

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖІ УКРАЇНИ «TRAVEL»**

(Клас страхування1
Клас страхування 18)
Редакція 1.0

Київ – 2024 р.

1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 1 «Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» та КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 18 «Страховання витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі».....	6
2.1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ.....	6
2.2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	11
2.3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ	13
2.4. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ	14
2.5. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ.....	17
2.6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	18
2.7. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	19
2.8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	20
2.9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	22
2.10.ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	23
2.11.ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	24
2.12.КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	24
3. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 18.....	24
4. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 1.....	32
Додаток 1	34
Додаток 2	39

1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1 Страховий продукт «Страховання подорожуючих за межі України «Travel» є стандартним (типовим), незмінним та однаковим для невизначеного кола осіб. Загальні умови страхового продукту «Страховання подорожуючих за межі України «Travel» є пропозицією-офертою (далі – ЗУСП-Оферта), яка задовольняє потреби та інтереси споживачів в отриманні страхової послуги, та одночасно має силу договору. При чому, договір є **публічним**, тобто, згідно ст.633 Цивільного кодексу України, його умови є однаковими для всіх споживачів. Крім цього, договір є **договором приєднання**, а відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України умови договору є стандартними і споживач може лише приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору. ЗУСП-Оферта підписується Страховиком, використовуючи аналог власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та факсимільного відтворення печатки, відповідно до умов Договору про порядок підписання правочинів.

1.2 Страховання за цими ЗУСП-Офертою здійснюється в межах Класу страхування 1 "Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)" (далі- Клас 1 або повна назва) та Класу страхування 18 "Страховання витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі" (далі Клас 18 або повна назва), відповідно до Закону України "Про страхування" (далі – Закон), на підставі Ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання), що внесена НБУ до Державного реєстру фінансових установ 26.04.2024 року (номер витягу 27-0024/32805 від 26.04.2024 року).

1.3 Ці ЗУСП розроблені за такими ризиками в межах класів страхування:

1.3.1. «страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» за Класом 1;

1.3.2. «страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон» за Класом 18 (далі - Клас 18.1)

1.3.3. «страхування витрат, інших, ніж медичні, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон» за Класом 18 (далі- Клас 18.2).

1.4 Положення цих ЗУСП-Оферти поширюється на Міжнародні Договори комплексного страхування під час перебування за кордоном, укладені в період актуальності цих ЗУСП-Оферти. Страховик розміщує та зберігає на своєму веб-сайті у відкритому доступі всі редакції цих загальних умов Страхового продукту із зазначенням строку їх дії упродовж терміну, визначеного законодавством.

1.5 Страховик, в особі Голови Правління Яковенка Андрія Валерійовича, який діє на підставі Статуту, з однієї сторони, керуючись ст.ст.207, 633, 634, 641 та 642 Цивільного кодексу України, пропонує фізичній особі з повною цивільною правоздатністю та дієздатністю(далі – Страхувальник) (далі – Сторони) укласти Міжнародний Договір комплексного страхування під час перебування за кордоном, з усіма невід'ємними його частинами у вигляді додатків (далі разом – Договір або Договір страхування) на нижчевикладених умовах:

1.5.1. У відповідності до ст.638,642 Цивільного кодексу України, укладеним вважається Договір, якщо Сторони досягли згоди з усіх істотних умов Договору. Договір укладається шляхом пропозиції однієї Сторони укласти Договір і повним та безумовним прийняттям пропозиції (акцептом) другою Стороною. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили клієнт набуває статусу Страхувальника.

1.6 Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на умовах, визначених в Розділі 2.2 цих ЗУСП-Оферти. У випадку розбіжностей при тлумаченні умов Договору українською та англійською мовами, український текст має переважну силу.

1.7 Повноцінний Договір складається з двох частин:

1) першою частиною є Індивідуальна частина (далі- Індивідуальна частина/ Акцепт) з двох розділів, що, у разі укладання Договору у формі паперового документу, укладається в двох або трьох примірниках, що мають однакову юридичну силу. Ця частина викладена двома мовами (українська-англійська), але може бути викладена виключно українською мовою, при цьому, за запитом Страхувальника, Страховик надає такі умови англійською мовою;

2) Другою частиною є ці ЗУСП-Оферта, викладена українською мовою (за запитом Страхувальника, Страховик надає умови ЗУСП-Оферти англійською мовою).

1.8 Підписанням Індивідуальної частини Договору відповідно до умов, передбачених ЗУСП-Офертою, Страхувальник:

1.8.1 приймає(акцептує) ці ЗУСП-Оферту;

1.8.2 підтверджує та визнає, що до укладання Договору на виконання вимог законодавства України Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився:

1) зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1-5ст.7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»;

2) з інформацією про стандартний страховий продукт «Страховання подорожуючих за межі України «Travel», що розміщена на вебсторінці Страховика у вигляді Інформаційного документу за посиланням <https://euroins.com.ua/informaciya-dlya-kliyentiv#insurances>;

3) з інформацією, що передбачена ст.87 Закону, в тому числі: про перелік послуг із страхування, що пропонуються Страховиком. Зазначена інформація є доступною на вебсторінці Страховика <https://euroins.com.ua/> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

1.8.3 підтверджує, що вся вищезазначена інформація та всі умови Договору є зрозумілими, не містить двозначних формулювань; укладання Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;

1.8.4 на виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних" добровільно надає свою безумовну та безвідкличну згоду:

1) на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та об'єкту страхування в тому числі прізвища, імені, імені по батькові, року, місяця дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів, тощо) з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним засобами зв'язку;

2) на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

3) на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;

4) зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;

5) реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України;

6) надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам здійснюється на розсуд Страховика, передача персональних даних Страхувальника третім особам здійснюється Страховиком без повідомлення Страхувальника.

1.8.5 на виконання вимог Закону України “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом” надавати документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страхувальника та негайно інформувати Страховика про настання суттєвих змін в його даних/діяльності, а саме, але не виключно: про зміну місцезнаходження/найменування, адреси для листування, банківських реквізитів, відомостей, які містяться в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб -

підприємців та громадських формувань (для юридичних осіб), та інших документів, на підставі яких укладався цей Договір, а також щодо кінцевих бенефіціарних власників (контролерів, для юридичних осіб) не пізніше 5 -ти (п'яти) робочих днів, після того, як ці зміни сталися.

1.8.6 Сторони погодились, що страхове покриття за Договором страхування або будь-яке положення договору не підлягає виконанню, якщо надання такого покриття або такі положення порушують закони, правові акти або постанови уряду про економічні санкції, що прийняті, застосовуються або виконуються в даний момент Організацією Об'єднаних Націй та/або Європейським Союзом (надалі – Положення про санкції) або будь-яка дія, що вже виконана або планується до виконання щодо страхових виплат порушить Положення про санкції (включаючи, без обмежень використання, надання позик, видачу вкладів або інше забезпечення надання послуг, коштів, активів, страхового (перестрахового) покриття або інших економічних ресурсів, прямо чи опосередковано, будь-якій фізичній чи юридичній особі, яка є об'єктом санкцій згідно з Положенням про санкції або до якої застосовуються санкції на інших підставах відповідно до Положення про санкції.

1.9 Сторони на підставі ст. 6, 207, 627 Цивільного кодексу України домовились, що підписання зі сторони Страховика може здійснюватися уповноваженими особами з використанням власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки Страховика (факсимільне відтворення печатки за допомогою засобів механічного копіювання).

1.10 Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному вебсайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту euoins@euoins.com.ua, (адреса для листування: м. Київ, 03150, вул. Велика Васильківська, 102) або за посиланням на Форму звернення громадян <https://www.euoins.com.ua/contacts>.

Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до **Національного банку України** із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду.

Орган, що здійснює державне регулювання – **Національний банк України.**

Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601.

Тел.: **0 800 505 240.**

E-mail: nbu@bank.gov.ua, Web-сайт: www.bank.gov.ua.

Орган з питань захисту прав споживачів – **Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.**

Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка,1.

Тел.: **(044) 2791270.**

E-mail: gu@dpss.gov.ua, Web-сайт: www.dpss.gov.ua

2. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 1 «Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» та КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 18 «Страховання витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі»

2.1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

В цих ЗУСП-Оферті терміни та визначення вживаються в такому значенні:

Асистуюча компанія (Асистанс) – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, зазначеним в Договорі, на умовах, передбачених таким Договором.

Асистуючі послуги – допомога (послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором, та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

Багаж – речі та інші матеріальні цінності, які є необхідними для особистого користування, комфорту чи для забезпечення зручностей під час подорожі, і які подорожуючий перевозить з собою, здає під відповідальність перевізника та/або для зберігання у відповідних закладах, або залишає у місцях проживання під час подорожі.

Виконання оплачуваної роботи - виконання Застрахованою особою будь якого виду оплачуваної роботи, крім службового відрядження. Під службовим відрядженням розуміється - участь в конференціях, нарадах, зустрічах, семінарах поза місцем постійної роботи;

Ідентифікація – заходи, що вживаються установою для встановлення особи шляхом отримання її ідентифікаційних даних.

Верифікація – заходи, що вживаються Страховиком з метою перевірки (підтвердження) належності Страхувальнику отриманих Страховиком ідентифікаційних даних.

Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.

Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я особи та зумовлене функціональними та/або морфологічними зміненнями, що вимагає надання екстреної медичної допомоги.

Дні страхування (кількість днів страхування) – кількість днів подорожі в період строку дії Договору, протягом яких Страховик несе відповідальність за Договором.

Екстрене стаціонарне лікування (екстрена госпіталізація) – госпіталізація, відстрочка якої на певний час (більше ніж на 1 добу) після прийняття рішення лікарем карети швидкої медичної допомоги або лікарем відповідного профілю про його необхідність, може загрожувати життю Застрахованої особи, або привести її до інвалідності. Здійснюється з урахуванням вільних місць у стаціонарі й профілю захворювання.

Загострення хронічного захворювання (рецидив) – період перебігу хронічної хвороби, що потребує надання екстреної медичної допомоги.

Застрахована особа – фізична особа іноземець та/або особа без громадянства, віком від 16 до 60 років, якщо інше не погоджено Індивідуальною частиною Договору, яка тимчасово перебуває на території України (в тому числі студенти- іноземці денної форми навчання), визначена Страхувальником у Договорі, здоров'я якої є об'єктом страхування за Договором. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав Договір про страхування власного здоров'я та працездатності, він одночасно є і Застрахованою особою.

Інвалідність – міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити їй соціальний захист. Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом медико-соціальної експертизи медико-соціальними експертними комісіями;

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі «ІТС») - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ - країна, в якій Застрахована особа проживає загалом не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів у календарному році (до країни постійного проживання прирівнюється отримання Застрахованою особою посвідки на проживання або аналогічного документу, що видається Застрахованій особі в країні перебування, на термін, що перевищує встановлену законодавством кількість днів без обов'язкового отримання додаткових дозволів або документів на перебування).

Дане поняття не розповсюджується на випадки, якщо Застрахована особа перебувала в країні більше 183 днів у календарному році у зв'язку із навчанням або офіційним працевлаштуванням. В такому випадку країною постійного проживання буде країна, яка визначена в документі, що посвідчує особу.

КРАЇНА ПЕРЕБУВАННЯ – територія іноземної держави, на якій знаходиться Застрахована особа в період дії Договору страхування. Під час дії Договору страхування Застрахована особа може відвідувати декілька іноземних країн, при цьому Договір страхування буде діяти на території кожної з цих країн.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ – грошова сума, зазначена в цьому Договорі на умовах обраної Опції, у межах якої Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою або Третіми особами за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії Договору.

МЕТА ПОДОРОЖІ (Позначення кодів мети подорожі): – в залежності від категорії туризму та з метою визначення ступеню ризику при розрахунку страхового платежу, метою подорожі може бути: туризм пасивний (Т), навчання (N), активний відпочинок (Т(active)), спорт (S), екстрим (E), робота за наймом (J):

• Туризм пасивний – лікувально-оздоровчий, діловий (не пов'язаний з фізичною працею), екскурсійний, паломницький, пішохідний, пляжний, «шоп-тури» та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на туристичну подорож без фізичних навантажень.

• Навчання – перебування за кордоном з метою навчання.

• Туризм активний – відпочинок, пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу).

Наприклад: катання на велосипеді, конях, верблюдах, слонах; рафтинг (1-2 рівня складності); плавання (в басейнах, річці, морі); аквааеробіка; дайвінг (глибина занурення до 18 метрів); парасейлінг (політ на парашуті (парасейлі) за катером); трекінг (1-2 категорії складності, за умови, що висота сходження не більше 2500 метрів); пляжний футбол, пляжний волейбол, сквош, бадмінтон.

• Спорт – участь у заходах з високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний (гірські лижі та сноуборд, в т.ч. на гірськолижних курортах під час відпочинку), сноубординг, походи у гори на висоту до 3500 метрів, спелеотуризм, дайвінг (глибина занурення від 18 до 30 метрів), полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах.

• Екстрим – участь у заходах, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, з високим ступенем ризику для життя та здоров'я Застрахованої особи, а саме: дайвінг (глибина занурення від 30 до 40 метрів), скелелазіння, бейсджампінг, рафтинг, дельтапланеризм, хелі-скі, політ у вінгсьюті, хайлайн

Робота за наймом – виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домогосподарствах.

Необережність - дії особи, здійснюючи які вона передбачає настання цілком ймовірних негативних наслідків, але легковажно розраховує на їх відвернення або не передбачає настання цих наслідків хоча повинна була і могла їх передбачити;

Непрацездатність - це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможливує виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я. Зміст та вид Непрацездатності визначається законодавчо визначеними обставинами, які зумовлюють її настання;

Навмисні дії – невідповідні, цілеспрямовані дії особи, здійснюючи які, вона усвідомлює характер своєї дії, передбачає їх наслідки та бажає або свідомо припускає настання наслідків у вигляді знищення, пошкодження або втрати багажу;

Невідкладна (екстрена) допомога – медична допомога, необхідна за життєвими показниками та ненадання або відстрочення надання якої становить пряму загрозу життю Застрахованої особи або коли безпосередньої загрози немає, але такий стан може виникнути в будь-який час (підвищення температури вище 40°C у дорослих (39°C – у дітей), втрата або затемнення свідомості, судоми, біль у області серця, гострий біль в області живота, різке підвищення артеріального тиску, головний біль, який не знімається знеболюючими засобами, втрата чутливості, кровотеча, травма, неспинна блювота тощо).

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі (короткочасна), непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулась протягом строку дії Договору внаслідок зовнішнього впливу (фізичних, хімічних, технічних факторів, тощо), та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи під час подорожі за кордон (якщо Договір укладено за Класом 1).

Між нещасним випадком та розладом здоров'я (втратою працездатності) або смертю Застрахованої особи повинен бути встановлений причинний зв'язок.

До зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змії, отруйних комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо.

Під заподіянням шкоди життю, здоров'ю, працездатності внаслідок нещасного випадку розуміють травми голови, шиї, грудної клітки, живота, нижньої частини спини, поперекового відділу хребта та тазу, плеча та плечового поясу, ліктя та передпліччя, зап'ястя та кисті, ділянки тазостегнового суглоба та стегна, коліна та гомілки, гомілковостопного суглоба та стопи; забиття; переломи або вивихи кісток; розрив органів (частковий або повний); наслідки попадання стороннього тіла через природний отвір (в зовнішню частину ока, в вухо; в органи дихання, травлення; органи сечостатевої системи); опіки термічні та хімічні; відмороження; теплові удари; переохолодження організму; утоплення; асфіксія (удушення); ураження електричним струмом, блискавкою та іонізуючим випромінюванням; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими) та їх складовими, ліками, отруйними грибами, рослинами, отрутами комах і змії внаслідок їхніх укусів, недоброякісними харчовими продуктами (тільки ті, що відносяться до інших бактеріальних харчових отруєнь згідно останнього перегляду МКХ); травми, отримані внаслідок аварій, пожеж, стихійного лиха (землетруси, зсуви, повені, урагани та інші надзвичайні події); травми отримані під час або після контакту з тваринами (у т.ч. птахами, плазунами, комахами тощо) та рослинами (у т.ч. грибами, водоростями тощо); захворювання на сказ, правець; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), гострим паралітичним поліомієлітом, асоційованим з вакциною, ботулізмом.

Одноразовий ідентифікатор (ОТР-пароль, одноразовий код), (електронний підпис одноразовим ідентифікатором) – шестизначний код (шість символів), згенерований в інформаційно-комунікаційній системі Страховика або страхового посередника, дійсний для підтвердження тільки однієї операції в інформаційно-комунікаційній системі, що надсилається Товариством шляхом направлення SMS-



повідомлення на телефонний номер Клієнта, вказаний ним під час проходження електронної дистанційної ідентифікації фізичної особи з використанням Системи BankID. Одноразовий код використовується клієнтом – фізичною особою один раз при підтвердженні проведення операції або вчиненні дії в інформаційно-комунікаційній системі Товариства.

Подорож - пересування по будь-якій території, акваторії чи повітряному простору, що передбачені договором страхування, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни перебування;

Перевізник – особа, яка надає послуги з перевезення вантажу будь-яким видом транспорту;

Програма страхування – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.

Професійний спорт – комерційний напрям діяльності у спорті, пов'язаний з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні з метою отримання прибутку.

Рейсовий політ (рейс) – політ, що зареєстрований в офіційному списку рейсів та/або в міжнародному довіднику авіарейсів (ABC World Air ways Guide), за умови, що перевізник має ліцензію, сертифікат або інший дозвіл на здійснення рейсових перевезень, що видані відповідними інстанціями країни, на території якої зареєстрований цей літак, і за умови, що перевізник відповідно до даного дозволу утримує у технічно справному стані літак і регулярно публікує розклад і тарифи на перевезення пасажирів.

РИЗИКОВА НАДБАВКА – коефіцієнти, які застосовуються при розрахунку страхового платежу, в залежності від групи ризику. Надбавки по окремій застрахованій особі можуть бути в залежності від:

- віку - застосовуються у випадках страхування осіб віком від 0 до 3 років та старше 60 років;
- території дії Договору- застосовується у випадку застосування покриття «World» *ma* «World*»;
- мети подорожі – застосовується при обранні видів: навчання (N), активний відпочинок (A), спорт та екстрим (S), робота за наймом (J).

Страховик– юридична особа, яка приймає на себе за умовами Договору страхування за певну винагороду (страховий платіж) зобов'язання відшкодувати Страхувальнику збитки, які виникли в результаті настання страхових випадків, передбачених ЗУСП. За даними ЗУСП Страховиком виступає ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЄВРОІНС УКРАЇНА», скорочена назва: ПрАТ «СК «Євроінс Україна».

Страхування– це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.

Страхувальник – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

Страхова виплата/страхове відшкодування – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.



Страховий захист – зобов'язання Страховика за Договором щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку.

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

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

Страховий інтерес - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі;

Зміна ступеню страхового ризику - зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що наведена в Договорі, заяві на страхування або будь-якому іншому документі, який подавався Страховику, зокрема, але не обмежуючись: умов праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань про які не було належним чином повідомлено, встановлення групи інвалідності тощо.

Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

Страховий акт – документ, що складається Страховиком у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксований розмір завданих збитків і сума страхової виплати або підстави для відмови у страховій виплаті.

Таємниця страхування - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику (перестраховику) або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування (перестраховання) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги;

Тероризм – суспільно небезпечна діяльність, яка полягає у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому не винних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей.

Травматичне ушкодження – це пошкодження тіла внаслідок впливу зовнішньої сили, що супроводжується порушенням цілісності та (або) функцій тканин та органів людського тіла і спричиняє найрізноманітніші відкриті та закриті ушкодження;

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Договором може бути передбачена:

Франшиза умовна- Страховик не несе відповідальності за збитки, що не перевищують розміру франшизи, та зобов'язаний відшкодувати збитки повністю, якщо їх розмір перевищує розмір встановленої франшизи.

Франшиза безумовна- Страховик зобов'язаний відшкодувати збитки за вирахуванням встановленої франшизи.

Франшиза строкова (часова) – встановлюється в днях як період очікування. За даним Договором передбачено франшизу 3 дні з дати укладання Договору на витрати, обумовлені в п. 3.2.3.3, п. 3.2.3.4, п.3.2.3.5, п.3.2.3.7, п.3.2.3.8.

Франшиза може встановлюватись у відсотках від страхової суми (страхової виплати), в абсолютному розмірі або в інших розрахункових одиницях, визначених Договором страхування.

Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3-х разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

2.2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.2.1. За згодою Сторін Договір може бути укладений у паперовій формі або у формі електронного документу.

2.2.2. Порядок укладання Договору у формі електронного документу (якщо Страховик та Страхувальник не укладає такі Договори іншим законодавчо дозволеним способом):

2.2.2.1. Договір оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію".

2.2.2.2. Договір та інші документи на виконання умов Договору, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (надалі-електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова "укласти", "підписати", "надати", "передати", "вручити", які зустрічаються в тексті Договору, при використанні кваліфікованого електронного підпису (КЕП), удосконаленого електронного підпису (УЕП) (на період воєнного часу), або одноразового ідентифікатора передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений за допомогою ІТС Страховика та/або через електронний документообіг.

2.2.2.3. Моментом підписання є використання:

- електронного підпису (далі- ЕП), кваліфікованого електронного підпису (електронного цифрового підпису) або УЕП (на період воєнного часу) (далі- КЕП/ЕЦП) відповідно до Закону України «Про довірчі послуги», за умови використання засобу електронного підпису усіма сторонами електронного правочину;
- електронного підпису одноразовим ідентифікатором(далі- ЕПОІ), визначеним Законом України «Про електронну комерцію»

2.2.2.4. Для укладання договору страхування Клієнт, ознайомившись з цією ЗУСП-Офертою та інформацією про фінансову послугу на вебсайті Страховика <https://www.euroins.com.ua/> обирає бажані умови страхування та надає Страховику інформацію, необхідну для укладання договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для його ідентифікації та верифікації. Інформація може бути надана через вебсайт Страховика, страхового посередника або іншим чином, за погодженням між Клієнтом та Страховиком.

2.2.2.5. Страховик, на підставі наданої Клієнтом інформації, формує проект Індивідуальної частини договору страхування та надає його Клієнту для ознайомлення, в тому числі, але не обмежуючись: - шляхом демонстрації на екрані різних технічних засобів електронних комунікацій; - надсилання файлу у форматі pdf на вказану Клієнтом електронну адресу; - надсилання посилання на проект Акцепту. Акцепт містить посилання на цю Оферту. Таким чином, Страховик ознайомлює Клієнта з усіма умовами Договору страхування.

2.2.2.6. У разі підписання Акцепту ЕПОІ, Страховик надсилає Клієнту SMS-повідомлення з одноразовим ідентифікатором на номер телефону, наданий Клієнтом.

2.2.2.7. Клієнт ознайомлюється з умовами договору страхування, перевіряє всю викладену в Акцепті інформацію та підписує Акцепт. Відповідно до статей 207, 638, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» безумовним прийняттям умов даної ЗУСП-Оферти Клієнтом вважається підписання електронного Акцепту, що є невід'ємною частиною Договору, в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

2.2.2.8. Якщо Клієнт не підпише електронний Акцепт до 24:00 дати надання Страховиком проекту Акцепту, вважається, що пропозиція Страховика укласти договір страхування в електронній формі відхилена Клієнтом.

2.2.2.9. Здійсненням акцепту пропозиції Страховика укласти договір страхування / підписанням Акцепту, Страхувальник підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду з усіма умовами ЗУСП-Оферти, а також своє вільне волевиявлення стосовно її прийняття.

2.2.2.10. В якості підпису Страховика використовується кваліфікований електронний підпис (КЕП) особи, уповноваженої Страховиком / Страховим посередником на підписання договорів страхування, що відповідає вимогам чинного законодавства України. Страховик підписує Договір після того, як Договір

буде підписаний Страхувальником. Уповноважена Страховиком/Страховим посередником особа підписує Індивідуальну частину Договору, що вважається підписанням договору страхування зі сторони Страховика.

2.2.2.11. Дата та час укладання Договору – це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання КЕП уповноваженої Страховиком/Страховим посередником особи.

2.2.2.12. Укладений договір страхування Страховик/Страховий посередник одразу надсилає на електронну пошту Страхувальника, надану Страхувальником при укладанні договору. Укладений Договір страхування є одночасно підтвердженням вчинення електронного правочину у розумінні Закону України «Про електронну комерцію».

2.2.2.13. На вимогу Страхувальника Страховик повторно надсилає підписаний договір страхування на електронну адресу, надану Страхувальником при укладанні цього договору, або зазначену у такій вимозі.

2.2.2.14. Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити договір страхування у паперовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр договору страхування підписується Сторонами та скріплюється їх печаткою (за наявності).

2.2.2.15. Реєстрація Страхувальника в інформаційно-комунікаційній системі Страховика / Страхового посередника здійснюється під час укладання договору страхування на підставі наданих Страхувальником даних, необхідних для такого укладення. Підтвердженням реєстрації Страхувальника в інформаційно-комунікаційній системі Страховика / Страхового посередника є направлення Страхувальнику одноразового ідентифікатора засобом електронного зв'язку, вказаним під час реєстрації. Надалі цей одноразовий ідентифікатор використовується клієнтом для підписання електронного договору страхування.

2.2.2.16. При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

- здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування КЕП уповноважених осіб;
- кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси;
- кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього КЕП;
- якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

2.2.3. Порядок укладання Договору у формі паперового документу

2.2.3.1. На підставі даних, отриманих відповідно до п.2.2.2.4, Страховик приймає рішення про укладання Договору та формує Індивідуальну частину Договору з врахуванням п. 2.2.2.5.

2.2.3.2. Клієнт ознайомлюється з умовами Договору страхування, перевіряє всю інформацію, викладену в Індивідуальній частині договору.

2.2.3.3. Договір укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін на Індивідуальній частині Договору.

2.2.4. Основні критерії, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику:

- прізвища, імена, по-батькові Застрахованих осіб, реєстраційні номери облікових карток платників податків, адреса; серія та номер паспорту; дати народження;
- мета подорожі Страхувальника (Застрахованих осіб);
- наявність інших чинних договорів страхування щодо об'єкту страхування;
- строк дії страхового захисту, кількість поїздок протягом строку дії Договору;
- період страхування;
- наявність/відсутність показань/протипоказань для здійснення подорожі,
- інформація щодо перенесення напередодні поїздки критичних захворювань (для осіб віком старше 65 років);
- програма страхування;
- наявність ознак, передбачених п.2.10.1 та п.2.10.2 цих ЗУСП-Оферти, які підпадають під обмеження страхування;
- країна подорожі Застрахованої особи;
- кількість Застрахованих осіб;

- розмір страхової суми.

2.3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ

2.3.1. Предмет Договору страхування

Предметом договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України.

2.3.2. Об'єкт страхування:

- 2.3.2.1. життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи (якщо договір укладено за Класом 1 та 18.1);
- 2.3.2.2. можливі збитки чи витрати, яких може зазнати Страхувальник (Застрахована особа, або інша особа, визначена договором страхування або на підставі законодавства України) у разі настання страхового випадку (якщо договір укладено за Класом 18.2).

2.3.3. Розмір страхової суми та/або ліміти відповідальності за Договором страхування за класами страхування. Страховий тариф. Франшиза

2.3.3.1. Розмір страхової суми визначається за кожним класом страхування за взаємною згодою між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору та зазначається в Індивідуальній частині Договору.

2.3.3.2. Валюта договору – євро, долар або гривня, залежно від обраної валюти по певному ризику. Валюта зазначається в Договорі страхування.

2.3.3.3. Індивідуальною частиною Договору передбачені ліміти відповідальності окремо на медичні та інші послуги.

2.3.3.4. Договором передбачається **часова франшиза** у кількості 3 (три) календарних дні з дати початку дії Договору на обмежений перелік випадків:

- невідкладна амбулаторна допомога;
- швидка (невідкладна) медична допомога, невідкладна амбулаторна чи стаціонарна допомога у зв'язку з захворюванням SARS-CoV-2 (COVID-19);
- невідкладна стоматологічна допомога;
- допомога при ПТСР;
- телемедичні консультації.

Часова франшиза може не застосовуватись у разі безперервної пролонгації діючого договору. При цьому перерва між закінченням дії старого договору та укладанням нового має становити не більше 48 годин.

2.3.3.5. Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Індивідуальній частині Договору.

2.3.3.6. Договором передбачається **безумовна франшиза** в абсолютному розмірі у валюті страхової суми (USD/EUR), що застосовується за кожним страховим випадком, на розмір якої зменшується розмір збитку перед виплатою.

2.3.4. Строк дії Договору страхування, порядок вступу його в дію. Територія Договору страхування

2.3.4.1. **Строк дії Договору** зазначається в Індивідуальній частині договору, але не може бути більше 1 (одного) року та менше 3-х (трьох) днів.

2.3.4.2. Договір може укладатися як до початку подорожі, так і під час перебування особи за межами України. Страховик несе відповідальність за цим договором з моменту проходження Застрахованою особою виїзного прикордонного контролю України, але не раніше дати, вказаної в Договорі як початок строку дії цього Договору. У разі, якщо на момент оформлення Договору, Застрахована особа знаходиться за межами України, відповідальність Страховика настає не раніше ніж через 4 календарних дні з дати укладання Договору. При цьому, страховий платіж сплачується не пізніше дати початку строку дії Договору. В разі несплати Страхувальником страхового платежу у зазначений строк, Договір страхування чинності не набуває.

2.3.4.3. Дія даного Договору припиняється з моменту проходження Застрахованою особою в'їзного прикордонного контролю України, але не пізніше дати зазначеної, як дата закінчення строку дії цього Договору.

2.3.4.4. В разі здійснення страхування багаторазових подорожей ("MultiTrip"/ "MULT"), Страховик несе

відповідальність у межах сумарної кількості днів перебування Застрахованої особи за кордоном (зазначено в полі «Кількість днів страхування», п.5 Індивідуальної частини) протягом строку дії Договору, зазначеного в п. 6 Індивідуальної частини.

2.3.4.5. Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в цьому Договорі. При кожному виїзді за кордон строк дії Договору залишається без змін при цьому тривалість подорожі автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії цього Договору.

2.3.4.6. У випадку використання Застрахованою особою всіх днів перебування за кордоном, згідно умов Договору, Договір вважається таким, що закінчив свою дію у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі. При цьому договір припиняє свою дію в 24 год. 00 хв. на 90 день безперервного перебування Застрахованої особи за кордоном в межах строку дії Договору (якщо Індивідуальною частиною Договору не передбачено інше).

2.3.4.7. Дія Договору не може бути припинена після початку подорожі (початку строку дії Договору), якщо Договір був укладений на одноразову подорож (“One time trip”/ “ONE”).

2.3.4.8. Дія цього Договору може бути припинена за взаємною згодою Сторін відповідно до умов цього Договору.

2.3.4.9. **Територія дії Договору (страхового покриття)** – територія подорожі, яка визначена в цьому Договорі однією країною або декількома країнами-зонами, за виключенням території України, країни громадянства чи країни постійного проживання Застрахованої особи, території Російської Федерації, Республіки Білорусь, зон бойових дій, зон стихійних лих та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН.

1) Зона **ЄВРОПА (EUROPE)**- країни подорожі «EU»: Європи, СНД та Балтії, Кіпр. Додатково, якщо обумовлено Договором, можуть покриватись країни подорожі «OC»: Туреччина, Єгипет, Туніс, ОАЕ.

Країни Шенгенської зони є окремою територією дії страхового захисту в межах зони Europe.

2) Зона **Весь світ* (World*)** - весь світ, включаючи територію покриття «**EUROPE**», за виключенням деяких країн Північної та Південної Америки, Африки, Азії, Австралії та Океанії.

3) Зона **Весь світ (World)** - весь світ, включаючи територію покриття «**EUROPE**».

Детальний перелік країн та зони покриття за такими країнами наведено в Додатку №1 до цих ЗУСП. Якщо Договором, укладеним з метою перебування «навчання (N)» та за наявності в закордонному паспорті Застрахованої особи національної візи однієї або декількох країн, що видана з метою навчання, страхове покриття поширюється виключно на територію такої країни/країн.

2.3.5. Розмір страхової премії (страхового платежу), порядок та строки її сплати

2.2.1.1. **Страховий платіж** зазначається окремо за Класом страхування в індивідуальній частині Договору. Загальний страховий платіж за Договором має бути сплачений в повному розмірі до початку строку його дії.

2.2.1.2. Страховий платіж сплачується Страхувальником повністю одноразово, якщо інше не передбачено умовами Індивідуальної частини Договору. При укладенні Договору страхування сторони можуть обумовити порядок сплати страхового платежу частинами.

2.2.1.3. Конкретний порядок, строки та форма сплати страхового платежу визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.

2.2.1.4. Страховик при визначенні розміру страхового платежу має право застосовувати понижуючі або підвищуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів в залежності від умов конкретного Договору страхування та факторів ризику.

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

2.4.1. Страхувальник має право:

2.4.1.1. на етапі укладання і протягом дії Договору отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію та пояснення умов страхування, в т.ч. у письмовій формі;

2.4.1.2. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих ЗУСП-Оферти;

2.4.1.3. ініціювати внесення змін до Договору та на дострокове припинення дії Договору з письмовим повідомленням Страховику про причини такого рішення в порядку, передбаченому цими ЗУСП-Офертою

- та лише у випадках, передбачених частиною 2 ст. 634 Цивільного кодексу України. Заміна Застрахованої особи можлива лише до настання страхового випадку з такою Застрахованою особою за наявності письмової згоди Застрахованої особи, що замінюється та Страховиком;
- 2.4.1.4. у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката. Після видачі дубліката втрачений примірник Договору вважається недійсним і страхові виплати за ним не здійснюються;
- 2.4.1.5. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір.
- 2.4.2. Застрахована особа має право:**
- 2.4.2.1. на отримання страхової виплати/ відшкодування у порядку та на умовах визначених в цьому договорі.
- 2.4.2.2. у разі настання страхового випадку, отримувати медичні та інші послуги належної якості в обсязі та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором та цими ЗУСП-Офертою;
- 2.4.2.3. повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;
- 2.4.2.4. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих ЗУСП-Оферти;
- 2.4.2.5. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір;
- 2.4.2.6. на проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок в разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування страхового випадку.
- 2.4.3. Страхувальник зобов'язаний:**
- 2.4.3.1. сплачувати страхову премію у порядку і строки, встановлені Договором;
- 2.4.3.2. протягом строку дії Договору, якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, письмово повідомити Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику згідно п.2.2.4;
- 2.4.3.3. проінформувати Застраховану особу про умови Договору, а також про її дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку;
- 2.4.3.4. інформувати Застраховану особу про укладений на її користь Договір, надати Застрахованим особам копію Договору для отримання ними медичної допомоги;
- 2.4.3.5. при укладенні Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, щодо об'єкта страхування за цим Договором;
- 2.4.3.6. у разі дострокового припинення дії Договору у будь-якому випадку повернути Страховику власний його примірник;
- 2.4.3.7. повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів Страховику отриману страхову виплату (або його відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності, виявиться така обставина, що за законом або за умовами Договору повністю або частково позбавляє Страхувальника (Вигодонабувача) права на страхове відшкодування;
- 2.4.3.8. дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам;
- 2.4.3.9. Передати Страховику в межах фактичних затрат право вимоги на відшкодування збитків, яке має Страхувальник до особи, відповідальної за заподіяний збиток.
- 2.4.4. Застрахована особа зобов'язана:**
- 2.4.4.1. проходити лікування призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;
- 2.4.4.2. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;
- 2.4.4.3. у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;
- 2.4.4.4. достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я й існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

- 2.4.4.5. при наявності складного хронічного захворювання мати при собі та у разі необхідності пред'являти представнику Асистуючої компанії або Страховика медичний висновок лікаря про наявність такого захворювання та відсутність протипоказань для здійснення даної подорожі;
- 2.4.4.6. дотримуватися загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо);
- 2.4.4.7. на вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку;
- 2.4.4.8. у разі оформлення договору страхування з ідентифікатором типу подорожі «multitrip» або з обмеженим строком перебування за кордоном, надати страховику закордонний паспорт (або дитячий проїзний документ), де є відмітки прикордонного контролю подорожей за весь час дії договору страхування.
- 2.4.4.9. погодитись на переведення в лікувальний заклад країни постійного проживання для подальшого лікування з моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я застрахованої особи дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в країну постійного проживання;
- 2.4.4.10. повернути Страховику отриману страхову виплату в повному обсязі, якщо були виявлені обставини, що за чинним законодавством або відповідно до правил позбавляють страхувальника (застраховану особу) права на страхову виплату.

2.4.5. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язані:

- 2.4.5.1. в межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 2.4.5.2. інформувати Асистанс або Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений Договором.
- 2.4.5.3. при настанні події, що має ознаки страхового випадку, діяти згідно п.2.7 умов цього договору, та після повернення на територію України та/або на вимогу Страховика, в найкоротші строки надати письмове пояснення щодо обставин страхового випадку та засвідчені копії документів;
- 2.4.5.4. зберігати в себе оригінали документів до повернення на територію України для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку та на першу вимогу в термін до 3-х робочих днів з дати отримання запиту, в тому числі але не виключно і після закінчення дії цього Договору надати їх Страховику. На вимогу Страховика, яка може бути здійснена як письмово, шляхом обміну електронними повідомленнями, так і усно, Страхувальник зобов'язується надати Страховику для ознайомлення та огляду оригінали документів способом та в термін, визначені Страховиком. Надаючи копії документів(в т. ч. електронні, цифрові), Страхувальник гарантує, що: такі копії виготовлені з існуючого оригіналу документа; їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу документа, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачене останнім страхове відшкодування;
- 2.4.5.5. неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асистансом для координації подальших дій;
- 2.4.5.6. сприяти Страховику в розслідуванні обставин настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);
- 2.4.5.7. надати Страховику наявні документи та інформацію про причини та обставини настання події, з метою прискорення процедури врегулювання події, що може бути визнана страховою;
- 2.4.5.8. надати Страховику всі необхідні документи (в т.ч. оригінали та засвідчені копії документів), передбачені цим договором, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, у строк, зазначений в цьому договорі;
- 2.4.5.9. за власний рахунок сплатити послуги, вартість яких не перевищує розміру франшизи;
- 2.4.5.10. Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач зобов'язаний подати інформацію (офіційні документи, необхідну (необхідні) для ідентифікації, верифікації, вивчення Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача, уточнення інформації про нього, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

2.4.6. Страховик має право:

- 2.4.6.1. на дострокове припинення дії Договору а умовах цих ЗУСП-Оферти;
- 2.4.6.2. при необхідності організувати медичні огляди з метою обстеження застрахованої особи.
- 2.4.6.3. при невиконанні Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору повністю або частково відмовити у здійсненні страхової виплати;
- 2.4.6.4. відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати до з'ясування обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку. Строк такої відстрочки не повинен перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів;
- 2.4.6.5. надсилати запити до медичних закладів, органів внутрішніх справ, у служби пожежної охорони, надзвичайних ситуацій, гідрометеорологічної служби та до інших компетентних органів (або в аналогічні служби в країні тимчасового перебування застрахованої особи), медичні та інші установи, підприємства, організації, які володіють такою інформацією, для з'ясування обставин настання страхового випадку, самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку;
- 2.4.6.6. здійснювати фотозйомку, аудіо та відеозапис подій та розмов, пов'язаних з виконанням Сторонами умов цього Договору;
- 2.4.6.7. виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах;

2.4.7. Страховик зобов'язаний:

- 2.4.1.1. ознайомити Страхувальника з цими ЗУСП-Офертою;
- 2.4.1.2. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором;
- 2.4.1.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк та на умовах, передбачених цим договором.
- 2.4.1.4. не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

2.4.2. Відповідальність Сторін

- 2.4.2.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором страхування та законодавством України.
- 2.4.2.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі, яка набуває прав Страхувальника, пені в розмірі 0,01% від суми належної страхової виплати, за кожен день прострочення грошового зобов'язання, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ за відповідний період.
- 2.4.2.3. У разі вирішення питання про стягнення грошових коштів з винної сторони за даним договором страхування в судовому порядку, нарахування пені, за час розгляду судової справи, не здійснюється.
- 2.4.2.4. Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання (окрім зобов'язання сплатити страховий платіж) шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний робочий день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ за відповідний період.

2.5. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

- 2.5.1. Будь-які зміни та доповнення до Індивідуальної частини Договору в період його дії, здійснюються за згодою Сторін шляхом укладання додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору, або шляхом переоформлення (переукладання) Договору.
- 2.5.2. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається у кількості примірників Договору (у разі укладення Договору в формі паперового документу).
- 2.5.3. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику (п. 2.2.4) Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до Договору або про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії Договору на попередніх умовах.
- 2.5.4. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у Договір Страховик має право на отримання від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу без зміни страхової суми за Договором.

- 2.5.5. Страхувальник, якому запропоновано змінити умови Договору, зобов'язаний протягом 5 (п'яти) календарних днів сплатити додатковий страховий платіж.
- 2.5.6. У випадку відмови Страхувальника внести зміни до Договору та сплатити додаткову страхову премію, Страховик має право достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до цих ЗУСП-Оферти та Закону.
- 2.5.7. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.
- 2.5.8. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 2.5.8.1. закінчення строку дії Договору;
- 2.5.8.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою собою/Вигодонабувачем) у повному обсязі;
- 2.5.8.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором розміри та строки.
- 2.5.8.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону;
- 2.5.8.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 2.5.8.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
- 2.5.8.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 2.5.9. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі ст. 105 Закону. Максимальна частка Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору становить **70%** від страхової премії.
- 2.5.10. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана письмово, з дотриманням чинних норм законодавства, повідомити іншу сторону не пізніше як за 5 робочих днів до дати припинення строку дії Договору.
- 2.5.11. У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит.
- 2.5.12. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.
- 2.5.13. У разі припинення договору до початку строку дії Договору за вимогою Страхувальника, йому повертається фактично сплачений страховий платіж з вирахуванням частки Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору.

2.6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.6.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:
- 2.6.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить 30 календарних днів;
- 2.6.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором.
- 2.6.2. Про намір відмовитись від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.
- 2.6.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
- 2.6.4. У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком оригіналу заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

2.7. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

2.7.1. У разі настання події, що може бути визнана страховою та призвести до непередбачених витрат, визначених Договором, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана негайно повідомити Асистанс для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій.

2.7.2. З метою координації подальших дій Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана звернутись до Асистансу та повідомити наступні відомості:

- 1) Прізвище та ім'я Застрахованої особи.
- 2) Назву страхової компанії.
- 3) Номер Договору.
- 4) Страхову суму.
- 5) Адресу місцезнаходження, номер контактного телефону Застрахованої особи,
- 6) Характер необхідної допомоги.

При цьому вартість наданої допомоги буде сплачена Страховиком, у відповідності з умовами Договору страхування.

2.7.3. Якщо Страхувальник/Застрахована особа не має можливості зв'язатися з Асистансом або ситуація вимагає прийняття негайного рішення, пов'язаного з необхідністю отримання термінової медичної або іншої допомоги, Застрахованій особі необхідно самостійно звернутися в найближчу медичну установу або до лікаря по допомогу та:

- 1) Обов'язково пред'явити Договір страхування;
- 2) Оплатити, якщо буде потрібно, надані невідкладні медичні та інші послуги;
- 3) Одержати в лікаря чеки, квитанції та інші, належним чином оформлені документи, що підтверджують факт захворювання й суму медичних витрат;
- 4) Подати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування й документи, передбачені Договором страхування.

2.7.4. З метою отримання допомоги при ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), використовуються засоби зв'язку:

- застосунок ""DOBRODOC +"";
- телефонний зв'язок за номером 0800 330 036.

Телемедичні консультації здійснюються з 8:00 до 20:00 щоденно.

2.7.5. У разі **стаціонарного лікування** необхідно повідомити Асистанс та узгодити витрати протягом 48 годин з моменту госпіталізації, до моменту оплати послуг.

2.7.6. У будь-якому випадку, якщо вартість лікування (амбулаторного чи стаціонарного) перевищує 1000 у.о (EUR або USD, в залежності від валюти страхової суми, надалі- у.о) - письмово узгодити витрати з Асистансом до початку лікування. Під письмовим узгодженням слід розуміти надсилання повідомлення про лікування та кошторису на лікування засобами інтернет, факсом або іншими засобами електронної передачі інформації та отримання від Асистансу письмової згоди (гарантії) тим самим шляхом.

2.7.7. У разі самостійної оплати медичних послуг, при настанні події, яка має ознаки страхового випадку, (непередбачені медичні витрати на надання невідкладної медичної допомоги) у країні перебування без залучення та узгодження з Асистансом або Страховиком, останній відшкодовує ці витрати в розмірі не більше 150 у.о.. При цьому, Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана негайно, як тільки це стане можливо, однак не пізніше 48 годин з моменту настання страхового випадку, у будь-який спосіб, який дозволяє зафіксувати факт такого повідомлення, повідомити Страховика. Протягом 2 (двох) робочих днів після повернення на територію України надати Страховику письмову заяву на виплату страхового відшкодування. Якщо з поважних причин Застрахована особа (Страхувальник) не мала змоги подати заяву на виплату страхового відшкодування у вказаний строк, цей строк може бути подовжений за згодою Страховика.

2.7.8. У разі самостійної оплати послуг Застрахованою особою, у виключних випадках, Страховик має право прийняти Заяву про страхову подію та на виплату за формою Страховика на електронну пошту med@euroins.com.ua або іншим способом, визначеним Сторонами.

2.7.9. При фіксації Заяви про подію та на виплату, Страхувальник зобов'язаний надати Страховику повну та достовірну інформацію щодо обставин події, що має ознаки страхового випадку.

2.7.10. У разі настання страхового випадку по страхуванню багажу, окрім дій зазначених в пункті 2.7.2. Договору страхування, Застрахована особа зобов'язана:

2.7.10.1. Негайно протягом 24 годин з моменту виявлення факту втрати або повного чи часткового ушкодження багажу повідомити:

- » посадових осіб перевізника, якщо багаж був зареєстрований та переданий під його відповідальність;
- » посадових осіб готелів, пансіонатів, будинків відпочинку тощо або автостоянки, гаражу, транспортних організацій;
- » в усіх інших випадках втрати чи ушкодження багажу — в місцеві правоохоронні та інші офіційні органи, шляхом подання заяви про втрату, повне, або часткове ушкодження багажу.

2.7.10.2. Негайно у будь-який спосіб, який дозволяє зафіксувати факт такого повідомлення, повідомити Страховика та протягом 2 (двох) робочих днів після повернення на територію України надати Страховику письмову заяву на виплату страхового відшкодування. Якщо з поважних причин Страхувальник/Застрахована особа не мала змоги подати заяву на виплату страхового відшкодування у вказаний строк, цей строк може бути подовжений за згодою Страховика;

2.7.10.3. Вжити всіх доступних заходів для врятування застрахованого багажу, усунення причин події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок.

2.7.10.4. Якщо це не перешкоджає рятуванню багажу, зменшенню збитків чи запобіганню нових:

- » зберегти всі пошкоджені чи замінені замки і пломби для їх наступного засвідчення компетентними органами.
- » не змінювати розміщення і упаковку багажу до прибуття представників компетентних органів.
- » забезпечити можливість огляду ушкодженого багажу для з'ясування причин та розміру збитку.

2.7.10.5. Вжити всіх доступних заходів для оформлення належним чином всіх документів, необхідних для підтвердження факту настання, причин, характеру та розміру збитку, і надати їх Страховику.

Сповістити Страховика про всі випадки одержання компенсації, повернення або відновлення знищеного або втраченого багажу.

2.8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

2.8.1. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п. 2.8.8 ЗУСП-Оферти, шляхом складання страхового акту або акту про відмову у виплаті страхового відшкодування відповідно.

2.8.2. Строк прийняття рішення подовжується Страховиком на період проведення медичного огляду, очікування документації та інформації про випадок від Асистансу, відповідей компетентних органів, медичних чи інших закладів за запитами Страховика та у відповідності до умов даного Договору.

2.8.3. Виплату страхового відшкодування Страховик здійснює протягом 7 (семи) робочих днів з дня затвердження страхового акту.

2.8.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний протягом 7 (семи) робочих днів з дня складання акту про відмову у виплаті страхового відшкодування повідомити Страхувальнику/Застрахованій особі у письмовій формі обґрунтовані причини відмови.

2.8.5. Розмір страхового відшкодування визначається Страховиком на підставі отриманих документів, що засвідчують факт настання страхового випадку.

2.8.6. Страхова виплата сплачується Страховиком на підставі страхового акту в межах страхової суми на одну Застраховану особу та лімітів відповідальності, в розмірі фактичних та документально підтверджених витрат за вирахуванням франшизи, розмір якої встановлений в цьому Договорі.

2.8.7. Страхова виплата на території України здійснюються у грошовій одиниці України. Якщо ліміт відповідальності Страховика встановлений у іноземній валюті, то виплата (в тому числі розрахунок франшизи) здійснюється за курсом НБУ на дату настання страхового випадку з відрахуванням усіх, передбачених чинним законодавством України податків та зборів. Якщо дія Договору поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до чинного законодавства України.

2.8.8. Для отримання страхової виплати за цим Договором Застрахована особа (Вигодонабувач або інший уповноважений представник Застрахованої особи) надає Страховику для прийняття рішення про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, такі документи:

2.8.8.1. Оригінали таких документів:

–заяву на виплату страхового відшкодування.

–примірник Договору, що належить Страхувальнику (при укладенні Договору в паперовій формі);

2.8.8.2. Оригінали (для копіювання) або належним чином засвідчені копії таких документів:

–Документ, що ідентифікує Застраховану особу (Вигодонабувача або іншого уповноваженого представника Застрахованої особи) (паспорт чи інший відповідний документ, що посвідчує особу згідно законодавства України).

–Закордонний паспорт (або дитячий проїзний документ) Застрахованої особи, з відмітками прикордонного контролю. Якщо Договір передбачає багаторазові подорожі, про що зазначено у розділі «Тип подорожі» цього Договору страхування позначкою «Multitrip», Застрахована особа має пред'явити закордонний паспорт, де є відмітки прикордонного контролю подорожей за весь час дії договору страхування;

–довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податків;

–інші документи, що підтверджують понесені Застрахованою особою витрати (квитанції, чеки тощо).

–інші документи на вимогу Страховика, що містять інформацію про подію, яка має ознаки страхового випадку.

2.8.9. Документи, можуть бути надані англійською мовою (крім заяви на виплату страхового відшкодування, яка надається українською мовою за формою, встановленою Страховиком, або, якщо ним такої форми не встановлено, у довільній формі). Якщо документи складені іншими мовами, Застрахована особа має надати офіційний переклад українською мовою.

2.8.10. Якщо документи, видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику окремо після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій, але не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня їх отримання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) чи її спадкоємцями.

2.8.11. Документи, що надаються для прийняття рішень про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

2.8.12. Якщо Застрахована особа/Вигодонабувач отримала відшкодування від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Застрахованою особою/Вигодонабувачем від цих осіб, але в межах встановленої страхової суми за Договором. Про отримання від винних осіб таких сум та їх розміри Застрахована особа/Вигодонабувач зобов'язана повідомити Страховика протягом 3(трьох) робочих днів з дати отримання.

2.8.13. Страхова сума на одну Застраховану особу зменшується протягом строку дії Договору на суму здійснених страхових виплат.

2.8.14. Документи та/або інформація, передбачена ЗУСП-Офертою можуть бути надані Страхувальником шляхом подання особисто представнику Страховика, та/або подання за допомогою засобів поштового зв'язку, та/або шляхом направлення на адресу корпоративної електронної пошти Страховика та/або офіційний обліковий запис у застосунках-месенджерах співробітника Страховика, або будь-яким іншим способом, визначеним Страховиком, якщо інше не передбачено Договором страхування. Відповідальність за надання, достовірність інформації, зазначеної в копіях наданих документів, несе Страхувальник.

2.8.15. Документ, копія в електронній формі якого надається Страховику має відповідати таким вимогам:

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

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

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

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

2.8.16. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи (у разі, якщо надана документація не дає повної інформації про випадок), що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-

експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика.

2.8.17. Копією документу згідно цього Договору є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим агентом від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам цього Договору. На вимогу Страховика та у визначений ним термін, Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачене останнім страхове відшкодування.

2.8.18. Документи, що перераховані у п.2.8.8 цих ЗУСП-Оферти, повинні бути надані Страховику протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня повернення до України після понесення особисто Застрахованою особою таких витрат. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з документальним обґрунтуванням причин затримки.

2.8.19. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний (-а) надіслати оригінали документів, які прийнято до розгляду як копії. При цьому Страховик здійснює виплату не пізніше 5 днів з дати отримання останнього оригіналу документів по страховому випадку. Якщо сума витрат не перевищує 150 у.о., Страховик має право здійснити страхову виплату прийнявши до уваги копії наданих документів, але оригінали повинні бути надані Страховику не пізніше 35 календарних днів з дати направлення останньої копії документу. В іншому випадку, якщо Застрахована особа не надсилає оригіналу документів на розгляд, страхова виплата має бути повернена Страховику за його зверненням про повернення коштів.

2.9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

2.9.1. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

2.9.1.1. скоєння Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання нещасного випадку (Кваліфікація дій такої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України) або нещасний випадок стався за межами території дії, зазначеної у Договорі як територія дії Договору;

2.9.1.2. скоєння родичем/ Страхувальником/ Вигодонабувачем Застрахованої особи кримінального злочину, що призвів до її загибелі або смерті.

2.9.1.3. самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи;

2.9.1.4. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (п.2.2.4), або про факт настання страхового випадку;

2.9.1.5. одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

2.9.1.6. несвоєчасна сплата або несплата страхового платежу в розмірі, зазначеному у Договорі;

2.9.1.7. невиконання Страхувальником, Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених цими ЗУСП-Офертою;

2.9.1.8. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

2.9.1.9. отримання Застрахованою особою послуг, що не передбачені обраною Програмою страхування;

2.9.1.10. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;

2.9.1.11. неузгодження із Асистуючою компанією або із Страховиком розміру та порядку надання медичних та інших послуг без поважних на те причин. До переліку поважних (об'єктивних, незалежних від волі

Застрахованої особи) причин, що призвели до неможливості вчасного повідомлення Страховика, належить: відсутність діючих засобів телефонного (стаціонарного або мобільного) зв'язку в місці перебування Застрахованої особи; неприйнятний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси, а саме родичів Застрахованої особи, які подорожують разом із нею, або осіб, що є застрахованими за цим Договором;

2.9.1.12. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;

2.9.1.13. інші випадки, передбачені законом.

2.10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

2.10.1. Страхуванню не підлягають особи, віком до 1 року та від 80 років, які на момент укладання Договору були визнані у встановленому порядку недієздатними, являлися інвалідами I групи, страждали на тяжкі нервові захворювання (в т.ч. пухлини головного чи спинного мозку, ураження нервової системи, гострий енцефаліт), знаходилися на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись при страхуванні медичних витрат: онкологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному, наркологічному, психоневрологічному; при страхуванні від нещасних випадків: наркологічному, психоневрологічному), центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом).

2.10.2. Від нещасного випадку не можуть бути застраховані особи, визнані недієздатними у порядку, встановленому чинним законодавством України, а також особи, які страждають важкими нервовими захворюваннями, гострим енцефалітом, психічними захворюваннями, захворюваннями серцево-судинної системи з порушенням кровообігу важкого ступеня, діабетом у важкій формі, системними ураженнями опорно-рухового апарата. Дія страхового захисту відносно конкретної Застрахованої особи закінчується, як тільки така особа стала такою, яка не може бути застрахована з причин, зазначених у цьому пункті.

2.10.3. До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не здійснюється, якщо збитки Застрахованої особи, пов'язані з подією, що не обумовлена як страховий ризик чи випадок в цих ЗУСП-Оферті, та/або мала місце не під час строку дії Договору чи за межами території дії Договору.

2.10.4. Страховик не відшкодовує непрямі збитки, включаючи, але не обмежуючись моральну шкоду, шкоду, завдану репутації чи іміджу третьої особи, штрафи, пені або інші фінансові санкції, що не є прямим наслідком нанесеної шкоди третім особам.

2.10.5. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з:

2.10.5.1. лікуванням травм, станів та захворювань, викликаних форс-мажорними обставинами: включаючи, але не обмежуючись війною, вторгненням, терористичними актами, громадянською війною, повстанням, революцією, діями військової влади чи узурпаторських режимів або активною участю Застрахованої особи у воєнних, насильницьких діях чи будь-яких громадських заворушеннях;

2.10.5.2. стихійними явищами та їхніми наслідками, несприятливими метеорологічними умовами за умови, що територія, на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною стихійного лиха;

2.10.5.3. лікуванням травм, станів та захворювань, що виникли внаслідок:

- дії іонізуючої радіації, радіоактивного забруднення будь-якого походження;
- занять Застрахованою особою будь-якими видами масового спорту, спорту вищих досягнень, у т.ч. під час змагань або тренувань, або здійснення професійної діяльності, якщо інше не передбачено умовами Індивідуальної частини Договору.

2.10.5.4. порушенням свідомості або погіршенням психічного сприйняття Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів або отруєння Застрахованої особи зазначеними речовинами, а також медикаментів, що застосовувалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, яка не має відповідної кваліфікації, якщо це було причиною настання нещасного випадку;

2.10.5.5. загостренням хронічного захворювання, інфекційними захворюваннями, харчовою токсикоінфекцією (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших захворювань, що передаються через укуси тварин та комах);

2.10.5.6. операційними та післяопераційними травми, що виникли внаслідок оперативного лікування будь-якого захворювання Застрахованої особи, крім наслідків нещасного випадку;

2.10.5.7. керуванням Страхувальником/Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння (під впливом психотропних речовин) або передачі

Страхувальником/Застрахованою особою управління транспортним засобом особою, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння (під впливом психотропних речовин), або особою, яка не має права управління транспортним засобом.

2.10.6. До страхових випадків не відносяться:

2.10.6.1. Страховик не відшкодовує витрати на пошук і рятування Застрахованої особи, на лікування, на транспортування до лікарні або до місця проживання Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку.

2.10.6.2. Дія страхового захисту не поширюється на події, що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінально-процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

2.11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

2.11.1. Спори між Страхувальником, Застрахованою особою, Страховиком вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди, розв'язання спорів здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України

2.11.2. При вирішенні питань, що не врегульовані Договором, Страхувальник, Застрахована особа, Страховик керуються законодавством України.

2.12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

2.12.1. У разі настання події, що може бути визнана страховою, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана негайно повідомити Асистанс Ensuria Assistance (ТОВ «Еншурія Оперейшнз Україна», ЄДРПОУ 43812574, адреса: 04060, м. Київ, вул. Ризька, буд. 73/Г, офіс 7/1) для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій одним з наступних засобів зв'язку:

Tel: +38 044 390 00 10

E-mail: care@ensuria.com

Online chat



Телеграмбот



Вайбербот



Facebook Messenger



Дзвінки та повідомлення тарифікуються згідно з тарифами Вашого мобільного оператора.

Страховик має право відмовити у виплаті, якщо Застрахована особа не повідомила Асистанс про настання страхового випадку або не дотримувалась рекомендацій Асистансу.

3. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 18

"Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі"

3.1. Страхове покриття включає перелік страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, страхових випадків, об'єкт страхування, строк дії договору, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії договору, та вказується за погодженням сторін в Індивідуальній частині Договору.

3.2. Перелік страхових ризиків. Страхові випадки

3.2.1. Страховим ризиком за цим Договором є розлад здоров'я та/або смерть Застрахованої особи, що мають ознаки випадковості та ймовірності настання, що сталися із Застрахованою особою під час дії Договору (із врахуванням тривалості страхового покриття, тобто кількості застрахованих днів) та на території дії Договору, при настанні яких Застрахована особа понесла або може понести витрати у зв'язку з наданням їй невідкладної кваліфікованої медичної та/або іншої необхідної допомоги, медичних послуг та інших витрат, у межах та обсязі, передбаченими п. 3.2.3 цієї ЗУСП-Оферти та пов'язаних із:

3.2.1.1. Медичними витратами:

- зверненням Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з раптовим гострим захворюванням, травмою, отруєнням, наслідком нещасного випадку;
- зверненням спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку у зв'язку з необхідністю покриття витрат, пов'язаних із похованням та/або репатріацією Застрахованої особи.

3.2.1.2. Іншими, ніж медичні, витратами:

- Незручності використання авіаційного транспорту, а саме: втрата, недостача, пошкодження або псування всього або частини застрахованого багажу, який був переданий під відповідальність Перевізника.

3.2.2. Страховим випадком за цими ЗУСП-Офертою є:

3.2.2.1. понесення Асистуючою компанією, Застрахованою особою, третьою особою непередбачуваних медичних витрат, пов'язаних з наданням Застрахованій особі допомоги (асистуючих послуг, передбачених п.п. 3.2.3.1- 3.2.3.17 цих ЗУСП-Оферти) в межах та в обсязі обраної Програми страхування та страхових сум (лімітів відповідальності), у зв'язку із зверненням під час дії Договору до Асистуючої компанії або медичного закладу через скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) за кордон, внаслідок страхових ризиків, зазначених в п.п. 3.2.1.1 ЗУСП-Оферти;

3.2.2.2. понесення інших, ніж медичні, витрат Застрахованою особою внаслідок страхових ризиків, зазначених в п. 3.2.1.2 ЗУСП-Оферти.

3.2.3. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує в межах відповідних лімітів відповідальності, зазначених в Таблиці 1 та відповідно до умов, зазначених в Договорі такі медичні та інші витрати, передбачені обраною Програмою страхування (Таблиця 1):

Таблиця 1

Витрати		Програми страхування, ліміт відповідальності в межах страхової суми		
		S (Standart)	E (Elite)	P (Premium)
Медичні витрати (Клас 18.1)				
1	Виклик швидкої (невідкладної) допомоги	до 100 %	до 100 %	до 100 %
2	Невідкладна стаціонарна допомога	до 100 %	до 100 %	до 100 %
3	Невідкладна амбулаторна допомога	до 100 %	до 100 %	до 100 %
4	Швидка (невідкладна) медична допомога, невідкладна амбулаторна чи стаціонарна допомога у зв'язку з захворюванням SARS-CoV-2 (COVID-19)	до 100 %	до 100 %	до 100 %
5	Невідкладна стоматологічна допомога	до 150 у.о.	до 200 у.о.	до 200 у.о.
6	Невідкладна гінекологічна та акушерська допомога до 30-го тижня вагітності	до 100 %	до 100 %	до 100 %
7	Допомога при ПТСП	до 100 %	до 100 %	до 100 %
8	Телемедичні консультації	до 100 %	до 100 %	до 100 %
9	Транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу	до 500 у.о.	до 500 у.о.	до 500 у.о.
10	Перевезення Застрахованої особи до країни постійного проживання (медична евакуація)	до 500 у.о.	до 500 у.о.	до 500 у.о.
11	Репатріація тіла Застрахованої особи до країни постійного проживання (України)	до 100 %	до 100 %	до 100 %
12	Поховання Застрахованої особи в країні перебування	-	до 10 %	до 10 %

13	Організація передачі термінових повідомлень	-	до 20 у.о.	до 20 у.о.
14	Організація супроводу по нестраховим випадкам "Медичний консьєрж"	-	до 100 %	до 100 %
15	Організація альтернативної консультації	-	до 100 %	до 100 %
16	Проїзд (повернення) дітей до 16 років до України	-	-	до 500 у.о.
17	Проїзд економ класом близького родича	-	-	до 500 у.о.
Інші, ніж медичні, витрати (Клас 18.2)				
18	Збитки Застрахованої особи від втрати, недостачі, пошкодження або псування всього або частини застрахованого багажу	100%, при включенні даної Опції в Програму		
<i>Валюта всіх лімітів відповідальності відповідає валюті страхової суми</i>				

3.2.3.1. Виклик швидкої (невідкладної) допомоги при станах, що потребують такої допомоги на догоспітальному етапі (на місці випадку): при нещасних випадках, гострих захворюваннях і станах, що становлять загрозу життю Застрахованої особи. Здійснюється спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги із використанням спеціалізованого обладнаного автотранспорту.

Страховик відшкодовує витрати на: виїзд бригади швидкої медичної допомоги, експрес діагностику та невідкладну допомогу на місці випадку (виклику), забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

3.2.3.2. Невідкладна стаціонарна допомога при раптовому захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні лабораторні дослідження, інструментальні обстеження, медикаментозне забезпечення, призначені лікарем та на оплату послуг дипломованого лікаря за кордоном.

3.2.3.3. Невідкладна амбулаторна допомога при раптовому захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні лабораторні дослідження, інструментальні обстеження, медикаментозне забезпечення, призначені лікарем та на оплату послуг дипломованого лікаря за кордоном.

Покриття діє з 4-го дня від дати, вказаної в Частині 1, як дата укладання Договору.

3.2.3.4. Швидка (невідкладна) медична допомога, невідкладна амбулаторна чи стаціонарна допомога у зв'язку з захворюванням **SARS-CoV-2 (COVID-19)**, включаючи витрати на діагностичні лабораторні дослідження, інструментальні обстеження, медикаментозне забезпечення, призначені лікарем та на оплату послуг дипломованого лікаря за кордоном в межах 50% страхової суми.

Даний ризик покриває оплату діагностичних тестів тільки при наявності симптомів особливо небезпечних інфекцій та симптомів хвороб органів дихання (клас X МКХ 10), а саме **COVID-19**.

Покриття діє з 4-го дня від дати, вказаної в Частині 1, як дата укладання Договору.

Не покриваються: профілактичні діагностичні тести (тести, які потрібно зробити при перетині кордону країни в'їзду з метою отримання права на в'їзд, тестування у разі необхідності визначення наявності інфекції при появі інформації, що був контакт з інфікованим при відсутності симптомів захворювання, тестування за бажанням Застрахованої особи без необхідності з медичної точки зору, тестування без направлення лікуючого лікаря та без погодження з Асистиансом та інші профілактичні тести) витрати на самоізоляцію чи обсервацію, витрати на евакуацію в Україну, оплату квитків для повернення в Україну, компенсацію витрат за невикористані квитки.

3.2.3.5. Невідкладна стоматологічна допомога в межах визначеного Програмою страхування ліміту відповідальності.

Покриття діє з 4-го дня від дати, вказаної в Частині 1, як дата укладання Договору.

3.2.3.6. Невідкладної гінекологічної та акушерської допомоги за медичними показниками до 30-го тижня вагітності.

3.2.3.7. Наданням допомоги при ПТСР (посттравматичний стресовий розлад).

Покривається психологічна діагностика та 1 психотерапевтична сесія.

Засоби зв'язку:

- застосунок ""DOBRODOC +"";

- телефонний зв'язок за номером 0800 330 036.

Телемедичні консультації здійснюються з 8:00 до 20:00 щоденно.

Покриття діє з 4-го дня від дати, вказаної в Частині I, як дата укладання Договору.

3.2.3.8. Телемедичні консультації

Опція передбачає організацію та сплату консультації, яку надає лікар Асистуючої компанії. За наявності технічної можливості та потреби клієнту може бути запропонований електронний рецепт з зазначенням міжнародної непатентованої назви (МНН) діючої речовини лікарського засобу.

Покриття діє з 4-го дня від дати, вказаної в Частині I, як дата укладання Договору.

3.2.3.9. **Транспортування** Застрахованої особи до **найближчого медичного закладу**, в межах визначеного Програмою страхування ліміту відповідальності, у випадку раптового (гострого) захворювання або нещасного випадку, якщо її самостійне пересування неможливе **через тяжкий стан**.

3.2.3.10. **Перевезення** Застрахованої особи до **країни постійного проживання** (медична евакуація), в межах визначеного Програмою страхування ліміту відповідальності, у випадку раптового захворювання або нещасного випадку.

Медична евакуація/ репатріація(проїзд економічним класом) із-за кордону, необхідність якої виникла в результаті нещасного випадку або раптового захворювання, яка підтверджена відповідними документами та є доцільною з медичної точки зору, проводиться до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту (у разі авіап перевезення) або найближчої до місця постійного проживання. Відшкодовуються також витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводу із-за кордону до місця евакуації Застрахованої особи. Евакуація/репатріація проводиться також у тих випадках, коли витрати на перебування у стаціонарі можуть перевищити витрати на евакуацію або ліміт страхової суми, встановленої Договором страхування і медична евакуація не протипоказана з медичної точки зору. Рішення щодо медичної евакуації/репатріації приймається Страховиком.

Медична евакуація/репатріація здійснюється протягом 15 діб після закінчення періоду страхування, якщо це необхідно за медичними показаннями або Страховик прийняв рішення про таке транспортування. Якщо Застрахована особа або її родичі відмовились від такої медичної евакуації/репатріації, то в подальшому вони організують таке повернення власними силами і за власних рахунків. В такому випадку їй може бути надана компенсація вартості квитків економ класу до території України: Застрахована особа повинна сама придбати квиток і подати заяву на відшкодування в строк до 30 діб з дати повернення в Україну. Відшкодовується вартість квитків в рамках ліміту 300євро/ доларів США за офіційним обмінним курсом НБУ на дату купівлі квитків.

3.2.3.11. **Репатріація тіла** Застрахованої особи до **країни постійного проживання (України)**, в межах визначеного Програмою страхування ліміту відповідальності, у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання.

Репатріація тіла або останків до міжнародного аеропорту (у разі авіап перевезення) або до місця призначення за згодою родичів. Для цього родичі померлого зобов'язані в найкоротший термін надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинні зв'язки із Застрахованою особою. Вид транспорту та строки репатріації визначаються Страховиком. За згодою родичів репатріація залишків може бути замінена на кремацію та транспортування урни з прахом.

3.2.3.12. **Поховання** Застрахованої особи в **країні перебування**, якщо вони не перевищують витрати на репатріацію до країни постійного проживання (за погодженням із Страховиком та близькими родичами Застрахованої особи).

3.2.3.13. **Організація передачі термінових повідомлень** пов'язаних з страховим випадком, в межах визначеного Програмою страхування ліміту відповідальності.

3.2.3.14. Організація супроводу по нестраховим випадкам "Медичний консьєрж"

Опція передбачає надання порад та медичної допомоги, яка не покривається страховим полісом або є виключенням з покриття (нестраховий випадок). Включає в себе:

- а) пораду, що робити в тому чи іншому випадку, якщо випадок не є страховим (в залежності від країни, стану та виду необхідної допомоги);
- б) допомога в пошуку аналогів препаратів за МНН (міжнародна непатентована назва) за кордоном у випадку наявності хронічних захворювань, лікування яких не входить до покриття. При цьому, вартість медикаментів не включена в опцію і повинна оплачуватися самостійно Застрахованою особою;
- с) організація Телемедичної консультації лікаря/ Консультації лікаря онлайн, яка не стосується страхових випадків;

d) організація пошуку необхідного лікаря та запис до лікаря (за можливості). При цьому, вартість консультації лікаря не включена в опцію і повинна оплачуватися самостійно Застрахованою особою:

- опція стосується всіх нестрахових випадків;
- Застрахована особа має статус Тимчасового захисту, але не бажає чекати дати прийому, на яку їй призначено візит для надання безкоштовної допомоги;
- амбулаторна допомога необхідна в період 3-х денної часової франшизи.

3.2.3.15. Організація альтернативної консультації "Друга думка". Надання консультативного висновку, складеного на основі збору і детального вивчення лікарем медичних даних пацієнта.

У випадку, якщо Застрахована особа на власний розсуд бажає отримати дану послугу, Асистанс організує консультацію, а Застрахована особа самостійно сплачує вартість наданої послуги.

3.2.3.16. Проїзд (повернення) дітей до 16 років до України економічним класом до України у разі тривалої хвороби Застрахованої особи (перебування у медичному закладі понад 10 днів), з якою вони перебували за кордоном, в межах визначеного Програмою страхування ліміту відповідальності.

3.2.3.17. Проїзд економ класом близького родича для відвідування Застрахованої особи у разі її перебування у відділенні реанімації більше 10 днів.

3.2.3.18. Збитки Застрахованої особи, понесені через втрату, недостачу, пошкодження або псування всього або частини **застрахованого багажу** через дію будь-яких подій під час перевезення його професійними перевізниками, в межах визначеного Програмою страхування ліміту відповідальності.

Страховий захист діє лише щодо багажу, який:

- переданий під відповідальність перевізника;
- переданий на зберігання в камери схову у готелях, пансіонатах, будинках відпочинку і т.п.;
- знаходився у зачинених номерах готелів, пансіонатів, будинків відпочинку;
- знаходився у зачиненому транспортному засобі (за кордоном), який обладнаний сигналізацією і залишений на автостоянці або у гаражі, що охороняються;
- був як ручна поклажа у разі подорожування у складі туристичної групи транспортним засобом перевізника, який передбачений договором про надання туристичних послуг.

3.2.4. Індивідуальною частиною Договору передбачені страхові суми (ліміти відповідальності) окремо на медичні та інші послуги.

3.3. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

(з урахуванням п. 2.8)

3.3.1. Страхова виплата за Договором, здійснюється шляхом:

3.3.1.1 перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного закладу, який надав послуги на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистуючою компанією або іншим закладом, що надав послуги.

3.3.1.2 відшкодування Застрахованій особі вартості самостійно понесених нею витрат, за умови своєчасного повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку та попереднього узгодження з Страховиком оплати таких витрат. У випадку, коли, з поважних (об'єктивних, незалежних від Застрахованої особи) причин, Застрахована особа повідомила про звернення за медичною допомогою вже після її оплати, та не узгодила оплату цих медичних та інших послуг із Асистуючою компанією чи Страховиком, останній відшкодовує тільки понесені витрати в сумі, що не перевищує 150 USD/EUR по курсу НБУ у гривнях на день настання страхового випадку.

Об'єктивними, документально підтвердженими причинами, Страховик може визнати: відсутність зв'язку в місці тимчасового перебування Застрахованої особи, непритомний стан Застрахованої особи, а також такий критичний стан Застрахованої особи, що несе в собі загрозу її життю та здоров'ю.

3.3.2. Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (з урахуванням п. 2.8.10 цих ЗУСП-Оферти):

- документи Асистуючої компанії щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком;
- оригінали документів, де вказані прізвище, ім'я Застрахованої особи, діагноз захворювання, інформація про лікувальні процедури та дати їх проведення, а також сума сплати за проведене лікування;
- довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря,

підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу; у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково – довідка про рівень алкоголю у крові;
–оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних та інших послуг;
–оригінали квитанцій про оплату наданих медичних, медико-транспортних та супутніх послуг;
–рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;
–документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір понесених витрат;
–оригінали проїзних документів;
–довідку про втрату або пошкодження багажу, яка надається службою «Lost and Found» або іншою сервісною службою або представником перевізника при втраті або пошкодженні багажу;
–документи, що підтверджують розмір збитку при втраті багажу;
–митну декларацію Застрахованої особи при втраті або пошкодженні багажу.

3.3.3. Розмір страхового відшкодування згідно п. 3.2.3.18 ЗУСП-Оферти не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнала Застрахована особа, та дорівнює:

- у випадку втрати або недостачі багажу – розміру дійсної вартості втраченого або недостаючого багажу;
- у випадку пошкодження або псування багажу – сумі, на яку понизилася вартість багажу, або сумі витрат на його відновлення (вартість ремонту, запасних частин (деталей) і матеріалів);

Розмір страхового відшкодування визначається за вирахуванням сум, отриманих як компенсація за втрату або пошкодження багажу від професійних перевізників;

У випадку, якщо після виплати страхового відшкодування втрачений багаж було знайдено, Застрахована особа повинна прийняти цей багаж та повернути Страховику виплачене страхове відшкодування.

3.4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

(з урахуванням п. 2.10)

3.4.1. Страховик не несе відповідальності за цим Договором і не відшкодовує витрати пов'язані з:

3.4.1.1. оплатою витрат Застрахованої особи, здійснених без погодження з Асистансом. При поверненні до України, Страховиком відшкодовуються тільки непередбачені медичні витрати на надання невідкладної медичної допомоги в межах суми, що становить еквівалент 150 у.о. у гривнях по курсу НБУ на день настання страхового випадку;

3.4.1.2. отриманням медичних, медико-транспортних та/або супутніх послуг, які можуть бути покриті за рахунок соціального, добровільного, обов'язкового медичного страхування, оформленого в країні тимчасового перебування, або іншого забезпечення країни тимчасового перебування;

3.4.1.3. лікуванням будь-яких вроджених, хронічних захворювань або захворювань які виникли у Застрахованої особи до моменту укладання цього Договору, крім випадків загострення або ускладнення цих захворювань, що становили безпосередню загрозу життю Застрахованої особи, тобто могли призвести до смерті Застрахованої особи;

3.4.1.4. будь-якими медичними послугами, пов'язаними з діагностикою та лікуванням хронічних, за виключенням загострення хронічного захворювання, що вимагає надання невідкладної/екстреної медичної допомоги захворювань, крім випадків, коли існує гостра загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах щодо усунення гострого болю, в межах ліміту 1,0% від страхової суми;

3.4.1.5. лікуванням захворювань, пов'язаних з віковими дегенеративно-дистрофічними процесами.

3.4.1.6. лікуванням станів, які виникли внаслідок висотної, декомпресійної (кесонної) хвороби. Даний пункт не діє по відношенню до Застрахованих осіб, за яких сплачений додатковий страховий платіж та встановлений відповідний ідентифікатор мети поїздки у Частині 1 Договору за умови, що занурення відбувалось за наявності відповідних сертифікатів, використанням комп'ютера, чіткого виконання рекомендацій комп'ютера та обов'язковим наданням роздруківки або даних комп'ютера.

3.4.1.7. вибірковим або плановим медичним обстеженням, а також з будь-яким лікуванням, що могло бути відстроченим до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання, а саме:

- проведення будь-яких планових хірургічних втручань;

- проведення оперативних втручань з метою лікування злоякісних та доброякісних новоутворень;
- проведення хіміотерапевтичного лікування злоякісних новоутворень, у т.ч. злоякісних новоутворень лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин;
- проведення променевої терапії або радіохірургічних методів лікування;
- проведення оперативних втручань - протезування суглобів;
- проведення оперативних втручань з метою лікування захворювань або застарілих травм хребта та суглобів;
- проведення коронарографії та планових оперативних втручань на серці та судинах, в т.ч. проведення стентування;
- проведення оперативних втручань з приводу хірургічної корекції набутих та вроджених вад;
- проведення операцій трансплантації органів та тканин при будь-яких захворюваннях;
- лікування повільних вірусних інфекцій центральної нервової системи, хронічних вірусних гепатитів (гепатит «В», гепатит «С», вірусний гепатит не уточнений), СНІДу, інфекційних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом та TORCH-інфекції;
- лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотичних та токсичних речовин);
- лікування хронічних психічних захворювань та панічних атак;
- лікування безпліддя.

3.4.1.8. захворюваннями, що не вилікувані на день початку подорожі і які з медичної точки зору є протипоказаннями для здійснення подорожі.

3.4.1.9. захворюваннями, які в попередні 6 (шість) місяців до настання страхового випадку вимагали стаціонарного лікування.

3.4.1.10. ВСД та іншими функціональними розладами, всіма формами мастопатій та ерозій шийки матки, ПМС.

3.4.1.11. медичним обслуговуванням або лікуванням Застрахованої особи, що не є невідкладним і не призначене в результаті раптової хвороби або нещасного випадку, в тому числі лікування препаратом замісної терапії.

3.4.1.12. проведенням оперативних втручань із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШК).

3.4.1.13. вагітністю, а саме: діагностика, лабораторні дослідження, пологи, штучне переривання вагітності (за власним бажанням без медичних показань). Але за винятком станів, що загрожують життю Застрахованої особи та у випадку вимушеного припинення вагітності, що сталося внаслідок нещасного випадку або у зв'язку з раптовим (гострим) захворюванням за медичними показаннями до 30 тижня вагітності.

3.4.1.14. діагностикою та лікуванням захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, кандидоз, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз та інші), TORCH-інфекцій (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція, герпес та інші), ВІЛ-інфекції та СНІДу.

3.4.1.15. захворюваннями на наркоманію та алкоголізм.

3.4.1.16. здійсненням Застрахованою особою професійної діяльності, якщо Частиною 1 Договору не встановлено відповідний ідентифікатор мети поїздки.

3.4.1.17. водолікуванням, косметичним лікуванням, SPA-процедурами.

3.4.1.18. протезуванням, придбанням протезів та ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірювальних приладів тощо), придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами.

3.4.1.19. щепленням, ін'єкцією ліків, якщо вони не були пов'язані з лікуванням, що здійснювалося з приводу настання нещасного випадку.

3.4.1.20. протезуванням та стоматологічним лікуванням зубів, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю в рамках ліміту витрат, зазначеного у відповідній вибраній Опції (програмі страхування).

3.4.1.21. застосуванням способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною.

3.4.1.22. перебуванням в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу.

3.4.1.23. наданням послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності.

3.4.1.24. відновлювальною терапією та фізіотерапією.

3.4.1.25. наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря, косметолога тощо, якщо інше не передбачено Особливими умовами цього Договору.

3.4.1.26. доглядом за Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками, чи ні.

3.4.1.27. витратами, понесеними Застрахованою особою у зв'язку з професійною помилкою лікаря, моральними збитками та іншими непрямими збитками, упущеною вигодою тощо.

3.4.1.28. витратами, що виникли за кордоном після закінчення терміну дії Договору, за винятком витрат, пов'язаних із лікуванням та перебуванням Застрахованої особи в стаціонарних умовах внаслідок раптового (гострого) захворювання або нещасного випадку, що сталися під час дії Договору. При цьому Страховик оплачує тільки непередбачені медичні витрати до моменту усунення загрози життю Застрахованої особи, тобто за час перебування її тільки у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

3.4.1.29. витрати на психотерапевтичне і психіатричне лікування.

3.4.1.30. витрати на платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування.

3.4.1.31. лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, сонячних опіків, фурункульозу, дерматитів, лікуванням алергічних реакцій та захворювань (реакцій на сонячне випромінювання – фотоалергії, реакція на укуси комах чи тварин, реакція на їжу та реакції на інші зовнішні чинники), крім випадків, коли вони становлять загрозу життю Застрахованої особи, а саме станів, що супроводжуються інтоксикацією або набряком дихальних шляхів (стани, що потребують проведення інтенсивної терапії або здійснення реанімаційних заходів), але до моменту усунення такої загрози.

3.4.1.32. наслідками нещасного випадку або раптового (гострого) захворювання Застрахованої особи, що виникли внаслідок участі Застрахованої особи у будь-яких військових діях навіть без оголошеної війни, в тому числі застосуванні вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, локаутів, терористичних актах, введенням військової влади, або військового стану, або стану облоги, або будь-якою подією чи причиною, результатом якої стало оголошення військового стану або стану облоги або будь-яких інших діях за політичними мотивами.

3.4.1.33. будь-яким радіаційним ураженням.

3.4.1.34. епідемією, забрудненням навколишнього середовища та стихійним лихом.

3.4.1.35. наслідками вживання алкоголю та сп'яніння (відсоток алкоголю в крові перевищує норму, встановлену законом країни перебування), наркотичного або токсичного сп'яніння, вживання ліків або наркотичних засобів без призначення лікаря.

3.4.1.36. наслідками нещасних випадків, що спровоковані Застрахованою особою.

3.4.1.37. нещасними випадками, що сталися в результаті занять будь-якими видами масового спорту (спорту для всіх, спорту на аматорському рівні, активними видами відпочинку) або спорту вищих досягнень (професійного спорту), утому числі під час змагань або тренувань, якщо інше не передбачено умовами, зазначеними в Договорі;

3.4.1.38. на транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший, якщо воно здійснювалося без участі Асистуючої компанії або без попереднього погодження з ним чи зі Страховиком;

3.4.1.39. нещасним випадком, що стався в результаті глибоководного занурення на глибину більше 18 метрів, якщо інше не передбачено умовами, зазначеними в Договорі.

3.4.2. Страховик не несе відповідальності за цим Договором і не відшкодовує збитки та витрати, якщо вони пов'язані з:

3.4.2.1. арештом, конфіскацією або знищенням багажу за вимогою військового чи цивільного уряду, митних органів.

3.4.2.2. навмисними діями чи грубою необережністю Застрахованої особи або її представників, а також внаслідок порушення ким-небудь з них встановлених правил перевезення, пересилання і збереження багажу.

3.4.2.3. діями Застрахованої особи або її представників у стані алкогольного сп'яніння, під впливом наркотичних чи токсичних речовин.

3.4.2.4. зміною температурно-вологісного режиму, впливу температури, трюмного, багажного, складського повітря чи особливих властивостей і природних якостей багажу (зокрема усушки, повільного виділення

тепла при шумуванні, гнитті, самозаймання тощо), природної втрати (зміни) маси (об'єму) багажу або його природного зносу.

3.4.2.5. виробничими дефектами багажу.

3.4.2.6. невідповідністю упаковки багажу та відправлення багажу в ушкоджену стані.

3.4.2.7. нестачею або пошкодженням багажу при цілісності зовнішньої упаковки.

3.4.2.8. ушкодженням багажу грибком (пліснявою), черв'яками, гризунами, комахами тощо.

3.4.2.9. з одержанням багажу в пункті призначення не уповноваженою особою.

3.4.2.10. з неправильним, несвоєчасним чи неповним оформленням перевізних документів.

3.4.2.11. втратою та пошкодженням наступних речей:

- готівки, дорожніх чеків, банківських карток, цінних паперів;
- особистої та ділової документації (у тому числі комерційних або наукових матеріалів),
- проїзних документів, паспортів та будь-яких видів документів;
- авіаквитків, залізничних або інших квитків,
- особливо цінних речей та предметів, а саме: дорогоцінних металів та виробів з них, дорогоцінних та напівдорогоцінних каменів без оправ, ювелірних виробів, хутряних виробів, філателістичних, нумізматичних та інших колекцій або предметів, що за своєю суттю є дорогоцінними, коштовними або
- рідкісними, речей та предметів, що мають художню або історичну цінність;
- талонів на оплату палива;
- будь-яких видів протезів (в т.ч. зубних протезів) та контактних лінз;
- аудіовізуальних записів, (переносні) портативні аудіо-, фото-, кіно-, відео-, обчислювальні та програмні системи, друкуючі пристрої, і т.д., та будь-яке приладдя до них;
- предметів релігійного культу;
- тварин, рослини і насіння.

3.4.2.12. затримкою доставки багажу транспортними засобами, що здійснюють перевезення, до 6 (шести) годин з моменту прибуття Застрахованої особи до терміналу (станції) призначення країни тимчасового перебування.

3.4.2.13. затримкою багажу Застрахованої особи, викликану митним доглядом.

3.4.2.14. витратами на предмети першої необхідності, які були здійснені Застрахованою особою після доставки її багажу перевізником.

3.4.2.15. неповідомленням Застрахованою особою уповноваженого представника компанії перевізника про затримку доставки багажу або його втрату.

4. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 1 "Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)"

4.1. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

4.1.1. **Страховим ризиком** є настання нещасного випадку із Застрахованою особою під час дії Договору.

4.1.2. **Страховий випадок** – подія, яка відбулась внаслідок настання страхового ризику, передбаченого п.4.1.1 цих ЗУСП-Оферти, та яка призвела до:

- 1) отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень внаслідок нещасного випадку, який стався із Застрахованою особою (далі – "**Травма**")
- 2) смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (далі – "**Смерть**").

4.2. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ (з урахуванням п. 2.10)

4.2.1. **Не є страховим випадком:**

4.2.1.1. тимчасова непрацездатність, інвалідність, смерть Застрахованої особи внаслідок будь-якої хвороби або захворювання, що не є наслідком настання нещасного випадку;

4.2.1.2. зникнення Застрахованої особи безвісти;

4.2.1.3. подія, що сталася під час здійснення діяльності, яка не підпадає під мету подорожі, передбачену (застраховану) Договором.

4.3. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

(з урахуванням п. 2.8)

4.3.1. При настанні страхового випадку, Страховик відшкодовує:

4.3.1.1. у випадку **Смерті** – 100% відповідної страхової суми;

4.3.1.2. у разі **Травми** – у розмірах, визначених у Таблиці 2.1 «Таблиця розмірів страхових виплат, що здійснюються по ушкодженню здоров'я внаслідок нещасного випадку» (Додаток 2 до цих ЗУСП-Оферти).

4.3.2. Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу, незалежно від того скористалася Застрахована особа послугами Асистуючої компанії чи самостійно оплатила медичні та інші послуги.

4.3.3. Якщо нещасний випадок призвів до Травми і Застрахованій особі була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку **протягом 6 (шести) місяців** від дати настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення Договору, настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому п.4.3.1.1 цих ЗУСП-Оферти за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.

4.3.4. **Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (з урахуванням п.2.8.8 цих ЗУСП-Оферти):**

4.3.4.1. у випадку **Травми**: довідка медичного закладу або виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;

4.3.4.2. у випадку **Смерті**: свідоцтво про смерть Застрахованої особи; свідоцтво про право на спадщину; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; довідка лікувального закладу про причину смерті.

4.4. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

(з урахуванням п. 2.8.1)

4.4.1. Повідомити про подію Страховика **протягом 1 (одного) тижня** після повернення в Україну.

Додаток 1
до Загальних умов страхового продукту
«Страхування подорожуючих за межі України «TRAVEL»

Таблиця 1.1

Країна подорожі	Територія дії (Зона покриття) на умовах Договору
Абхазія**	не діє
Австралія	World
Австрія	Europe
Азербайджан	Europe
Аланські острови	Europe
Албанія	Europe
Алжир	World*
Ангола	World*
Андорра	Europe
Аргентина	World
Багамські острови	World
Бангладеш	World*
Беліз	World
Бельгія	Europe
Бермудські острови	World
білорусь*	не діє
Болгарія	Europe
Болівія	World
Боснія і Герцеговина	Europe
Ботсвана	World*
Бразилія	World
Британські Віргінські острови	World
Бруней-Дарусалам	World*
Буркіна-Фасо	World*
Бурунді	World*
Бутан	World*
В'єтнам	World*
Ватикан	Europe
Ведмежі острови	World*
Велика Британія	Europe
Венесуела	World
Вірменія	Europe
Габон	World*
Гавайські острови	World
Гамбія	World*

Гана	World*
Гаяна	World
Гватемала	World
Гондурас	World
Гонконг	World*
Греція (без півострова Афон)	Europe
Грузія	Europe
Данія (без о. Гренландії і Фарерських островів)	Europe
Домініканська Республіка	World
Еквадор	World
Екваторіальна Гвінея	World*
Естонія	Europe
Ефіопія	World*
Єгипет	Europe
Замбія	World*
Західна Захара	World*
Ізраїль	World*
Індія	World*
Індонезія	World*
Іран	World*
Ірландія	Europe
Ісландія	Europe
Іспанія	Europe
Італія	Europe
Йорданія	Europe
Кабо-Верде	World*
Казахстан	Europe
Кайманові острови	World
Камбоджа	World*
Камерун	World*
Канада	World
Канарські острови	World*
Катар	World*
Кенія	World*
Киргизія	Europe
Китай	World*
Колумбія	World
Коморські острови	World*
Конго	World*
Корея Південна	World*
Косово**	не діє
Коста-Ріка	World
Курильські острови	World*
Латвія	Europe
Литва	Europe
Ліхтенштейн	Europe

Люксембург	Europe
М'янма (Бірма)	World*
Македонія	Europe
Малайзія	World*
Малі	World*
Мальдівські острови	World
Марокко	World*
Мексика	World
Мозамбік	World*
Молдова	Europe
Монако	Europe
Монголія	World*
Нагірно-Карабаська Республіка**	не діє
Намібія	World*
Непал	World*
Нігер	World*
Нігерія	World*
Нідерланди	Europe
Нікарагуа	World
Німеччина (безБюзінген-на-Верхньому-Рейні)	Europe
Норвегія (безШпіцбергена і Ведмежихостровів)	Europe
о. Американські Віргінські острови	World
о. Англія	World
о. Антигуа і Барбуда	World
о. Аруба	World
о. Барбадос	World
о. Бахрейн	World*
о. Вануату	World
о. Гаїті	World
о. Гваделупа	World
о. Гренада	World
о. Гренландія	World
о. Гуам	World
о. Домінікана	World
о. Іріан-Джая	World
о. Кіпр	Europe
о. Кірібаті	World
о. Кріт	Europe
о. Куба	World
о. Кюрасао	World
о. Маврикій	World*
о. Мадагаскар	World*
о. Мадейра	World*
о. Майорка	Europe
о. Майотта	World*
о. Мальта	Europe

