевищувати 50 % страхової суми за договором страхування.

**13.** У разі отримання в результаті одного випадку травм, передбачених у різних підпунктах одного пункту таблиці, розмір страхової виплати визначається відповідно до одного підпункту, що передбачає виплату в найбільшому розмірі (за винятком переломів кісток п. 44 таблиці).

**14.** У разі отримання в результаті одного випадку переломів кісток, передбачених у різних підпунктах п. 44 таблиці, розмір страхової виплати визначається підсумовуванням розмірів виплати, зазначених у відповідних підпунктах.

**15.** Якщо у зв'язку з отриманою травмою здійснювалися оперативні хірургічні втручання, страхова виплата здійснюється однократно у відповідності до таблиці.

**16.** Опіки ока I ступеня та (або) без зазначення ступеня, опіки шкірних покривів I ступеня та (або) меньше 1 %, не дають підстав для здійснення страхової виплати.

**17.** Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для здійснення страхової виплати.

**18.** Відомості з таблиці не застосовуються й виплата відповідно до неї не здійснюється в тих випадках, коли факт одержання того або іншого пошкодження встановлений тільки на підставі повідомлень і скарг зацікавлених в отриманні виплати осіб, навіть якщо подібні повідомлення й скарги зафіксовані письмово, у т.ч. у медичних документах.

**19.** Відомості з таблиці не застосовуються й виплата відповідно до неї не здійснюється через пошкодження, одержання яких застрахованою особою не може бути ідентифіковане за місцем і часом за допомогою інформації, зазначеної в медичних документах, зокрема, „мікротравми", „хронічна травматизація", „потертості", „омозолілості".

**20.** Відомості з таблиці не застосовуються й виплата відповідно до неї не здійснюється у разі поверхневих пошкоджень шкіряних покривів - "садна", "подряпини".

**21.** Страхові виплати при ушкодженнях хребта, спинного мозку і його корінців, що сталися без зовнішнього впливу – травми, наприклад, що сталися вслідок піднімання важких предметів, не передбачені у цій таблиці.

**22.** При переломах і вивихах (підвивихах) кісток, розривах зчленувань (включаючи синдесмози) обов'язковою умовою застосування відповідних пунктів таблиці є рентгенологічне підтвердження зазначених ушкоджень. У випадку відмови застрахованої особи від рентгенологічного дослідження й відсутності в нього медичних протипоказань до подібного дослідження, страхові виплати відповідно до зазначених пунктів не здійснюються.

**23.** Звичні вивихи не дають підстав для здійснення страхової виплати.5. З метою уточнення даних про стан ушкодженого органа застрахованої особи до й після ушкодження страхувальникові може бути запропоновано надати відповідний висновок лікаря-фахівця.

**24.** При визначенні розміру страхової виплати з урахуванням строку безперервного лікування, коли це передбачено відповідним пунктом цієї Таблиці, враховується тільки призначене медичним працівником, який має на це право, лікування, що відповідає, за даними медичної науки, характерові ушкодження, отриманого застрахованою особою, з періодичним (не рідше одного разу на 10 днів) контролем його ефективності (на прийомі у медичного працівника або при відвідуванні застрахованої особи останнім). Тільки в окремих випадках з урахуванням особливостей ушкодження, проведеного лікування, місцезнаходження застрахованої особи безперервним може бути визнане лікування з контрольними оглядами через проміжок часу, що перевищує 10 днів.

**25.** Періодичні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання розвитку захворювань (наприклад, сказу), не є лікуванням травм. Тому час їхнього проведення при визначенні строку безперервного лікування не враховується.

**26.** Видалення, резекція, ампутація під час операції з приводу травми болісно зміненого, імплантованого або протезованого до травми органа до страхових випадків не відноситься. Страхова виплата при цих умовах може бути здійснена тільки за факт проведеного оперативного втручання, якщо воно передбачене у Таблиці.

**27.** Якщо після здійсненої страхової виплати буде надана нова заява й медичні документи, що дають підставу для здійснення страхової виплати у зв'язку з тим же ушкодженням у більшому розмірі, розмір додаткової виплати визначається з вирахуванням суми страхової виплати, визначеної (виплаченої) раніше.

**28.** Передбачені окремими пунктами цієї Таблиці відкладені страхові виплати, пов'язані з тим, що після закінчення зазначеного у пункті часу у застрахованої особи проявляються певні наслідки ушкодження, здійснюються в тому випадку, якщо час, зазначений у конкретному пункті, минає в період, на який відповідно до умов договору страхування поширюється відповідальність страховика.

**29.** Розмір страхової виплати у зв'язку із травмою органу не може перевищувати розміру страхової виплати, передбаченого у разі втрати цього органу.

**30.** Загальний розмір страхових виплат за ризиком у зв'язку з одним або декількома страховими випадками не може перевищувати 100 % встановленої договором страхування страхової суми, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

**31.** Травми, які ускладнюються розвиненими до укладення договору страхування захворюваннями: цукровим діабетом та (або) облітеруючим ендартеріїтом, облітеруючим атеросклерозом, трофічними порушеннями іншого походження, дають підставу для здійснення виплати 50 % від розміру страхової виплати, передбаченою Таблицею. Це положення не застосовується у випадках, коли зазначені захворювання є лише супутніми, тобто не впливають на тривалість, протікання процесу відновлення й характер наслідків травми.

**32.** При патологічних переломах і вивихах кісток, страхова виплата здійснюється тільки в тому випадку, якщо захворювання, що послужило їхньою причиною, розвинулося, було вперше виявлене в період дії договору страхування. Розмір страхової виплати при цьому зменшується на 50 % порівняно з розміром, передбаченим у Таблиці для переломів і вивихів здорових кісток (включаючи виплати, пов'язані з їхнім лікуванням).

**33.** Перелік ушкоджень й їхніх наслідків, передбачений у пунктах Таблиці, розширеному тлумаченню не підлягає.

*Т.в.о. Голови Правління ПрАТ «СК «ПРОВІДНА»* *О.О. Ваганова*

(Підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика)