

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА» (Редакція 02)

Розміщено на вебсайті за посиланням:

<https://pzulife.com.ua/products/ind/child.html?tab=2>

Дані Загальні умови страхового продукту «ДИТИНА» (надалі - ЗУСП) встановлюють умови страхування, відповідно до яких **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО „СТРАХОВА КОМПАНІЯ „ПЗУ УКРАЇНА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ”** (надалі - Страховик) укладає Договори страхування життя «ДИТИНА», які не є додатковими до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими, та згідно з якими надається фінансова послуга зі страхування життя (Клас страхування 19).

Після укладання Договору страхування життя «ДИТИНА» (надалі-Договір) ЗУСП стають невід'ємною частиною (складовою) Договору та всі положення ЗУСП застосовуються до такого Договору, якщо інше прямо не зазначено в Договорі.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

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

1.2. **Викупна сума** - сума грошових коштів, що виплачується Страховиком Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором або законодавством) у разі дострокового припинення дії Договору, віднесеного до класів страхування життя. Викупна сума є майновим правом Страхувальника за Договором та розраховується математично на день припинення Договору залежно від періоду, протягом якого діяв Договір згідно з методикою, зазначеною в п.13 ЗУСП. У разі дострокового припинення дії Договору після настання страхового випадку **звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини (код 908)**, Страховик виплачує викупну суму, яка є майновим правом нового Страхувальника за Договором (Застрахованої особи), при розрахунку викупної суми враховуються розмір страхових внесків, звільнення від сплати яких відбулось після настання страхового випадку, передбаченого п.2.5.2.3 ЗУСП.

1.3. **Вік Застрахованої особи (Страхувальника)** – кількість повних років життя Застрахованої особи (Страхувальника).

1.4. **Дата** в Договорі – дата, що розпочинається з 00 годин 00 хвилин за київським часом та закінчується о 24 годині 00 хвилин за київським часом, зазначена у Договорі з метою встановлення конкретного строку, початку та/або закінчення певного строку чи періоду.

1.5. **Заклад охорони здоров'я** - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, зареєстрована в установленому законом порядку в Україні або іншій державі, яка забезпечує медичне обслуговування на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних працівників.

1.6. **Закон України «Про страхування»** зі змінами і доповненнями, надалі- **Закон**.

1.7. **Заняття спортом на професійному рівні** – діяльність у професійному спорті спортсменів, яка полягає у підготовці та участі у спортивних змаганнях серед спортсменів-професіоналів і є основним джерелом їх доходів. Застрахована особа набуває статусу спортсмена-професіонала з моменту укладення контракту з відповідними суб'єктами сфери фізичної культури і спорту про участь у змаганнях серед спортсменів-професіоналів.

1.8. **Застрахована особа** - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

1.9. **Заява про намір укласти договір страхування життя (надалі - Заява на страхування)** – заповнений та підписаний Страхувальником (та Застрахованою особою, якщо Страхувальник та Застрахована особа є різними особами) документ встановленої Страховиком форми про намір укласти Договір, який містить істотну інформацію, необхідну для визначення умов страхування та оцінки страхового ризику. Заява на страхування є підставою для укладення Договору та складає його невід'ємну частину.

1.10. **Зменшена (редукована) страхова сума** – зменшена згідно з умовами страхування страхова сума, з якою продовжує діяти Договір за основним страхуванням у випадку несплати Страхувальником чергового страхового внеску в розмірі та у строки, обумовлені Договором.

1.11. **Зменшення (редукування) розміру страхової суми та (або) страхових виплат** – заходи, що має право у односторонньому порядку здійснити Страховик у разі несплати Страхувальником чергового страхового внеску в розмірі та у строки, передбачені Договором, а саме, зменшення розміру страхової суми та (або) страхових виплат за основним страхуванням, дія страхових ризиків додаткового страхування при цьому припиняється. Після проведення редукування обов'язок Страхувальника зі сплати страхових внесків припиняється, Договір вважається повністю сплаченим та продовжує діяти зі зменшеною (редукованою) страховою сумою (страховими виплатами). Редукування здійснюється у порядку, встановленому методикою розрахунку редукованої страхової суми Страховика, яка здійснена актуарієм та зазначена в п. 14 ЗУСП.