о. Мартиніка	World
о. Монтсеррат	World
о. Нова Гвінея	World
о. Нова Зеландія	World
о. Нова Каледонія	World
о. Норфолк	World
о. Палау	World
о. Папуа-Нова Гвінея	World
о. Пасхи	World
о. Пуерто-Рико	World
о. Реюньон	World*
о. Сент-Бартелемі	World
о. Сент-Вінсент і Гренадини	World
о. Сент-Кітс і Невіс	World
о. Сент-Люсія	World
о. Сент-Мартен	World
о. Сент-П'єр і Мікелон	World
о. Сицилія	Europe
о. Сінт-Мартен	World
о. Тайвань	World*
о. Тенеріфе	World*
о. Тонга	World
о. Фіджі	World
о. Шрі-Ланка	World*
о. Ямайка	World
Об'єднані Арабські Емірати (ОАЕ)	Europe
Оман	World*
Острови Французької Полінезії	World
Панама	World
ПАР	World
Парагвай	World
Перу	World
Південна Джорджія та Південні Сандвічеві острови	World
Південна Осетія **	не діє
Північні Маріанські острови	World
Польща	Europe
Португалія	Europe
Придністровська Молдавська Республіка**	не діє
росія*	не діє
Руанда	World*
Румунія	Europe
Сальвадор	World
Сан-Маріно	Europe
Саудівська Аравія	World*
Сейшельські острови	World*
Сербія	Europe

Сінгапур	World
Словаччина	Europe
Словенія	Europe
Соломонови острови	World
Сурінам	World
США	World
Таджикістан	Europe
Таїланд	World
Теркс і Кейкос острови	World
Туніс	Europe
Турецька Республіка Північного Кіпру**	не діє
Туреччина	Europe
Туркменістан	Europe
Угорщина	Europe
Узбекистан	Europe
Уругвай	World
Фарерські острови	World
Філіппіни (Філіппінські острови)	World*
Фінляндія	Europe
Фолклендські острови	World
Франція	Europe
Французька Гвіана	World
Хорватія	Europe
Чехія	Europe
Чілі	World
Чорногорія	Europe
Швейцарія	Europe
Швеція	Europe
Японія	World

*- громадяни даних країн не приймаються на страхування! в даних країнах нема покриття!

нема покриття- Договір не укладається
Договором страхування (Індивідуальною частиною) може бути передбачено інша Зона покриття за вказаною країною.

**ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ,
що здійснюються по ушкодженню здоров'я внаслідок нещасного випадку**

Таблиця 2.1

№	Травматичне ушкодження, інший розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (у % від страхової суми)
ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1.	Перелом кісток черепа:	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
2.	г) склепіння і основи	25
	Внутрішньочерепні травматичні гематоми:	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
3.	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
	Ушкодження головного мозку:	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 3 до 15 днів	3
	б) струс головного мозку при терміні лікування від 15 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10
	г) не видалені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розмізчування речовини головного мозку (без опису симптоматики)	50
Примітки:		
1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10% від страхової суми, одноразово.		
2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснена за одним з підпунктів, яким враховане найтяжче ушкодження. При ушкодженнях, вказані в різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
4.	Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне) , що призвело до:	
	а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років	5
	б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту	10
	в) епілепсії	15
	г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
д) гемі - або парапарезу (парезу обох верхніх або нижніх кінцівок або	40	

	лівих кінцівок) , амнезії (втрати пам'яті)	
	е) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	ж)тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції)	70
	з) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови) , декортикації, порушення функції тазових органів	100
	<p>Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними у п. 4, виплачується за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3-х місяців з дня отримання травми та підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, яка була здійснена у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.</p> <p>2. У випадку, коли Страхувальником (Застрахованою особою) подані довідки стосовно лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється за Статтями 1-6 цієї Таблиці шляхом підсумовування.</p> <p>3. В разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями шляхом підсумовування.</p>	
5.	Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів	10
	Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, то страхова виплата здійснюється за ст.1 цієї Таблиці. Стаття 5 при цьому не застосовується.	
6.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:	
	а) струс	5
	б) забій	10
	в) здавлений, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний перерив спинного мозку	100
	<p>Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата була здійснена згідно з підпунктами а), б), в), г) цієї статті, а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст. 4, які підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, то страхова виплата за ст. 4 здійснюється додатково до попередньої виплати.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, то додатково виплачується 15 % від страхової суми, одноразово.</p>	
7. .	Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів пальцевих нервів)	5
8.	Ушкодження перерив, поранення шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетіння	40
	в) перерив сплетіння	70
	<p>Примітка: 1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються.</p> <p>2. Невралгії, невропатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.</p>	
9.	Перерив нервів:	
	а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на	5

	кисті;	
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	20
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового.	25
	д) двох і більше: пахвового, ліктьового, серединного па рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного і стегнового	40
	Примітка: ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не дає підстав для отримання страхової виплати.	
ОРГАНИ ЗОРУ		
10.	Параліч акомодатії одного ока.	15
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).	15
12.	Звуження поля зору одного ока:	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13.	в) пульсуючий екзофтальм одного ока	20
14.	Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору:	
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема	5
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II-III ступеня, гемофтальм	15
	в) опіки ока без зазначення ступеня, а також опіки ока I ступеня	3
	Примітки: 1. У випадку, якщо ушкодження, перелічені в ст. 14 цієї Таблиці призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20 цієї Таблиці. Стаття 14 при цьому не застосовується. 2. Якщо ж у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснювалася страхова виплата за ст. 14, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, то раніше виплачена сума утримується. 3. Поверхневі інородні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.	
15.	Ушкодження слезопровідних шляхів одного ока:	
	а) які не призвели до порушення функції слезопровідних шляхів	5
	б) які призвели до порушення функції слезопровідних шляхів	10
16.	Наслідки травми ока:	
	а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт	5
	б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій) , заворот повіка, не видалені сторонні тіла у очному яблуці та тканинах очної ямки, рубці оболонки очного яблука та повік (за винятком шкіри)	10
	Примітки: 1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16 цієї Таблиці, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільше тяжкого наслідку, одноразово. 2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше ніж через 3 місяця після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, які перелічені у статтях 10 - 13, 15 б), 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом	

	підсумовування, але не більше ніж 50% за одне око.	
17.	Ушкодження ока (очей) , що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, які мали зір не нижче 0,01.	100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.	10
19.	Перелом орбіти.	10
20.	Зниження гостроти зору - розмір страхової виплати згідно Таблиці 2.2. цього Додатку.	
	<p>Примітки: 1. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймаються після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з 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. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за статтями 14, 15 а) та 19 цієї Таблиці.</p> <p>2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого ока. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнює 1,0.</p> <p>3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, то слід вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0.</p> <p>4. У випадку, коли у зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована коригуюча лінза, то страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.</p>	
ОРГАНИ СЛУХУ ТА ОРГАНИ ДИХАННЯ		
21.	Ушкодження вушної раковини, що призвели до:	
	а) переламу хряща	3
	б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини	5
	в) відсутності 1/3-1/2 частини вушної раковини	10
	г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини	30
	Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати за ст. 21 (б, в, г) приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата здійснена за ст. 21, то ст. 58 не застосовується	
22.	Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху:	
	а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м	5
	б) шепітна мова на відстані до 1 м	15
	в) цілковита глухота (розмовна мова - 0)	25
	Примітка. Рішення про здійснення страхової виплати у зв'язку із зниженням внаслідок травми слуху приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 місяців з дня одержання травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за ст. 23, 24 а) цієї Таблиці (якщо є підстави) .	
23.	Розрив однієї барабанної перетинки, що настав внаслідок травми, і не призвів до зниження слуху.	5
	Примітки: 1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перетинки та настало зниження слуху, то розмір страхової виплати визначається за ст. 22. Стаття 23 при цьому не застосовується.	

	2. Якщо розрив барабанної перетинки настав внаслідок перелому основи черепа (середня черепна ямка), то ст. 23 не застосовується.	
24.	Ушкодження одного вуха, що призвело до післятравматичного отиту:	
	а) гострого гнійного	3
	б) хронічного	5
	Примітка. Страхова виплата за ст. 24 б) здійснюється додатково у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене ЛОР-фахівцем через 3 місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми за відповідною статтею.	
25.	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки.	
		5
	Примітка. Якщо у зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа настане його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами лікарського огляду, то страхова виплата здійснюється за ст. 25 та ст. 58 (якщо є підстави застосування цієї статті) шляхом підсумовування.	
26.	Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:	
	а) з однієї сторони	5
	б) з обох сторін.	10
	Примітки: 1. Пневмонія, яка розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (за винятком ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не дає підстав для здійснення страхової виплати. 2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених ст. 26, страхова виплата за цією статтею виплачується додатково до ст. 28, ст. 29.	
27.	Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвели до:	
	а) легеневої недостатності (після 3 місяців з дня травми)	10
	б) видалення долі, частини легені	40
	в) видалення однієї легені	60
	Примітка. При здійсненні страхової виплати за статтею 27 (б, в) стаття 27 а) не застосовується.	
28.	Перелом грудини.	5
29.	Перелом ребер:	
	а) одного ребра	5
	б) кожного наступного ребра	3
	Примітки: 1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати. 3. Якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість ушкоджених ребер, то страхова виплата здійснюється з врахуванням більшого числа ребер.	
30.	Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:	
	а) торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії	5
	б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини	15
	г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	10

	<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, то страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 27; стаття 30 при цьому не застосовується. Статті 30 та 26 одночасно не застосовуються.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найскладнішого втручання, одноразово.</p>	
31.	Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції	5
	<p>Примітка. Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія (трахеотомія), то додатково виплачується 5% від страхової суми.</p>	
32.	Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:	
	а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми	10
	б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми	20
	<p>Примітка. Страхова виплата за ст. 32 здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою за ст. 31. У випадку, якщо страхувальник (застрахована особа) в своїй заяві вказав, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, то необхідно отримати висновок спеціаліста по закінченню 3 місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 31.</p>	
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності	25
34.	Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності:	
	а) I ступеня	10
	б) II - III ступеня	25
	<p>Примітка. Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а).</p>	
35.	Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу	20
	<p>Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктюві та променеві артерії, підключичні, підпахвові, стегнові та підколінні вени.</p> <p>2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста.</p> <p>3. Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми, встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченню 3-х місяців після травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за ст. 33, 35.</p>	

4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного русла, то додатково виплачується 10% від страхової суми.

ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ

37.	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5
	б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
<p>Примітки:</p> <p>1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати.</p> <p>3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, величких кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово.</p>		
38.	Звичайних вивих щелепи.	
		10
<p>Примітка. При звичному вивиху нижньої щелепи страхова виплата здійснюється додатково до страхової виплати, здійсненої за ст. 37, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної в період дії договору страхування, та протягом трьох років після неї. При рецидивах, звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.</p>		
39.	Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40
	б) щелепи	80
<p>Примітки: 1. При здійсненні страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості.</p> <p>2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася пошкодженням інших органів ротової порожнини, страхова виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування.</p> <p>3. При здійсненні страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.</p>		
40.	Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, відмороження, що призвели до утворення рубців (незалежно від їх розміру))	3
41.	Ушкодження язика, що призвели до:	
	а) відсутності кінчика язика	10
	б) відсутності дистальної третини язика	15
	в) відсутності язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика	60
42.	Ушкодження зубів, що призвело до:	
	а) злам коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня), вивиху зуба	3
	б) втрата 1 зуба	5
	в) втрата 2-3 зубів	10
	г) втрата 4-6 зубів	15
	д) втрата 7-9 зубів	20
	е) втрата 10 і більше зубів	25
<p>Примітки:</p> <p>1. При переломі чи втраті внаслідок травми зубів з нез'ємними протезами страхова виплата здійснюється з урахуванням втрати лише опорних зубів. При пошкодженні внаслідок травми змінні протезів страхова виплата не здійснюється.</p>		

	<p>2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5 років страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати, яка повинна бути здійснена, визначається за ст. 37 та ст.42 шляхом підсумовування.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з травмою зуба була здійснена страхова виплата за ст. 42а, а в подальшому цей зуб був видалений, то із страхової виплати, яка повинна бути здійснена, вираховується раніше здійснена страхова виплата.</p> <p>5. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб буде імплантований, страхова виплата здійснюється на загальних підставах за ст. 42. У випадку видалення цього зуба додаткова виплата не проводиться.</p>	
43.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими пошкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунку, що не призвели до функціональних порушень.	5
44.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:	
	а) звуження стравоходу:	
	(I) першого ступеня	25
	(II) другого ступеня	30
	(III) третього ступеня	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми) , а також стан після пластики стравоходу	100
	Примітка. Процент від страхової суми, який підлягає сплаті за ст. 44, визначається не раніше німе через 6 місяців з дня травми. Раніше цього страхова виплата здійснюється попередньо за ст.43 і цей процент вираховується при прийнятті остаточного рішення.	
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:	
	а) холециститу, дуоденіту, гастриту, панкреатиту, ентериту, коліту, проктиту, парапроктиту	5
	б) рубцевого звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору	10
	в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності	25
	г) кишкового свища, кишково - піхвового свища, свища підшлункової залози	50
	д) протиприродного заднього проходу (колостоми)	100
	Примітки: 1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах у ст. 45 (а, б, в), страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченню 3 місяців після травми, а передбачені в ст. 45 (г, д) - по закінченню 6 місяців після травми. Вказані ускладнення травми визнаються лише у тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється за ст. 43 і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення	
	2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному підпункті статті, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням коленого з них шляхом підсумовування.	
46.	Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою, або стан після операції з	10

	приводу такої грижі.	
	<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 46 здійснюється додатково до страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.</p> <p>2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.</p>	
47.	Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатозу	5
	б) печінкової недостатності	20
48.	Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:	
	а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура	15
	б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки	25
	г) видалення частини печінки та жовчного міхура	35
49.	Ушкодження селезінки, що призвело до:	
	а) підкапсульного розриву селезінки, що потребував оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30
50.	Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишечника, брижі, що призвели до:	
	а) утворення псевдокісти підшлункової залози	20
	б) резекції шлунку, кишечника, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунку	60
	<p>Примітка. При наслідках травми, які перелічені в одному підпункті, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	
51.	Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені:	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5
	б) лапаротомія при підозрі на пошкодження органів живота (в тому числі, з лапароскопією, лапароцентезом)	10
	в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
	г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості)	10
	<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати за ст. 47 - 50, то ст. 51 (крім підпункту г) не застосовується.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється за відповідними статтями та ст. 51 в, одноразово.</p> <p>3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовивідної чи статевий системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5%.</p>	
СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМИ		
52.	Ушкодження нирки, що призвели до:	
	а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував	5

