

ЗАТВЕРДЖЕНО
Голова правління
ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА
«УКРАЇНСЬКА АГРАРНО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ»



О.П. Ішук

«25» червня 2020 р.

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ
ВИПАДКІВ

(НОВА РЕДАКЦІЯ)

м. Київ, 2020 р.

З М І С Т

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	3
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ	8
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	9
6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	11
7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ	11
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	12
9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	13
10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	13
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	15
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	16
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У	18
СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	18
14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	18
15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	20
16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	20
17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	21
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ	21
Додаток № 1 УШКОДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПО СТРАХОВИМ ВИПАДКАМ	23
Додаток №2 СТРАХОВІ ТАРИФИ	48

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила добровільного страхування від нещасних випадків (надалі – Правила) розроблені Приватним акціонерним товариством «Українська аграрно – страхова компанія» (надалі – Страховик) на підставі Закону України «Про страхування» та інших актів законодавства, що діють на території України.

1.2. На підставі цих Правил та Закону України «Про страхування» Страховик укладає договори добровільного страхування від нещасних випадків (надалі – Договір страхування) з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі – Страхувальники).

1.3. Ці Правила регулюють відносини між Страховиком та Страхувальником щодо порядку та умов укладення Договорів страхування.

1.4. В Договорі страхування за згодою сторін може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються до Договору і не діють в конкретних умовах страхування.

1.5. Страхувальники можуть укласти зі Страховиками Договори про страхування третіх осіб (застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Договір страхування малолітньої або неповнолітньої особи може бути укладений її батьками, опікунами (піклувальниками) або іншими особами за письмовою згодою її батьків або опікунів.

1.6. Застрахованими особами можуть бути особи до 65 років, які на час укладення Договору страхування не є онкологічно хворими, хворими на цукровий діабет, на тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими, а також не знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах.

Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.7. Вигодонабувач – фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для отримання страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

Якщо Вигодонабувач не був призначений у Договорі страхування або помер, то страхова виплата у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку виплачується спадкоємцю(-ям) Застрахованої особи, визначеному(-им) відповідно до законодавства України.

У період дії Договору страхування до настання страхового випадку Страхувальник за згодою Застрахованої особи має право змінити особу Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.8. За даними Правилами передбачається укладання Договору страхування окремої фізичної особи та страхування колективу працівників Страхувальника або групи осіб. В останньому випадку Договір страхування укладається Страхувальником - юридичною особою про страхування фізичних осіб, які є його працівниками або членами родини цих працівників.

До Договору страхування додається список Застрахованих осіб та інформація, яка необхідна Страховику для оцінки ризику.

1.9. Дані Правила регулюють загальні умови страхування та порядок укладення Договору страхування. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договору страхування за згодою Сторін та повинні відповідати цим Правилам та не суперечити законодавству України.

2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Поняття та вирази, що використовуються в цих Правилах, мають такі значення:

- 2.1. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська аграрно – страхова компанія».
- 2.2. **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, у тому числі фізична особа-підприємець, резидент або нерезидент України, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.
- 2.3. **Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю якої є предметом Договору страхування, на користь якої укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування.
- 2.4. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, що призначена у Договорі страхування за згодою Страхувальника/Застрахованої особи для отримання страхових виплат. За Договором страхування Вигодонабувачем може бути:
- 2.4.1. Застрахована особа, у разі оплати Застрахованою особою медичних послуг самостійно;
- 2.4.2. Будь-яка фізична особа, вказана у розпорядженні про призначення Вигодонабувача – у разі сплати Застрахованою особою послуг самостійно;
- 2.4.3. Батьки/опікуни неповнолітньої Застрахованої особи.
- 2.5. **Асистанс/Асистуюча компанія** – юридична особа або фізична особа-підприємець, яка може діяти від імені та за дорученням Страховика і координувати дії Страхувальника/Застрахованої особи та осіб, які надають послуги Страхувальникові /Застрахованій особі, у разі настання певних подій (страхових випадків), передбачених Договором страхування, а також може організовувати, контролювати, оплачувати вартість надання таких послуг та виконувати інші дії від імені та за дорученням Страховика.
- 2.6. **Анкета/Декларація про стан здоров'я** – письмова заява, яка подається Страхувальником або Застрахованою особою під час укладання Договору страхування, та містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, з метою визначення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення щодо укладення Договору страхування.
- 2.7. **Стан здоров'я** – характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, яка підтверджується медичною документацією.
- 2.8. **Погіршення стану здоров'я (невідкладний стан)** – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю пацієнта або оточуючих його людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.
- 2.9. **Програма медичного страхування** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, які обрані Страхувальником/Застрахованою особою при укладенні Договору страхування та надаються їй на підставі цього Договору страхування. Договір страхування за бажанням Страхувальника/Застрахованої особи може включати одну або декілька програм страхування, може передбачати зміни з урахуванням індивідуальних побажань Страхувальника, та/або індивідуальну програму страхування для конкретної Застрахованої особи.
- 2.10. **Амбулаторія (поліклініка)** – заклад охорони здоров'я, який надає амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу (поліклінічну допомогу) пацієнтам, стан яких не потребує цілодобового перебування в медичному закладі, з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей.
- 2.11. **Амбулаторно-поліклінічна медична допомога (поліклінічна допомога)** – організована та регулярна медична допомога (послуга), що надається пацієнту в умовах поліклініки.
- 2.12. **Фармацевтична установа** – установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичну установу медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги (послуг), передбаченої Договором страхування.

2.13. **Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

2.14. **Хронічне захворювання** – захворювання (хвороба), з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Хронічні захворювання поділяють на зворотні та незворотні:

2.14.1. зворотне хронічне захворювання – захворювання, яке можливо повністю вилікувати із застосуванням сучасних медичних технологій, доступних в Україні. При цьому, ускладнення захворювання не обов'язково ліквідуються.

2.14.2. незворотне хронічне захворювання – захворювання, яке не можливо повністю вилікувати із застосуванням сучасних медичних технологій, доступних в Україні. Медичні послуги, що надаються при незворотному хронічному захворюванні, спрямовані на обмеження прогресування захворювання та попередження виникнення загострень захворювання та ускладнень захворювання.

2.15. **Захворювання** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та / або морфологічними змінами.

2.16. **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, та яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю. Тривалість гострого захворювання не може перевищувати 6 (шість) місяців.

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

2.18. **Фаза ремісії** – період тимчасового поліпшення стану пацієнта, яке проявляється в уповільненні або припиненні прогресування хвороби, частковому чи зворотному розвитку, повному зникненні клінічних проявів патологічного процесу.

2.19. **Стаціонарна медична допомога (послуга)** – медична допомога (послуга), що надається пацієнту, при умові його безперервного перебування в стаціонарі, ЛПЗ, протягом строку, який перевищує 24 години

2.20. **ЛПЗ (лікувально – профілактичний заклад)** – підприємство, установа або організація, завданням якої є забезпечення різноманітних потреб населення у галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичного персоналу. ЛПЗ є лікарні для надання стаціонарної медичної допомоги хворим, диспансери, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань та забезпечують диспансеризацію населення, інші визначені законодавством України заклади охорони здоров'я.

2.21. **Медикаментозне забезпечення (лікування)** – забезпечення Страховика/Застрахованої особи медикаментами та товарами медичного призначення.

2.22. **Медична допомога (послуга)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшення здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями,

лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності особи, а також спрямованих на реабілітацію хворих та інвалідів.

2.22.1. **Медична допомога** включає наступні види допомоги:

- 1) екстрена;
- 2) первинна;
- 3) вторинна (спеціалізована);
- 4) третинна (високоспеціалізована);
- 5) паліативна допомога.

2.22.2. **Медичні послуги** включають консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, що надаються із залученням медичного персоналу ЛПЗ або Страховика (Асистанса), зокрема, але не обмежуючись:

- 1) огляд та консультація фахівців;
- 2) проведення лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- 3) виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- 4) проведення оперативного втручання;
- 5) готельні послуги під час лікування в ЛПЗ (харчування, вартість утримання 1 ліжка, комунальні послуги тощо);
- 6) використання спеціалізованого санітарного транспорту.

2.23. **Медична установа** – заклад охорони здоров'я, який згідно з законодавством України має право надавати медико-санітарну допомогу, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, з метою забезпечення потреб населення в галузі охорони здоров'я та виконання інших функцій, відповідно до професійної діяльності медичного персоналу.

2.24. **Невідкладна медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Невідкладна медична допомога полягає у виїзді бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до Застрахованої особи, яка перебуває у невідкладному стані, та, якщо у її стані виникли раптові ускладнення, які не можуть бути усунуті медичними працівниками цієї бригади, у перевезенні цієї Застрахованої особи до найближчого закладу охорони здоров'я.

2.25. **Парамедична послуга** – дія, спрямована на покращення сервісного обслуговування Застрахованої особи під час надання їй медичної допомоги (послуг).

2.26. **Стоматологічна допомога** – це самостійний вид медичної допомоги, що надається за видами лікувально-профілактичної допомоги, до якої входять стоматологічна терапевтична, стоматологічна хірургічна, стоматологічна ортопедична (ортодонтична) допомога. Стоматологічна допомога може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, функціональну діагностику, фізіотерапію, анестезіологічні маніпуляції, але не обмежується переліченими послугами. Стоматологічна допомога поділяється на:

2.26.1. **Невідкладна стоматологічна допомога** – надання медичних послуг при раптовому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування.

2.26.2. **Планова стоматологічна допомога** – надання медичних послуг, спрямованих на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, герметизація фісур, встановлення планових пломб, видалення зуба тощо).

2.27. **Ліміт відповідальності** – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат по одному з ризиків або їхньої сукупності, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або відносно страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися страхові виплати. Ліміт відповідальності може бути

виражений у грошових одиницях (грошовий ліміт), кількості послуг або в інших обмеженнях (квотний ліміт). Ліміт відповідальності може бути:

2.27.1. ліміт відповідальності агрегатний (сумарний) – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат по всім Застрахованим особам, які підпадають під дію ліміту відповідальності відповідно до одного загального Договору страхування;

2.27.2. ліміт відповідальності індивідуальний – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат індивідуально по кожній Застрахованій особі, яка входить до списку загального Договору страхування.

2.28. **Період відстрочки** – це певний період у часі від моменту початку дії Договору страхування, протягом якого Страховик не несе відповідальності за випадками, що сталися зі Страхувальником/Застрахованою особою. Тривалість періоду відстрочки зазначається у Договорі страхування

2.29. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування або законодавством України, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

2.30. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

2.31. **Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

2.32. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

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

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

2.35. **Строк страхування** – строк, встановлений у Договорі страхування, за який Страхувальник сплачує страховий платіж і протягом якого Страховик здійснює страховий захист та несе обов'язок у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

2.36. **Період страхування (період дії страхового захисту)** – строк, визначений у Договорі страхування, протягом якого діє страховий захист.

2.37. **Страховий захист** – захист майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором страхування. Якщо в період дії страхового захисту внаслідок непередбаченого і раптового настання обумовленої в Договорі страхування події (страхового випадку) Застрахованою особою отримана медична (лікувальна, діагностична, консультативна тощо) допомога та інші послуги у межах та в обсязі програми страхування, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору страхування шляхом виплати грошових коштів у межах страхової суми, зазначеної у Договорі страхування.

2.38. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору страхування. Франшиза може бути безумовною, умовною, часовою. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми, лімітів відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, в абсолютній грошовій величині або в днях.

2.38.1. **безумовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку. Безумовна франшиза вираховується при розрахуванні страхової виплати при кожному та будь-якому страховому випадку.

2.38.2. **умовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова

величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати, якщо витрати, що виникли внаслідок настання страхового випадку і підлягають виплаті на умовах укладеного Договору страхування, не перевищують розміру умовної франшизи. Умовна франшиза не вираховується при розрахуванні страхової виплати, якщо величина витрат, що виникли внаслідок настання страхового випадку, перевищує величину умовної франшизи, встановленої Договором страхування. Якщо зазначена величина витрат дорівнює або менша величини умовної франшизи, встановленої Договором страхування, страхова виплата не здійснюється.

2.38.3. **часова франшиза** – кількість днів, визначених у Договорі страхування, протягом яких не діє страховий захист.

2.39. Зміст інших понять і термінів, які не визначені цими Правилами, визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом договору страхування згідно з даними Правилами є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

3.2. Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини у випадку смерті Страхувальника чи Застрахованої особи, тимчасової втрати ним (нею) працездатності, встановлення йому (їй) інвалідності або отримання ним (нею) травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я, передбачених Договором страхування, внаслідок нещасного випадку, який стався зі Страхувальником чи Застрахованою особою під час дії Договору страхування.

3.3. Добровільне страхування від нещасних випадків може передбачати особливі умови страхування водія та/або пасажирів наземного транспорту від нещасного випадку, пов'язаного з дорожньо-транспортною пригодою.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим ризиком за цими Правилами є вірогідне настання із Застрахованою особою протягом строку дії Договору страхування нещасного випадку, що стався з нею на виробництві або в побуті.

4.2. Страховим випадком за цими Правилами є подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування, та підтверджена документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством України порядку і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату (страхове відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі, та яка спричинила наступні наслідки:

4.2.1. травматичні або інші тілесні ушкодження Застрахованої особи;

4.2.2. тимчасову втрату Застрахованою особою працездатності (для непрацюючих фізичних осіб та дітей – перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні внаслідок нещасного випадку). У період тимчасової втрати працездатності Застрахована особа не може здійснювати трудову діяльність.

При тимчасовій втраті працездатності може бути встановлена часова франшиза тривалістю від 1 до 7 діб, у разі перевищення якої, подія не буде визнаватися страховим випадком;

- 4.2.3. стійку втрату Застрахованою особою загальної працездатності зі встановленням певної групи інвалідності;
- 4.2.4. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
- 4.3. Договором страхування може бути передбачено, що вказані у пункті 4.2.3. цих Правил (у тому числі, зміна групи інвалідності на більш високу) та пункті 4.2.4. цих Правил події визнаються також страховими випадками за умови, що вони сталися протягом одного року з дня нещасного випадку, який мав місце під час дії Договору страхування, є безпосередніми його наслідками, та підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством України порядку (медичними закладами, судом тощо).
- 4.4. Під час укладання Договору страхування Страхувальник може обрати одну зі схем страхування:
- 4.4.1. **Схема 1.** Страхування на випадок:
- тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності внаслідок нещасного випадку;
 - стійкої втрати Застрахованою особою працездатності (встановлення групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку;
 - смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- 4.4.2. **Схема 2.** Страхування на випадок:
- ушкодження здоров'я Застрахованої особи, передбаченого у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку № 1 до цих Правил, внаслідок нещасного випадку;
 - смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 5.1. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:
- 5.1.1. вчинення або спроби вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій;
- 5.1.2. дій Страхувальника (Застрахованої особи) в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 5.1.3. самогубства або замаху на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи) за винятком тих випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб, підтвердженими документами компетентних органів;
- 5.1.4. вчинення Вигодонабувачем (спадкоємцем Застрахованої особи) умисного злочину, що призвів до загибелі або смерті Застрахованої особи;
- 5.1.5. умисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану, самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти;
- 5.1.6. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або без права на керування таким транспортним засобом, передачі управління транспортним засобом особі, яка знаходилася у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, яка не мала права на керування таким транспортним засобом;
- 5.1.7. використання транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації, установі) з власною корисною метою та/або без дозволу адміністрації;
- 5.1.8. внаслідок інфаркту, інсульту або іншого захворювання, крім захворювання, викликаного страховим випадком;

5.1.9. внаслідок порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, інших вимог нормативно-правових актів, порушення правил експлуатації будь-яких об'єктів та механізмів тощо, правил дорожнього руху;

5.1.10. внаслідок служби Застрахованої особи в збройних силах (строкова, за контрактом тощо);

5.1.11. заняття Застрахованою особою видами спорту підвищеного ризику або екстремальними видами спорту (альпінізм, скелелазання, бойові види спорту, авіаційний спорт, дайвінг тощо), якщо Договором страхування не передбачено наявність відповідного фактору ризику за ризиком спорту.

5.2. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо подія сталася:

5.2.1. під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору страхування;

5.2.2. під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту, за винятком випадків, коли Застрахована особа не приймала безпосередню участь в цих подіях і була визнана як жертва;

5.2.3. від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння, ушкодження здоров'я від боєприпасів на території проведення антитерористичної операції та в населених пунктах, розташованих на лінії зіткнення (розмежування), під час проведення антитерористичної операції;

5.2.4. у випадку впливу ядерної енергії, у тому числі взаємодії з радіоактивними речовинами;

5.2.5. внаслідок протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку.

5.3. Страховик не несе відповідальності у разі несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору страхування.

5.4. Страховик не несе відповідальності за події, що трапились під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших слідчих дій, що визначені Кримінальним процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

5.5. Страховик не несе відповідальності за дії Застрахованої особи у стані неосудності на момент настання страхового випадку.

5.6. При визнанні Страхувальника (Застрахованої особи) у судовому порядку без вісті відсутнім (зниклим) страхова сума не виплачується.

5.7. На підставі цих Правил не може бути укладений Договір страхування відносно осіб, які на момент його укладання визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними.

5.8. Страховиком можуть встановлюватися обмеження страхування:

- по території дії Договору страхування (населений пункт, область, регіон тощо);
- за віком – для Застрахованої особи;
- інші обмеження з урахуванням конкретних умов страхування.

5.9. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, не можуть бути Застрахованими особами (обмеження страхування):

5.9.1. онкологічно хворі, хворі з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних,

туберкульозних диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, під наглядом ендокринолога;

5.10. Окремі виключення із числа перерахованих у пунктах 5.1. – 5.5. цих Правил страхування можуть не застосовуватися при укладанні Договору страхування.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

6.1. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

6.2. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу, що наведений у Додатку № 2 до даних Правил.

6.3. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці короткостроковості Додатку № 2, в залежності від строку дії Договору страхування.

У випадку, коли Договір страхування укладений на неповні місяці, страховий платіж сплачується як за повний місяць.

6.4. Страховий платіж сплачується одноразово, якщо інше не передбачено Договором страхування, у строк, визначений умовами Договору страхування. У випадку якщо Договором страхування передбачено поетапну оплату страхового платежу та у разі якщо наступний страховий платіж не був сплачений Страхувальником у строк, передбачений Договором страхування, відповідальність Страховика за Договором встановлюється пропорційно отриманому від Страхувальника страховому платежу (платежів) згідно з п. 7.2 цих Правил.

6.5. Страхувальники згідно з Договором страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

6.6. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою у касу Страховика чи страховому агенту, або використати безготівкові форми розрахунків.

6.7. Якщо під час дії Договору страхування виникають обставини, що збільшують страховий ризик, Страховик має право поставити вимогу про сплату додаткового страхового платежу. Відмова Страхувальника від сплати додаткового страхового платежу є підставою для дострокового припинення дії Договору страхування з моменту зміни страхового ризику на умовах, визначених Договором страхування.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

7.1. Розмір страхової суми встановлюється для кожної Застрахованої особи за згодою Сторін при укладенні Договору страхування.

7.2. Якщо Страхувальник не повністю сплатив черговий страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу. При цьому Страховик залишає за собою право прийняти рішення щодо оплати страхового відшкодування у повному обсязі незалежно від розміру отриманих платежів або здійснити часткову (компромісну) виплату у розмірі, визначеному Страховиком.

7.3. В період дії Договору страхування Страхувальник за згодою Страховика може збільшити розмір страхової суми:

7.3.1. При збільшенні страхової суми величина доплати страхової премії (Д) розраховується за формулою (1) для кожного об'єкту страхування окремо:

$$Д = (П2 - П1) \times К, \quad (1)$$

де П1, П2 – страхові премії по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно;

К – коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з таблицею короткостроковості Додатку 1 та кількістю повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування. При цьому неповний місяць приймається за повний.

7.3.2. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника-юридичної особи баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою), та інші документи, необхідні для оцінки Страховиком страхового ризику.

Страховик має право вимагати медичного освідчення особи, про страхування якої укладається Договір страхування.

8.2. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки ймовірності настання страхового випадку. Істотними є такі обставини, які можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладання Договору страхування взагалі або щодо укладання Договору на узгоджених із Страхувальником умовах.

Страхувальник несе відповідальність за достовірність і повноту даних, представлених ним при укладанні Договору страхування.

Якщо після укладення Договору був встановлений факт повідомлення Страхувальником наперед неправдивих відомостей або неповідомлення про відомі або такі, які повинні були бути йому відомі обставини, які мають істотне значення для визначення ймовірності настання страхового випадку, то в разі його настання Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати.

Якщо факт неповідомлення або повідомлення наперед неправдивих відомостей встановлено після того, як страхову виплату було здійснено, то Страховик має право на повернення йому здійсненої виплати від особи, яка її отримала, згідно з законодавством України.

8.3. У разі укладання Договору страхування колективу (групи осіб) до нього додається список Застрахованих осіб. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору.

8.4. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі Сторін.

8.5. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.6. Страхувальник має право укладати Договори про страхування третіх осіб лише за їх згодою. У разі укладання Договору про страхування неповнолітньої особи необхідна згода її батьків або опікунів.

8.8. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.9. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог законодавства України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених законодавством України, Страхувальник повинен надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.

8.10. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, а також згідно з Законом України

«Про страхування», якщо його укладено після страхового випадку.

8.11. Договір страхування визначається недійсним у судовому порядку.

9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від одного до дванадцяти календарних місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.2. В кожному конкретному Договорі страхування зазначається строк, протягом якого діє страховий захист (період страхування).

9.2.1. Страховий захист по відношенню до Застрахованої особи може діяти:

1) Протягом 24-х годин на добу (як на виробництві, так і в побуті);

2) Під час виконання службових обов'язків;

3) Під час виконання службових обов'язків, а також протягом часу, необхідного для подолання шляху від місця проживання Застрахованої особи до місця виконання службових обов'язків та назад.

9.3. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. У разі настання страхового випадку (якщо Страхувальник є Застрахованою особою) на отримання страхової виплати з урахуванням конкретних умов Договору страхування.

10.1.2. На укладання Договору страхування про страхування третьої особи, яка може набувати права і обов'язки Страхувальника згідно з Договором страхування.

10.1.3. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін згідно з розділом 15 цих Правил, про що укладається додаткова угода до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником. При цьому, Страховик у разі збільшення страхового ризику, має право вимагати доплати до страхового внеску.

10.1.4. Достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до Застрахованих осіб, з якими Страхувальник припинив трудові відносини.

10.1.5. На дострокове припинення дії Договору страхування згідно з умовами даних Правил.

10.1.6. На отримання дублікату Договору страхування (полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

10.1.7. Вимагати від Страховика дотримання конфіденційності відносно будь-якої інформації щодо Договору страхування.

10.1.8. Оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України.

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. Повідомити Страховику достовірну інформацію, що має значення для оцінки ступеня ризику. При зміні ступеня ризику протягом трьох робочих днів, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити про це в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування. Вся інформація надається в письмовому вигляді за підписом керівника Страхувальника (якщо Страхувальник є юридичною особою).

10.2.2. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірі і в строки, що обумовлені Договором страхування.

10.2.3. Протягом трьох робочих днів, якщо інше не передбачено Договором страхування, письмово повідомити Страховика про настання страхового випадку. У разі, коли з поважних причин це було неможливим, Страхувальник повинен повідомити

Страховика про страховий випадок у той же строк з моменту, коли з'явилась така можливість.

10.2.4. Подати всі необхідні документи, що стосуються страхового випадку, в порядку та у строки, визначені цими Правилами та Договором страхування, і надавати на запити Страховика інформацію та документи, що мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, вищезазначених заходів повинна вжити Застрахована особа.

10.2.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування стосовно Застрахованої особи.