1.12. **Інвестиційний дохід** – дохід, отриманий від розміщення та управління активами, що покривають відповідні технічні резерви, сформовані за договорами страхування життя. Інвестиційний дохід складається з гарантованого інвестиційного доходу та додаткового інвестиційного доходу (бонусу). Величина гарантованого інвестиційного доходу використовується Страховиком у розрахунку розміру страхового тарифу та, відповідно, розміру страхової суми за страховим випадком за основним страхуванням. Застосування у розрахунку страхового тарифу гарантованого інвестиційного доходу збільшує розмір розрахованої страхової суми, зазначеної в Договорі, тому зазначена у Договорі величина гарантованого інвестиційного доходу не є додатковим грошовим зобов'язанням Страховика понад передбачений Договором розмір страхової суми. Розмір додаткового інвестиційного доходу (бонусу) визначається за підсумками інвестування коштів резервів за рік. Додатковий інвестиційний дохід визначається Страховиком відповідно до пункту 4.9 ЗУСП та є додатковим страховим зобов'язанням Страховика, що збільшує розмір передбаченої Договором страхової виплати.

1.13. **Кваліфікований лікар** - лікар, який згідно з законодавством, наявністю відповідної освіти, кваліфікації та спеціалізації, ліцензії та/або сертифікатів (в разі встановлення законодавством таких вимог), має право надавати медичні послуги та допомогу, призначення та рекомендації, яких потребує Застрахована особа.

1.14. **Компетентні органи** – органи державної влади, заклади охорони здоров'я,

рятувальні, аварійні, пожежні служби, інші підприємства, установи, організації, до компетенції яких належить встановлення фактів, причин, обставин та/або наслідків настання певних подій, які відповідно до ЗУСП вважаються страховими випадками, а також оформлення і видача відповідних підтверджуючих документів.

1.15. Медична анкета – встановлений Страховиком перелік запитань загального та медичного характеру, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (тобто вимагається надання відповіді в обов'язковому порядку), в т.ч. щодо стану здоров'я Застрахованої особи та перенесених нею захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень та хобі тощо, на підставі якого Страховиком приймається рішення про можливість та умови прийняття на страхування такої Застрахованої особи. Медична анкета може входити до складу Заяви на страхування, а може додатково надаватись у складі іншого документа чи окремо для надання відповіді.

1.16. Нещасний випадок - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або Страхувальника, Вигодонабувача, одержувача страхової виплати, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи. Під зовнішнім впливом згідно з цими ЗУСП Сторони розуміють вплив ззовні на Застраховану особу небезпечного виробничого чи природного фактору (механічного, фізичного, хімічного тощо), в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб, характер, час та місце якого однозначно встановлені, що супроводжувався пошкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності та/або функцій, деформацією, порушенням опорно-рухового апарату, та призвів до розладу здоров'я, травматичного ушкодження, тимчасової або постійної втрати працездатності, інвалідності чи смерті Застрахованої особи. До зовнішнього впливу також відноситься гостре отруєння промисловими або побутовими хімічними речовинами чи газами, асфіксія, укуси тварин, змій, отруйних комах, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження. Не вважаються нещасним випадком наслідки дій усіх зазначених вище факторів, якщо їх вплив відбувався поступово, а також хвороби, в тому числі професійні, та їх наслідки

1.17. Період відстрочення – проміжок часу від дня початку або поновлення дії певного страхового ризику та/або Договору, визначений Договором, протягом якого події, що сталися із Застрахованою особою в цей період, не визнаються страховими випадками та, відповідно, страхові виплати за такими подіями не здійснюються.

1.18. Період сплати страхових внесків – проміжок часу дії Договору, протягом якого Страхувальник зобов'язаний сплачувати страхові внески.

1.19. Регулятор - Національний банк України.

1.20. Сторони Договору – Страховик та Страхувальник, між якими укладається Договір.

1.21. Страхова виплата - грошові кошти, що виплачуються страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору та/або законодавства.