	оперативного втручання	
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
53.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до:	
	а) циститу, уретриту	5
	б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу	10
	в) зменшення об'єму сечового міхура	15
	г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу	25
	д) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розм'ягчення), хронічної ниркової недостатності	30
	е) непрохідності сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів	40
	<p>Примітки. 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, процент від страхової суми, що підлягає виплаті, визначається за одним з підпунктів ст. 53, що враховує найважчі наслідки ушкодження.</p> <p>2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в ст. 53 (а, в, г, д, е), здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченню 3-х місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 52 або 55 а) і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p>	
54.	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (не залежно від їх кількості)	10
	<p>Примітка: Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється за ст. 52 (б, в). Стаття 54 при цьому не застосовується.</p>	
55.	Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:	
	а) поранення, розрив	5
	б) зґвалтування особи у віці:	
	до 15 років	50
	від 15 до 18 років	30
	від 18 років і старше	15
56.	Ушкодження статевої системи, що призвело до:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члену	30
	в) втрати матки у жінок віком:	
	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	від 50 і старше	15
	г) втрати статевого, члена, в тому числі разом з яєчками у чоловіків віком:	
	до 50 років	80
	50 років і старше	40

М'ЯКІ ТКАНИНИ

57.	Ушкодження м'яких тканин голови, тулуба, кінцівок, які супроводжувалися кровотечею, для зупинки якою обов'язково треба провести ПХО рани (накладання швів, скоб, тощо)	
	а) рани розміром до 3 см	3
	б) рани розміром більше 3 см	5
<p>Примітки: 1. Якщо з пошкодженням м'яких тканин мали місце травмування кісток, в'язок, внутрішніх органів, судин чи інших тканин або органів, то виплата проводиться з урахуванням найбільш важкої травми.</p> <p>2. Якщо через 3 (три) місяці після травми виникли рубці, плями, то Застрахованій особі додатково роблять виплату згідно ст. 58-59</p>		
58.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:	
	а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 2 до 5 см	3
	б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 5 см і більше	5
	в) значного порушення косметичного вигляду	10
	г) різкого порушення косметичного вигляду	30
	д) спотворення.	70
<p>Примітки: 1. До косметична помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини. Спотворення - це різка зміна істотного вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного та інших зовнішніх впливів.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичний вигляд в тому чи іншому ступені.</p> <p>3. Якщо внаслідок пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була виплачена відповідна страхова виплата, а потім застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), страхова виплата проводиться знову з урахуванням наслідків повторної травми.</p>		
59.	Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею або пігментних плям площею:	
	а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше	3
	б) від 5,0 кв. см до 0,5 % поверхні тіла	5
	в) від 0,5 % до 2,0 % поверхні тіла	10
	г) від 2,0 % до 4,0 % поверхні тіла	15
	д) від 4,0 % до 6,0 % поверхні тіла	20
	є) від 6,0 % до 8,0 % поверхні тіла	25
	ж) від 8,0 % до 10 % поверхні тіла	30
	з) від 10 % до 15 % поверхні тіла	35
	і) від 15 % та більше	40
<p>Примітки: 1. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, що вимірюється на рівні гілок II - V п'ястих кісток (без урахування I пальця).</p> <p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p>		

	3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), пункт 59 не застосовується.	
	4. Рішення про проведення страхової виплати за статтями 58-59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхонь ран але не раніше ніж через 3 (три) місяці після травми.	
60.	Опікова хвороба	10
	Примітки: страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.	
61.	Ушкодження м'яких тканин:	
	а) невидалені сторонні тіла	3
	б) м'язева грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см	5
	в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття аутотрансплантата, розрив м'язів	7
	Примітки. 1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язевою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1 місяця з дня травми. 2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом. 61 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.	
ХРЕБЕТ		
62.	Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка):	
	а) одного-двох;	20
	б) трьох-п'яти;	30
	в) шести і більше	40
63.	Розрив міжхребцевих зв'язок (при терміні лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка).	5
	Примітки: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.	
64.	Перелом остистого або поперекового відростка:	
	а) одного-двох	5
	б) трьох і більше	10
65.	Перелом крижів	10
66.	Ушкодження куприка:	
	а) підвивих куприкових хребців	3
	б) вивих куприкових хребців	5
	в) перелом куприкових хребців	10
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі, крижів та куприка) проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми станеться перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата проводиться за статтею, яка передбачує найважче ушкодження, одноразово.	
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ		

67.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудино - ключичного зчленувань:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	5
	б) перелому двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоמו-вивих ключиці	10
	в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування г) незрощений перелом (псевдосуглоб)	15
<p>Примітки: 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, рішення про проведення страхової виплати за ст. 58 приймається за результатами лікарського огляду, проведеного після загоєння рани.</p> <p>3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 6 місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.</p>		

ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ

68.	Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, головки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобової сумки) :	
	а) розрив сухожилків, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі, великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча;	5
	б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча;	10
	в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки) перелоמו-вивих плеча;	15
69.	Ушкодження плечового поясу, що призвели до:	
	а) звичного вивиху плеча	15
	б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу)	20
	в) "бовтаючогося" плечового суглоба, внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	40
<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 69 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом після закінчення 6 місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього закладу.</p> <p>2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми.</p> <p>3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3 років після первинного вивиху, що стався під час чинності договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилося його вправлення. В разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не проводиться.</p>		

ПЛЕЧЕ

70.	Перелом плечової кістки:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15
	б) подвійний перелам	20
71.	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба)	45

	<p>Примітки: 1. Страхова виплата за пункт 71 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 9 місяців після травми.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми.</p>	
72.	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації:	
	а) з лопаткою, ключицею або їх частиною	80
	б) плеча на будь-якому рівні	75
	в) єдиної кінцівки на рівні плеча	100
	<p>Примітка: якщо страхова виплата проводиться за пункт 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>	
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
73.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:	
	а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя	3
	б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
	г) перелом плечової кістки	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.	20
	<p>Примітка: у випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перелічені у статті 73, страхова виплата проводиться у відповідності з підпунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	
74.	Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);	25
	б) "бовтаючогося" ліктьового суглобу внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	40
	<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 74 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченню 6 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.</p> <p>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
75.	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):	
	а) перелом, вивих однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
76.	Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30
	<p>Примітки: Страхова виплата за ст. 76 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.</p>	

77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляції ліктьовому суглобі	70
	в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p> <p>2. Якщо страхова виплата проводиться за ст. 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.</p>		
ПРОМЕНЕВО ЗАП'ЯСТНИЙ СУГЛОБ		
78.	Ушкодження ділянки променевоzap'ястного суглоба:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих головки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перілунарний вивих кисті	15
79.	Ушкодження ділянки променевоzap'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі.	15
<p>Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променевоzap'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевоzap'ястного суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми.</p>		
КИСТЬ		
80.	Перелом або вивих кісток зап'ястя, п'ясних кісток однієї кисті:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більше кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, перелоמו-вивих кисті	15
<p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово.</p> <p>2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування</p>		
81.	Ушкодження кисті, що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ясних кісток зап'ястя або променевоzap'ястного суглоба	65
	в) ампутації єдиної кисті	100
<p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ясних кісток проводиться додатково за ст. 81а) у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 3 місяці від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.</p>		
ПАЛЬЦІ КИСТІ. ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ		
82.	Ушкодження пальця, що призвело до:	

	а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів пальця	3
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію.	5
	Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.	
83.	Ушкодження пальця, що призвели до:	
	а) відсутності рухів в одному суглобі	10
	б) відсутності рухів у двох суглобах	15
	Примітки: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції I пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.	
84.	Пошкодження пальця, що призвело до:	
	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	5
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги	10
	в) ампутації на рівні між фалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги)	15
	г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
	д) ампутації пальця з п'ясною кісткою або її частиною	25
	Примітка: якщо страхова виплата проведена за ст. 84, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.	
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
85.	Ушкодження одного пальця, що призвело до:	
	а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилка (сухожилків) розгиначів пальця	3
	б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків) згиначів пальця, сухожилкового, суглобового, кісткового панарицію.	5
	Примітки: 1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожилків, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.	
86.	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у одному суглобі	5
	б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця	10
	Примітка: Страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з його травмою, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми, та підтверджена довідкою цього закладу.	
87.	Ушкодження пальця, що призвело до:	

	а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги	3
	б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги	5
	в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг	10
	г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця	15
	д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її	20
<p>Примітки: 1. Якщо страхова виплата проведена за ст. 87, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не провадиться.</p> <p>2. При ушкодженні декількох пальців в період чинності одного договору страхування страхова, виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте розмір її не повинен перевищувати 65% для однієї кисті та 100 % для обох кистей.</p>		
ТАЗ		
88.	Ушкодження таза:	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки	10
	в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань	15
<p>Примітка: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>		
89.	Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:	
	а) у одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40
<p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться за ст. 89 додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою таза, у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.</p>		
НИЖНЯ КІНЦІВКА. ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
90.	Ушкодження тазостегнового суглоба:	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
	б) ізольований відрив вертела (вертелів)	10
	в) вивих стегна	15
	г) перелом головки, шийки, проксимального метафіза стегна	25
<p>Примітки: 1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата проводиться у відповідності до одного з підпунктів, який передбачає найважчі ушкодження.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>		
91.	Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:	
	а) відсутність рухів (анкілозу)	20
	б) незрощеного перелому шийки стегна	30
	в) ендопротезування	40
	г) "бовтаючогося" суглоба внаслідок резекції головки стегна	45
<p>Примітки: 1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у ст. 91, проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою суглоба.</p>		

2. Страхова виплата за ст. 91 б) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення буде встановлено у лікувальному закладі, але не раніше як через 9 місяців з дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.

СТЕГНО

92.	Перелом стегна:	
	а) на будь-якому рівні, за винятком ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина)	20
	б) подвійний перелом стегна	30
93.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому	
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово. 2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.	
94.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна:	
	а) однієї кінцівки	70
	б) єдиної кінцівки	100
	Примітка: якщо страхова виплата була проведена за ст. 94, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	

КОЛІННИЙ СУГЛОБ

95.	Ушкодження ділянки колінного суглоба:	
	а) гемартроз, вивих надколінника	3
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом головки малогомілкової кістки, пошкодження меніска	5
	в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки, розрив зв'язок, що вимагав оперативного лікування	10
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з головкою малогомілкової	15
	д) перелом відростків стегна, вивих гомілки	20
	є) перелом дистального метафіза стегна	25
	ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	30
	Примітки: 1. При поєднанні різних ушкоджень колінного суглоба, страхова виплата проводиться одноразово у відповідності до одного з підпунктів ст. 95, що передбачає найтяжче ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.	
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у суглобі	20
	б) "бовтаючогося" колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його	30

	в) ендопротезування	40
Примітка: страхова виплата за ст. 96 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою цього суглоба.		
ГОМІЛКА		
97.	Перелом кісток гомілки (за винятком ділянки суглобів):	
	а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15
Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 97 визначається при: - переломах малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - переломах діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині. 2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата проводиться за статтями 95 та 97 або статтями 100 та 97 шляхом підсумовування.		
98.	Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (за винятком кісткових фрагментів):	
	а) малогомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20
Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 98 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переламом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.		
99.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації гомілки на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляції в колінному суглобі	70
	в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
Примітки: якщо страхова виплата була проведена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не провадиться.		
ГОМІЛКОВОСТУПНЕВИЙ СУГЛОБ		
100.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба:	
	а) перелом однієї щиколотки, пошкодження зв'язок (розрив, розтягіння), ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
	б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки	15
Примітки: 1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, які супроводісувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.		
101.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до:	

	а) відсутність рухів у гомілковоступневому суглобі	20
	б) "бовтаючогося" гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його)	40
	в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі.	50
Примітка: якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в ст.101, страхова виплата проводиться за одним з підпунктів, що враховує найбільш тяжкий наслідок.		
102.	Ушкодження ахіллового сухожилка:	
	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15
СТОПА		
103.	Ушкодження стопи:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсньовому суглобі (Лісфранка)	15
Примітки: 1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово. 2. При переломах або вивихах кісток стопи, які настали внаслідок різних травм, страхова виплата проводиться з урахуванням факту кожної травми.		
104.	Ушкодження стопи, що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток	15
	в) артродезпідтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка)	20
	г) ампутації нарівні плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи)	30
	д) ампутації нарівні плюсневих кісток або передплюсни	40
	є) ампутації нарівні таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи)	50
Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами 104 (а, б, в), проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, коли вони будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а за підпунктами (г, д, є) - незалежно від строку, що минув після травми.		
ПАЛЬЦІ СТОПИ		
105.	Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилка (сухожилків):	
	а) одного пальця, крім першого	3
	б) двох-трьох пальців або першого	5
	в) чотирьох пальців (II-V)	10
Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3 % від страхової суми одноразово.		
106.	Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:	

першого пальця		
а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба		5
б) на рівні основної фаланги або плюсне-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців		10
в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг		5
г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів		10
д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг		15
е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів		20
Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться. 2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5 % від страхової суми одноразово.		
107.	Ушкодження, що призвело до:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки	5
	в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту	10
Примітки: 1. Стаття 107 застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6 місяців від дня травми (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів). При гематогенному остеомієліті страхова виплата проводиться після пред'явлення довідки ф. № 195. 2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.		
ВІДМОРОЖЕННЯ		
108.	Загальне охолодження організму (шок):	
	а) на повітрі	5
	б) на воді	10
109.	Відмороження в залежності від ступеня:	
	а) I ступеня	5
	б) II ступеня	10
	в) III ступеня	15
	г) IV ступеня	20
110.	Ускладнення при III- IV ступені відмороження:	
1. Місцевого характеру:		
	а) ранева інфекція (анаеробна, гнилісна, гнійна)	7
	б) ішемія кінцівки (нітровкаліт, зміна тактильної чутливості)	10
2. Загального характеру:		
	а) пневмонія	10
	б) сепсис	20
	в) емболія	10
	г) гострий міоглобінурійний невроз	10
3. Відторгнення органу (ніс, вушні раковини, статевий член):		
1) Часткове:		
	а) вушної раковини	10
	б) від 1/3 до 2/3 носу	20
	в) статевого члену	20
2) Повне:		

	а) вуха	20
	б) носу	30
	в) статевого члену	40
ТЕРМІЧНІ ТА ХІМІЧНІ ОПІКИ*		
111.	Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12 % поверхні тіла	5
112.	Глибокі ушкодження (ШБ, IV ступеня) на площі до 6% поверхні тіла	5
113.	Ушкодження площею від 13 % до 20 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, IV ступеня) до 10 % поверхні тіла	10
114.	Ушкодження площею від 21 % до 59 % поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, IV ступеня) до 40 % поверхні тіла	25
115.	Ушкодження площею від 60 % і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (ШБ, IV ступеня) від 40 % поверхні тіла та більше	45
*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60		
ІНШІ НЕЩАСНІ ВИПАДКИ.		
116.	Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.	5
	Примітка: страхова виплата за пунктом 116 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.	
117.	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні:	
	а) 2 - 6 днів	5
	б) 7 -13 днів	7
	в) 14 і більше днів	10
	Примітка: якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 117, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова виплата за відповідними статтями Таблиці з урахуванням встановлених в них строків.	
118.	Страховий випадок, що стався з застрахованою особою в період чинності договору страхування, і не передбачений цією Таблицею, але при цьому вимагалось стаціонарне і (або) амбулаторне безперервне лікування в цілому не менше ніж 10 днів	3
Примітка: отримання внаслідок травми рани до 1 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.		

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Євроінс Україна»
Україна, м. Київ, вул. Велика Васильківська, 102
Код ЄДРПОУ 22868348
тел. 38 (044) 247-44-77

Голова Правління  / Яковенко А.В.
... / підпис