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

10.2.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

10.3. Страховик має право:

10.3.1. Перевіряти достовірність наданих Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеню ризику, а також перевіряти документацію Страхувальника (Застрахованої особи) в частині, що стосується Договору страхування у будь-який момент його дії.

10.3.2. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

10.3.3. На отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу в разі збільшення ступеня страхового ризику.

10.3.4. Відстрочити прийняття рішення про виплату страхового відшкодування у випадках, передбачених цими Правилами та Договором страхування.

10.3.5. Відмовити у страховій виплаті згідно з розділом 5 цих Правил, а також у разі:

а) навмисних дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації.

Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства України.

б) вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

в) подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

г) несвоєчасного повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку (дотримання пункту 10.2. цих Правил) без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

д) інші випадки, передбачені законодавством України.

Рішення про відмову у страховій виплаті приймається страховиком у строк не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку, та повідомляється Страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України та цим Правилам.

10.3.6. Достроково припинити дію Договору страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини прийняття такого рішення.

10.3.7. Вимагати повернення страхової виплати, якщо на те виникнуть підстави, передбачені умовами Договору та/або законодавством України.

10.3.8. Ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов Договору страхування.

10.4. Страховик зобов'язаний:

10.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

10.4.2. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату згідно з п. 14.1 цих Правил. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

10.4.3. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) або Вигодонабувачу.

10.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

10.4.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування.

10.4.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законодавством.

10.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика, які не суперечать цим Правилам та законодавству України. Конкретний перелік прав та обов'язків (зобов'язань) Страховика та Страхувальника визначається у Договорі страхування.

10.6. Права та обов'язки неповнолітніх Застрахованих осіб за Договором страхування здійснюють їх законні представники – батьки або опікуни (піклувальники).

10.7. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну власності, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно з Договором страхування.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі настання події, яка має ознаки страхового випадку, Страхувальник або Застрахована особа зобов'язані:

11.1.1. вжити всіх можливих заходів для зменшення та запобігання розміру завданої шкоди, усунення причин, що сприяють виникненню додаткової шкоди, з'ясування характеру та обставин події, що стала причиною заподіяння шкоди;

11.1.2. протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події повідомити Страховика про настання нещасного випадку за телефоном, зазначеним у Договорі страхування, або факсом, телеграмою, листом тощо, та подати письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, протягом трьох робочих днів з моменту настання події з коротким описом обставин та характеру нещасного випадку;

11.1.3. протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події, що може бути визнана страховим випадком, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу та/або за необхідності до інших компетентних органів (відповідно до характеру події: органи внутрішніх справ, пожежної охорони, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, тощо).

У разі неприбуття зазначених представників компетентних органів на місце події звернутися до територіального відділення органу, яке сповіщалося про подію, для

отримання довідки, що підтверджує факт і час звернення;

11.1.4. надати Страховику документи, необхідні для встановлення причин, обставин та характеру нещасного випадку відповідно до розділу 12 цих Правил та Договору страхування.

11.2. У разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку, заходи, передбачені пунктом 11.1 цих Правил, повинен вжити Вигодонабувач або спадкоємці Застрахованої особи. У випадку, коли з поважних причин це було неможливим, Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач повинен повідомити Страховика про страховий випадок у той же строк з моменту, коли з'явилась така можливість. При цьому, Страховик має право вимагати письмового обґрунтування причин відстрочки повідомлення про настання страхового випадку, а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язані підтвердити відповідним документом медичної установи той факт, що він (вона) не мав (-ла) фізичної можливості вчасно направити повідомлення внаслідок заподіяння шкоди здоров'ю.

11.3. Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику достовірні дані про стан здоров'я Застрахованої особи, а також іншу необхідну достовірну інформацію на вимогу Страховика.

11.4. Договором страхування визначається конкретний перелік дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, який не суперечить цим Правилам страхування та законодавству України.

12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

12.1. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні виплати, визначення розміру завданого збитку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач або Спадкоємець Застрахованої особи) зобов'язаний надати Страховику такі документи:

12.1.1. У зв'язку зі встановленням інвалідності або при тимчасовій втраті працездатності Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику наступні документи:

1) письмову заяву про настання страхової події;
2) письмову заяву на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

3) оригінал Договору страхування (страхового свідоцтва (полісу));

4) документи компетентного органу (відповідно до ризику, за яким стався страховий випадок) про факт та час звернення Застрахованої особи (Вигодонабувача) та/або про характер та обставини настання страхового випадку (довідка органів внутрішніх справ, Державної служби України з надзвичайних ситуацій тощо);

5) документи з медичних закладів, а саме: листок непрацездатності, довідку або Виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого, оформлені відповідно до законодавства України, щодо амбулаторного та/або стаціонарного лікування для дітей та непрацюючих, епікриз хворого тощо, а також висновок про наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку;

6) акт про нещасний випадок за формою Н-1 – у разі отримання травми на виробництві, та/або акт про нещасний випадок за формою НТ – у разі настання нещасного випадку не виробничого характеру;

7) довідки МСЕК про встановлення певної групи інвалідності (для дітей – висновок ЛКК при стійкому розладі здоров'я);

8) документи, що підтверджують здійснені Страхувальником витрати щодо запобігання або зменшення розміру збитків, завданих із настанням страхового випадку, якщо відшкодування таких витрат передбачене Договором страхування.

9) документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати (копію паспорту та довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків);

10) інші документи, на вимогу Страховика, які мають значення для визнання події страховим випадком.

12.1.2. У разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Вигодонабувач або, якщо Вигодонабувач не був призначений або помер, спадкоємець Застрахованої особи, який визнаний у встановленому законодавством порядку, надає:

1) письмову заяву на страхову виплату;

2) оригінал Договору страхування (страхового свідоцтва (полісу));

3) виписний епікриз;

4) акт про нещасний випадок, пов'язаний з виробництвом;

5) свідоцтво про смерть;

6) свідоцтво про право на спадщину, завірене в нотаріальному порядку (для спадкоємців);

7) документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати (копію паспорту та довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків);

8) інші документи, за вимогою Страховика, які мають значення для визнання події страховим випадком.

12.2. Вищезазначені документи Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач або спадкоємець подають Страховику в строк не більше п'ятнадцяти робочих днів після настання страхового випадку (при тимчасовій непрацездатності – з дня закінчення лікування; при стійкій втраті працездатності – з дати встановлення інвалідності).

12.3. Якщо для отримання страхової виплати необхідні документи, отримання яких в даний строк не є можливим (довідка МСЕК, рішення суду, свідоцтво про право на спадщину і т. ін.), Страхувальник (Застрахована особа), Вигодонабувач або спадкоємець зобов'язані їх надати протягом трьох робочих днів з дня отримання у відповідних органах.

12.4. У всіх випадках, коли подія, що може бути визнана страховим випадком, сталася внаслідок вчинення діянь, які мають ознаки кримінального правопорушення, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач або Спадкоємець Застрахованої особи) зобов'язаний надати Страховику такі документи:

12.4.1. документ, що підтверджує прийняття та реєстрацію органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, заяви про повідомлення про кримінальне правопорушення;

12.4.2. документ, що підтверджує внесення органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, відомостей про кримінальне правопорушення до Єдиного реєстру досудових розслідувань (зокрема, витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань);

12.4.3. копію постанови слідчого, прокурора або ухвали чи виправдувального вироку суду про закриття кримінального провадження, чи зупинення досудового розслідування або рішення (вирок) суду.

12.5. Документи, передбачені цим розділом Правил, надаються Страховику у формі оригінальних примірників, нотаріально засвідчених копій, простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Якщо документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутній номер, дата, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення про здійснення страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків.

12.6. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог законодавства України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених законодавством України, Страхувальник повинен надати Страховикові для ознайомлення та копіювання

документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.

12.7. В окремих випадках Страховик має право мотивовано вимагати надання інших документів, не зазначених у пунктах 12.1. та 12.4 цих Правил, якщо на підставі наявних доказів неможливо зробити висновок про факт настання страхового випадку.

12.8. Конкретний перелік документів, що підтверджує настання страхового випадку та розмір збитків, зазначається у Договорі страхування.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Страховик зобов'язаний при надходженні письмової заяви від Страхувальника на страхову виплату у строк не більше п'ятнадцяти робочих днів, якщо інший строк не встановлений Договором страхування, з дня одержання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 12 даних Правил), прийняти рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті. Рішення про виплату страхового відшкодування приймається у вигляді складання страхового акту.

13.2. Страховик може прийняти рішення про відмову у страховій виплаті відповідно до пункту 10.3.5. даних Правил.

13.3. При відмові у страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) або Вигодонабувачу (спадкоємцю Застрахованої особи) в письмовій формі обґрунтовані причини відмови у строк не більше десяти робочих днів з дня прийняття рішення про відмову у виплаті.

13.4. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати трьох місяців з дати прийняття рішення про продовження цього строку.

14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

14.1. Страховик здійснює страхову виплату наступним чином:

14.1.1. Схема 1:

а) у разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Вигодонабувачу або, якщо Вигодонабувач не був призначений у Договорі страхування або помер, спадкоємцю Застрахованої особи здійснюється страхова виплата у розмірі 100% страхової суми. У разі призначення у Договорі страхування декількох Вигодонабувачів, страхова виплата розподіляється між ними у рівних частинах, якщо інше не передбачено Договором страхування;

б) у разі встановлення групи інвалідності Застрахованій особі внаслідок нещасного випадку їй виплачується:

І група - 100% страхової суми;

II група - 75% страхової суми;

III група - 50% страхової суми;

в) у разі тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності їй здійснюється страхова виплата з розрахунку 0,2% - 0,5% (конкретний розмір встановлюється у Договорі страхування) страхової суми за кожен день безперервного лікування, але не більше 50% страхової суми за весь час тимчасової непрацездатності. Якщо розлад здоров'я отримала застрахована дитина (Застрахована особа віком до 16 років), страхова виплата здійснюється її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно з законодавством України.

У разі встановлення інвалідності Застрахованій особі або її смерті внаслідок нещасного випадку після тимчасової втрати працездатності, по якій здійснювалися страхові виплати,

Застрахованій особі або її спадкоємцю чи Вигодонабувачу виплачується різниця між страховою виплатою, передбаченою підпунктами «а» і «б» пункту 14.1.1 цих Правил, та раніше отриманою страховою виплатою за підпунктом «в» пункту 14.1.1 цих Правил.

14.1.2. Схема 2:

а) у разі ушкодження здоров'я Застрахованої особи, передбаченого у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку № 1 до цих Правил, їй здійснюється страхова виплата у розмірі певного відсотку страхової суми. Якщо Застрахована особа отримала декілька ушкоджень, розмір страхової виплати визначається шляхом підсумовування виплат за кожну травму, але він не може перевищувати розмір страхової суми, встановленої для Застрахованої особи. Якщо розлад здоров'я отримала застрахована дитина (Застрахована особа віком до 16 років), страхова виплата здійснюється її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно з законодавством України;

б) у разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Вигодонабувачу або, якщо Вигодонабувач не був призначений у Договорі страхування або помер, спадкоємцю Застрахованої особи здійснюється страхова виплата у розмірі 100% страхової суми.

Якщо раніше мало місце отримання Застрахованою особою страхової виплати за підпунктом «а» пункту 14.1.2 цих Правил, а потім настала смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, то її спадкоємцю або Вигодонабувачу виплачується різниця між страховою виплатою, передбаченою підпунктом «б» пункту 14.1.2 цих Правил, та раніше отриманою страховою виплатою за підпунктом «а» цього пункту Правил.

14.2. Договір страхування у відношенні до Застрахованої особи, якій здійснювались страхові виплати, не припиняє чинності до кінця строку дії цього Договору. При цьому, відповідальність Страховика визначається як різниця між страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше проведеними страховими виплатами. Якщо страхові виплати по Застрахованій особі склали 100 % страхової суми, дія Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

14.3. Загальна сума страхових виплат по страховим випадкам не може перевищувати страхової суми, встановленої для Застрахованої особи Договором страхування.

14.4. Страхова виплата здійснюється у строк не більше п'ятнадцяти робочих днів з дня прийняття рішення про виплату на основі страхового акту, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою, готівкою або безготівковим розрахунком. Форма здійснення страхової виплати визначається у заяві на страхову виплату.

14.5. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання коштів (страхової виплати) з поточного рахунку Страховика.

14.6. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи або Вигодонабувача за довіреністю, оформленою Застрахованою особою або Вигодонабувачем в установленому законодавством порядку.

14.7. За кожну добу затримки страхової виплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу (спадкоємцю Застрахованої особи) виплачується неустойка (штраф, пеня), розмір якої визначається у Договорі страхування.

14.8. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома випадками не може перевищувати страхової суми для цієї Застрахованої особи, встановленої Договором страхування.

14.9. Страховик має право вимагати від одержувача страхової виплати повернення отриманих сум (повністю або частково), якщо протягом строків позовної давності, визначених законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, які позбавляють одержувача страхової виплати, на підставі умов Договору страхування чи законодавства України, права на отримання зазначених коштів (повністю або частково).

15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом п'яти робочих днів з моменту одержання письмової згоди.

15.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона - ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

15.4. Якщо будь-яка зі Сторін незгодна на внесення змін до Договору страхування, протягом п'яти робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

15.5. У разі збільшення ступеню страхового ризику та переоформлення Договору страхування, Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

16.1.1. При закінченні строку дії Договору страхування – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення дії Договору.

16.1.2. При виконанні Страховиком зобов'язань у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку. Якщо Договір страхування укладений на групу (колектив) осіб, його дія припиняється тільки по відношенню до Застрахованої особи, виплати якій склали визначену для неї страхову суму.

16.1.3. При несплаті Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому, Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

16.1.4. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

16.1.5. При ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

16.1.6. При прийнятті судового рішення про визнання Договору страхування недійсним – з дня підписання Договору страхування;

16.1.7. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою хоча б однієї зі Сторін – з дня, наступного за днем, що вказаний в письмовому повідомленні про факт припинення дії;

16.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та законодавством України.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до

закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

16.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

16.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови припинення Договору страхування.

17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

17.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

17.2. Спори між Страховиком і Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем або спадкоємцем Застрахованої особи з приводу обставин та характеру страхового випадку, розміру страхових виплат вирішуються сторонами з притягненням експертів і оплатою їх послуг стороною, яка запрошує експерта.

17.3. При неможливості урегулювання спірних питань справа розглядається у судовому порядку, згідно з законодавством України.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування:

18.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі в обставинах, що були представлені Страховику при укладенні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби Сторони мали змогу це передбачити, то Договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

18.1.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або/та сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

18.1.3. У випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні Договору, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування згідно з п.16.4. цих Правил у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору страхування.

18.1.4. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача, які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично здійснених страхових виплат, до яких призвели ці дії.

18.1.5. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, порушено кримінальне провадження або здійснюється судовий розгляд, прийняття рішення Страховика про страхову виплату може бути відкладено до закінчення кримінального провадження або до набрання законної сили рішенням у цивільній, адміністративній,

господарській справі або за кримінальним провадженням відносно Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача.

18.1.6. Обидві Сторони залишають за собою право відкласти повністю або частково виконання обов'язків за Договором страхування, укладеним на підставі даних Правил, у випадку введення воєнного стану, надзвичайного стану та інших заходів, оголошених в установленому законодавством порядку, а також у випадку виникнення непереборних сил (до непереборних сил відносяться: заколоти, революції, військові дії, стихійні лиха тощо), дії яких неможливо Сторонами запобігти або уникнути – на період дії цих обставин.

18.2. Цими Правилами страхування регламентовані основні умови страхування.

18.3. Конкретні умови страхування можуть встановлюватися Договором страхування за згодою сторін і не повинні суперечити Правилам страхування та законодавству України.

18.4. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил страхування та не суперечать законодавству України.

18.5. Зміни та доповнення до Правил вносяться у порядку, встановленому законодавством України.

18.6. Права та обов'язки Страховика, Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні виплати страхового відшкодування, зазначені в Правилах страхування, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх правозастосування, повинні бути передбачені Договором страхування, якщо вони не суперечать законодавству України.

Додаток № 1
до Правил добровільного страхування
від нещасних випадків (нова редакція)

Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по
страховим випадкам

Таблиця № 1

Стаття	Травматичне ушкодження, інший розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку	Розмір страхової виплати (% від страхової суми)
	Черепно-мозкова травма, нервова система.	
1.	<i>Перелом кісток черепа:</i>	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
2.	<i>Внутрішньочерепні травматичні гематоми:</i>	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3.	<i>Ушкодження головного мозку:</i>	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 3 до 13 днів	3
	б) струс головного мозку при терміні лікування від 14 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:	
	<i>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.</i>	
	<i>2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснена за одним з підпунктів, яким враховане найтяжче ушкодження.</i>	
	<i>При ушкодженнях, вказаних в різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</i>	
4.	<i>Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:</i>	
	а) астенічного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16-ти 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 лівих	

	кінцівки), амнезії (втрати пам'яті)	40
	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
	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. <u>Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.</u> 2. У випадку, коли Страхувальником (Застрахованою особою) подані довідки стосовно лікування з приводу травми і її ускладнень, страхова виплата здійснюється за ст. 1, 2, 3, 5, 6 та ст. 4 шляхом підсумовування. 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.	
5.	Периферійне 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. 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) здавлення, гематомієлія, поліомієліт	30
	г) частковий розрив	50
	д) повний перерив спинного мозку	100
	Примітки: 1. У тому випадку, коли страхова виплата була здійснена за ст. 6 (а, б, в, г), а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст. 4, які підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, то страхова виплата за ст. 4 здійснюється додатково до виплаченої раніше. 2. Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, то додатково виплачується 15 % від страхової суми, одноразово.	
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
	Примітки: 1. Статті 7 та 8 одночасно не застосовуються.	

	<i>2. Невралгії, невронпатії, які виникли у зв'язку з травмою, не дають підстав для отримання страхової виплати.</i>	
9.	<i>Перерив нервів:</i>	
	а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового та великогомілкового нервів	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променево-зап'ясткового 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 на 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.	<i>Параліч акомодативного ока.</i>	15
11.	<i>Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія).</i>	15
12.	<i>Звуження поля зору одного ока:</i>	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13.	<i>Пульсуючий екзофтальм одного ока</i>	20
14.	<i>Ушкодження ока, яке не призвело до зниження гостроти зору:</i>	
	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, призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20. Стаття 14 при цьому не застосовується . Якщо ж у зв'язку з ушкодженням очного яблука здійснювалася страхова виплата за ст. 14, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для здійснення страхової виплати в більшому розмірі, то раніше виплачена сума утримується . 3. Поверхневі чужорідні тіла на оболонках ока не дають підстав для отримання страхової виплати.	
15.	<i>Ушкодження сльозопровідних шляхів одного ока:</i>	
	а) які не призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів	5
	б) які призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів	10
16.	<i>Наслідки травми ока:</i>	
	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 оболонок очного яблука та повік (за винятком шкіри)	10

	<p>Примітки:</p> <p>1. Якщо внаслідок однієї травми настає декілька патологічних змін, перелічених у ст. 16, то страхова виплата здійснюється з урахуванням найбільш тяжкого наслідку, одноразово.</p> <p>2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше ніж через 3 місяці після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, які перелічені у статтях 10, 11, 12, 13, 15 б, 16, та зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше ніж 50% за одне око.</p>	
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.	Перелам орбіти.	10
20.	Зниження гостроти зору.	Табл. 1.1.
	<p>Примітки:</p> <p>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-ох 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 ст. 14, 15 а, 19.</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 зі зниженням внаслідок травми слуху приймається після закінчення	

	лікування, але не раніше 3-ох місяців з дня одержання травми. Після закінчення цього строку застрахована особа направляється до ЛОР-фахівця для визначення наслідків перенесеного ушкодження. В таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з врахуванням факту травми за ст. 23, 24 а (якщо є підстави).	
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-ох 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

	<p>Примітки:</p> <p>1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для здійснення страхової виплати.</p> <p>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.</p>	
30	<p>Проникаючі поранення грудної клітки, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:</p> <p>а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії</p> <p>б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини</p> <p>в) торакотомія при пошкодженні органів грудної порожнини</p> <p>г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>10</p>
	<p>Примітки:</p> <p>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.	<p>Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, які не призвели до порушення функції</p>	5
	<p>Примітка. Якщо у зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеотомія, то додатково виплачується 5% від страхової суми.</p>	
32.	<p>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до:</p> <p>а) сиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 3 місяці після травми</p> <p>б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж 6 місяців після травми</p>	<p>10</p> <p>20</p>
	<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-ох місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 31.</p> <p>Серцево-судинна система.</p>	
33.	<p>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які не призвели до серцево-судинної недостатності.</p>	25
34.	<p>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, які призвели до серцево-судинної недостатності:</p> <p>а) I ступеня</p> <p>б) II-III ступеня</p>	<p>10</p> <p>25</p>
	<p>Примітка. Якщо в довідці лікувального закладу не вказана ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата виплачується за ст. 34 а.</p>	
35	<p>Ушкодження великих периферичних судин, які не призвели до порушення кровообігу, на рівні:</p> <p>а) плеча, стегна</p>	10

	б) передпліччя, гомілки	5
36.	Ушкодження великих периферичних судин, які призвели до порушення кровообігу	20
	Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, підключичні, підпахвові, стегнові та підколінні вени. 2. Якщо застрахована особа в своїй заяві вказала про те, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, то слід одержати висновок спеціаліста. 3. Страхова виплата за статтями 34, 36 здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми, встановлені в лікувально-профілактичних закладах по закінченню 3-ох місяців після травми та підтверджені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється за ст. 33, 35. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводилися операції з метою встановлення судинного руслу, 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
	Примітки: 1. При переломі щелепи, що випадково стався під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для здійснення страхової виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводилося оперативне втручання, то додатково виплачується 5% від страхової суми, одноразово.	
38.	Звичайний вивих щелепи.	10
	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.	
39.	Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40
	б) щелепи	80
	Примітки: 1. При здійсненні страхової виплати у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості. 2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалася пошкодженням інших органів ротової порожнини, страхова виплата визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування. 3. При здійсненні страхової виплати за ст. 39 додатково страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.	

40.	<i>Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, відмороження, що призвели до утворення рубців(незалежно від їх розміру)</i>	3
41.	<i>Ушкодження язика, що призвели до:</i>	
	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.	<i>Ушкодження зубів, що призвело до:</i>	
	а) зламу 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
	Примітки: 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 змінних протезів страхова виплата не здійснюється. 2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей до 5-ти років страхова виплата здійснюється на загальних підставах. 3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати, яка повинна бути здійснена, визначається за ст. 37 та ст. 42 шляхом підсумовування. 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. 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 .	
43.	<i>Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечнику, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими пошкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунку, що не призвели до функціональних порушень.</i>	5
44.	<i>Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало:</i>	
	а) звуження стравоходу:	
	першого ступеня	25
	другого ступеня	30
	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 ніж через 6 місяців з дня травми. Раніше цього страхова виплата здійснюється попередньо за ст. 43 і цей процент вираховується при прийнятті остаточного рішення.	
45.	<i>Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвели до:</i>	
	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-ох місяців після травми, а передбачені в ст. 45 (г, д) - по закінченню 6-ти 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 кожного 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 приводу такої грижі.	10
	Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 46 здійснюється додатково до страхової виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми. 2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для здійснення страхової виплати.	
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
	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.	
51.	<i>Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені:</i>	
	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
	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. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інші (інші) ушиті, страхова виплата здійснюється за відповідними статтями та ст. 51 в, одноразово . 3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть ушкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статеві системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата за ст. 55 у розмірі 5% .	
	Сечовидільна та статеві системи.	
52.	<i>Ушкодження нирки, що призвели до:</i>	
	а) забою нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання	5
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
53.	<i>Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до:</i>	
	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
	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. 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-ох місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється за ст. 52 або 55а і цей процент не вираховується при прийнятті остаточного рішення.	

54.	<i>Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:</i>	
	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
	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 .	
55.	<i>Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи:</i>	
	а) поранення, розрив	5
	б) згвалтування особи у віці:	
	до 15-ти років	50
	від 15-ти до 18-ти років	30
	від 18-ти років і старше	15
56.	<i>Ушкодження статевої системи, що призвело до:</i>	
	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-ка років	50
	від 40-ка до 50-ти років	30
	від 50-ти і старше	15
	г) втрати статевого, члена, в т.ч. разом з яєчками у чоловіків віком:	
	до 50-ти років	80
	50 років і старше	40
	М'які тканини	
57.	<i>Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до:</i>	
	а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см	3
	б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше	5
	в) значного порушення косметичного вигляду	10
	г) різкого порушення косметичного вигляду	30
	д) спотворення.	70

	<p>Примітки:</p> <p>1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини.</p> <p>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>	
58.	<p>Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:</p> <p>а) від 2,0 кв. см до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше</p> <p>б) від 5,0 кв. см до 0,5 % поверхні тіла</p> <p>в) від 0,5% до 2,0% поверхні тіла</p> <p>г) від 2,0% до 4,0% поверхні тіла</p> <p>д) від 4,0% до 6,0% поверхні тіла</p> <p>є) від 6,0% до 8,0% поверхні тіла</p> <p>ж) від 8,0% до 10% поверхні тіла</p> <p>з) від 10% до 15% поверхні тіла</p> <p>і) від 15% та більше</p> <p>Примітки:</p> <p>1. 1% поверхні тіла обстежуваного дорівнює площині поверхні долоні його кисті й пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променево-зап'ясткового 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> <p>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожилків, зшиванні судин, нервів і т. ін.), пункт 58 не застосовується.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p>
59.	<p>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:</p> <p>а) від 1% до 2 % поверхні тіла</p> <p>б) від 2% до 10% поверхні тіла</p> <p>в) від 10% до 15% поверхні тіла</p> <p>г) від 15 % і більше</p> <p>Примітки.</p> <p>1. Рішення про проведення страхової виплати за статтями 57, 58, 59 приймається з урахуванням даних лікарського огляду, який проведений після загоєння поверхонь ран, але не раніше ніж через 1 місяць після травми.</p> <p>2. Загальна сума виплат за пунктом 58 і 59 не повинна перевищувати 40%.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>

60.	<i>Опікова хвороба</i>	10
	Примітки: страхова виплата за ст. 60 проводиться додатково до страхової виплати, що проводиться у зв'язку з опіком.	
61.	<i>Ушкодження м'яких тканин:</i>	
	а) невидалені сторонні тіла	3
	б) м'язова грижа, післятравматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 кв. см	5
	в) розрив сухожилка, за винятком пальців кисті, взяття аутоотрансплантата, розрив м'язів	7
	Примітки. 1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язовою грижею або післятравматичним періоститом виплачується у тому випадку, якщо ці ускладнення травми зафіксовані по закінченню 1-го місяця з дня травми. 2. Рішення про проведення страхової виплати за пунктом. 61 б приймається з урахуванням даних лікарського огляду, проведеного не раніше ніж через 1 місяць після травми.	
	Хребет	
62.	<i>Перелом, перело-м-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (за винятком крижів та куприка):</i>	
	а) одного-двох	20
	б) трьох-п'яти	30
	в) шести і більше	40
63.	<i>Розрив міжхребцевих зв'язок (при терміні лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (за винятком куприка).</i>	5
	Примітки: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не проводиться.	
64.	<i>Перелом остистого або поперекового відростка:</i>	
	а) одного-двох	5
	б) трьох і більше	10
65.	<i>Перелом крижів</i>	10
66.	<i>Ушкодження куприка:</i>	
	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 передбачає найважче ушкодження, одноразово .	
	Верхня кінцівка. Лопатка та ключиця.	
67.	<i>Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудино - ключичного зчленувань:</i>	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох	

	зчленувань або перелом, вивих однієї кістки й розрив одного зчленування, перелоμο-вивих ключиці	10
	в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування	15
	г) незрошений перелом (псевдосуглоб)	15
	Примітки: 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у ст. 67, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово . 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. 3. Страхова виплата у зв'язку з незрошеним переломом (псевдосуглобом) проводиться у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі по закінченню 6-ти місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою .	
	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) перелоμο-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
	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-ти місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. 2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10 % страхової суми. 3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3-ох 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.	
	Плече	
70.	Перелом плечової кістки:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15
	б) подвійний перелом	20
71.	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрошеного перелому	

	(псевдосуглоба)	45
	Примітки: 1. Страхова виплата за пунктом 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-ти місяців після травми. 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.	
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
	Примітка: якщо страхова виплата проводиться за пунктом 72, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.	
	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
	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.	
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
	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-ти місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу. 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 .	
	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

	Примітки: Страхова виплата за ст. 76 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9-ти місяців після травми й підтверджене довідкою цього закладу.	
77.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:	
	а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі	70
	в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя	100
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми одноразово . 2. Якщо страхова виплата проводиться за пунктом 77, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться .	
	Променево-зап'ястковий суглоб	
78.	Ушкодження ділянки променево-зап'ясткового 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 променево-зап'ясткового суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі.	15
	Примітки: 1. Страхова виплата за ст. 79 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з ушкодженнями ділянки променево-зап'ясткового суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променево-зап'ясткового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% від страхової суми.	
	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, переломо-вивих кисті	15
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово . 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястя (п'ясних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	
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	

	променево-зап'ясткового суглоба	65
	в) ампутації єдиної кисті	100
	Примітка: страхова виплата у зв'язку з незроценим переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ясних кісток проводиться додатково за ст. 81а у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 3 місяці від дня травми й підтверджене довідкою цього закладу.	
	Пальці кисті. Перший палець	
82.	Ушкодження пальця, що призвело до:	
	а) відриву нігтьової пластинки, 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

	<p>Примітки:</p> <p>1. Гнійне запалення біля нігтьового валика (пароніхія) не дає підстав для проведення страхової виплати.</p> <p>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.</p>	
86.	<p>Ушкодження пальця, що призвело до:</p> <p>а) відсутності рухів у одному суглобі</p> <p>б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця</p> <p>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.</p>	<p>5</p> <p>10</p>
87.	<p>Ушкодження пальця, що призвело до:</p> <p>а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги</p> <p>б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги</p> <p>в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг</p> <p>г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця</p> <p>д) втрати пальця з п'ясною кісткою або частиною її</p> <p>Примітки:</p> <p>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>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p>
	Таз	
88.	<p>Ушкодження таза:</p> <p>а) перелом однієї кістки</p> <p>б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки</p> <p>в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань</p> <p>Примітка: якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10% від страхової суми одноразово.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
89.	<p>Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:</p> <p>а) у одному суглобі</p> <p>б) у двох суглобах</p> <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>	<p>20</p> <p>40</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
	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. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10% від страхової суми одноразово .	
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
	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. 2. Страхова виплата за ст. 91б 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	30
	Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово . 2. Страхова виплата за ст. 93 проводиться додатково до страхової виплати, що проведена у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення буде встановлене у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через 9 місяців від дня травми й підтверджене 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 маломілкової 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 голівкою 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 діяфіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломах великогомілкової кістки в ділянці діяфіза (верхня, середня, нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині 2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діяфіза, 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

	<p>Примітки:</p> <p>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.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10 % від страхової суми одноразово.</p>	
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 проводиться .	
	Гомілковостопний суглоб	
100.	Ушкодження ділянки гомілковостопного суглоба:	
	а) перелом однієї щиколотки, 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 гомілковостопного суглоба, які супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово .	
	2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковостопного суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% від страхової суми одноразово .	
101.	Ушкодження ділянки гомілковостопного суглоба, що призвело до:	
	а) відсутності рухів у гомілковостопному суглобі	20
	б) «бовтаючогося» гомілковостопного суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його)	40
	в) екзартикуляції в гомілковостопному 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

	<p>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.</p>	
104.	Ушкодження стопи, що призвело до:	
	а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї-двох кісток (за винятком п'яткової і таранної кісток)	5
	б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яткової кісток	15
	в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба переплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсньового (Лісфранка) ампутації на рівні:	20
	г) плюсне-фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи)	30
	д) плюсневих кісток або передплюсни	40
	є) таранної, п'яткової кісток (втрати стопи)	50
	<p>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.</p>	
	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
	<p>Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилків пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3% від страхової суми одноразово.</p>	
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	10
	другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	
	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
	є) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне-фалангових суглобів	20

	<p>Примітки:</p> <p>1. У тому випадку, коли страхова виплата проводиться за ст. 106, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводяться.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5% від страхової суми одноразово.</p>	
107.	Ушкодження, що призвело до:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки	5
	в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту	10
	<p>Примітки:</p> <p>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.</p> <p>2. Гнійні запалення пальців стоп не дають підстав для проведення страхової виплати.</p>	
108.	Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.	5
	Примітка: страхова виплата за пунктом 108 проводиться додатково до виплат, проведених у зв'язку з травмою.	
109.	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів) при стаціонарному лікуванні:	
	а) 2 - 6 днів	5
	б) 7 -13 днів	7
	в) 14 і більше днів	10
	Примітка: якщо внаслідок страхових подій, вказаних у ст. 109, виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, додатково проводиться страхова виплата за відповідними статтями Таблиці з урахуванням встановлених в них строків.	
	Відмороження	
110.	Загальне охолодження організму (шок):	
	а) на повітрі	5
	б) на воді	10
111.	Відмороження:	
	а) I ступеня	5
	б) II ступеня	10
	в) III ступеня	15
	г) IV ступеня	20
112.	Ускладнення при III- IV ступені відмороження:	
	1. Місцевого характеру:	
	а) ранова інфекція (анаеробна, гнилісна, гнойна)	7
	б) ішемія кінцівки (нітровоаскуліт, 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*	
113.	<i>Поверхові ушкодження (I, II, III, IIIA ступеня) до 12% поверхні тіла</i>	5
114.	<i>Глибокі ушкодження (IIIБ, IV ступеня) на площі до 6% поверхні тіла</i>	5
115.	<i>Ушкодження площею від 13% до 20% поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 10% поверхні тіла</i>	10
116.	<i>Ушкодження площею від 21% до 59% поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) до 40% поверхні тіла</i>	25
117.	<i>Ушкодження площею від 60% і більше поверхні тіла, у тому числі глибокі (IIIБ, IV ступеня) від 40% поверхні тіла та більше</i>	45
	*Примітка: страхова виплата по опіковій хворобі наведена у ст. 60	
118.	<i>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</i>	3

Примітка: отримання внаслідок травми рани до 1 кв. см та глибиною до підшкірної клітковини не дає підстав для здійснення страхової виплати.

Таблиця № 1.1

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

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

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

Додаток №2
до Правил добровільного страхування
від нещасних випадків (нова редакція)

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. В Таблицях 1, 2 наведені базові річні страхові тарифи зі страхування від нещасних випадків

Таблиця 1

Річні базові страхові тарифи
у відсотках від страхової суми при страхуванні за схемою 1

Страхові випадки				
Група ризику	Тимчасова втрата працездатності (п.3.4.1 Правил)	Інвалідність (п.3.4.2 Правил)	Смерть (п.3.4.4 Правил)	Разом
	1	2	3	4
1	2	0,7	0,3	3,0
2	3	1	0,5	4,5
3	4,5	1,4	0,8	6,7
4	6,5	1,9	1,2	9,6

Таблиця 2

Річні базові страхові тарифи
у відсотках від страхової суми при страхуванні за схемою 2

Страхові випадки			
Група ризику	Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку (п.3.4.3 Правил)	Смерть (п.3.4.4 Правил)	Разом
	3	3	4
1	2,7	0,3	3,0
2	4	0,5	4,5
3	5,9	0,8	6,7
4	8,4	1,2	9,6

До 1-ої групи ризику належать:

- службовці, ІТП не зайняті у процесі виробництва;
- працівники просвіти;
- домогосподарки, двірники, гардеробники;
- працівники торговельної мережі і харчування (крім поварів);
- працівники сільського господарства (крім працюючих з отрутохімікатами, а також на сільськогосподарських і будівельних механізмах);
- працівники пошти, телеграфу, телефону (крім листонош; осіб, що доставляють газети);
- працівники по виготовленню виробів без механічної, спеціальної і хімічної обробки.

До 2-ої групи ризику належать:

- працівники залізничного і електротранспорту;
- працівники легкої промисловості;
- працівники бактеріологічних і санепідемстанції;
- працівники медичних установ;
- працівники побутового і комунального господарства;
- працівники зв'язку (листоноші; особи, які доставляють газети), кіномеханіки;
- працівники мистецтва (учасники балетних груп і танцювальних колективів);
- працівники харчової і поліграфічної промисловості;
- наладчики, комірники;
- працівники, зайняті у річковому і озерному судноплавстві;
- члени команд рибальських флотилій на річках і озерах.

До 3-ої групи ризику належать:

- працівники автомобільного транспорту;
- працівники, зайняті на виробництві, зберіганні отруйних і вибухових речовин;
- працівники, зайняті обслуговуванням випробувальних робіт;
- працівники, які виконують роботи у підземних умовах;
- працівники, зайняті безпосередньо на шкідливих і небезпечних виробництвах;
- працівники, зайняті безпосередньо у процесі виробництва кольорових металів (видобування і лиття), у металургійній промисловості (працюючі у доменному, прокатному, сталеплавильному, чавуноливарному виробництві);
- працівники, зайняті у гірничо-видобувній промисловості (працюючі по видобуванню на поверхні);
- працівники нафто- і газоперегінних станцій, нафто- і газосховищ;
- працівники, працюючі на будівельних механізмах (крановики, бульдозеристи, екскаваторники, грейдерники, компресорники та ін.);
- мисливці;
- працівники лісової, деревообробної, паперово-целюлозної промисловості;
- електрогазозварники;
- працівники сільського господарства, зайняті на роботах з отрутохімікатами, а також на сільськогосподарських і будівельних механізмах;
- працівники, зайняті у будь-яких рятувальних командах (крім гірсько-рятувальної);
- особи, працюючі на енергетичних комплексах.
- діти до 14-ти років і особи старше 60-ти років незалежно від професії.

До 4-ої групи ризику належать:

- працівники правоохоронних органів і служби безпеки;
- тілоохоронці;
- службовці воєнізованої і невоєнізованої охорони;
- вибуховики;
- пожежники;
- водолази;
- працівники гірсько-рятувальної служби;
- інкасатори і водії інкасаторських автомобілів;
- випробувачі;
- працівники, зайняті у будівництві на високолазних, кесонних і кровельних роботах;
- електрики - високовольтники;
- працівники, зайняті у розвідці і опануванні нафтових і газових родовищ;

- члени команд морських суден;
- працівники, зайняті у повітряних польотах;
- особи, працюючі у радіоактивно небезпечній зоні.

2. Страховик при визначенні розміру страхової премії вправі застосовувати підвищуючі чи понижуючі коригуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів у залежності від різноманітних факторів, що впливають на рівень ризику.

Реальний страховий тариф за договором страхування розраховується шляхом множення базового страхового тарифу на коригуючі коефіцієнти.

Допускається використання коригуючих коефіцієнтів, добуток яких (за виключенням коефіцієнту короткостроковості) знаходиться в діапазоні 0,1-8,0.

Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

3. При укладенні договору страхування на строк до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (при цьому неповний місяць дії договору страхування рахується за повний).

Таблиця 3

Коефіцієнт короткостроковості

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості (К)	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

4. Норматив витрат Страховика на ведення справи при страхуванні на підставі цих Правил визначений при розрахунках відповідних страхових тарифів згідно з Таблицею 1 у розмірі до 60% (шістдесят) від величини страхового тарифу та вказується у Договорі страхування.

Прошито, пронумеровано та скріплено печаткою

26 (двадцять шість) аркушів
Голова Правління

ПРАТ «УАСК»

О.П. Іщук



Рішення Комітету з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг Національного банку України №21/1009-ПК від 30.07.2020 р.