1.22. Страхова премія (страховий платіж, **страховий внесок**) - плата у грошовій формі за страхування, яку страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором;

1.23. Страхова річниця (річниця Договору) – календарна дата, місяць та день якої збігаються з визначеною (передбаченою) Договором датою початку його дії. У разі, якщо

страхова річниця припадає на 29 лютого, у невисокосні роки річницею вважається 28 лютого.

1.24. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страхувальником та Страховиком під час укладення Договору або внесення змін до Договору.

1.25. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору.

1.26. **Страхове свідоцтво** – частина Договору, що посвідчує факт його укладення.

1.27. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Вигодонабувачу (іншій особі відповідно до законодавства).

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

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

1.30. **Страховий рік** – рік, що починається з дати, яка збігається з датою страхової річниці, та закінчується датою наступного року, що передує наступній страховій річниці.

1.31. **Страховий тариф** - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

1.32. **Страховик - ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПЗУ УКРАЇНА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ»** - фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування життя на території України. Ідентифікаційний код юридичної особи у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань: 32456224. Відомості про внесення інформації про надавача фінансових послуг до Реєстру: свідоцтво про реєстрацію серія СТ №157, дата реєстрації 21.08.2004 р. Адреса місцезнаходження: вул. Січових Стрільців, 42, м. Київ, 04053, Україна. Адреса для листування: вул. Дегтярівська, 62, м. Київ, 04112, Україна. Контактні дані: тел.: 044 581 99 98; 0 800 501 112; 067 242 10 07; 050 190 98 50. Адреса вебсайту Страховика: www.pzulife.com.ua, e-mail: pzulife@pzu.com.ua

1.33. **Страхувальник за Договором** – дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір.

1.34. **Строк** - певний період у часі, зі впливом якого пов'язана дія чи подія, яка має юридичне значення. Строк визначається роками, місяцями, тижнями, днями або годинами. Строк страхування – визначений у Договорі період часу, протягом якого діє страхове покриття, передбачене Договором.

1.35. **Строк дії страхового ризику** - строк дії Договору по відношенню до певного страхового ризику, протягом якого надається страхове покриття за цим ризиком.

1.36. **Строк очікування сплати страхового внеску** – проміжок часу тривалістю, 30 (тридцять) календарних днів з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду,

протягом якого Страховик очікує на сплату Страхувальником чергового страхового внеску у повному обсязі у випадку несвоєчасної та/або неповної сплати Страхувальником такого страхового внеску. Протягом строку очікування сплати страхового внеску Договір зберігає свою чинність, при цьому зобов'язання Страховика з проведення страхових виплат за випадками, що сталися протягом такого строку очікування сплати страхового внеску, виникають виключно після сплати Страхувальником очікуваного страхового внеску у повному обсязі, крім випадків смерті Застрахованої особи протягом строку очікування сплати страхового внеску, за якими Страховик проводить страхову виплату у розмірі, передбаченому Договором, за вирахуванням очікуваного чергового страхового внеску.

1.37. Строк страхового покриття - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору або законодавства.

1.38. Термін - певний момент у часі, з настанням якого пов'язана дія чи подія, яка має юридичне значення. Термін визначається календарною датою або вказівкою на подію, яка має неминуче настати.

1.39. Травматичне ушкодження, травма – порушення цілісності структури та фізіологічних функцій тканин і органів Застрахованої особи під впливом зовнішніх агентів (механічних, хімічних, електричних тощо), що супроводжується місцевою та загальною реакцією організму, яке сталося в період дії відповідної програми страхування.

1.40. Хвороба - порушення нормальної життєдіяльності організму під впливом подразників внутрішнього або зовнішнього середовища, розлад здоров'я, в тому числі, вперше виявлені захворювання.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ

2.1. Страхове покриття за конкретним договором страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту. Умови Договору можуть передбачати звільнення від сплати чергових страхових внесків у разі настання страхового випадку згідно з п.2.5.2.3 ЗУСП.

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

2.3. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, зазначеної в Страховому свідоцтві. Якщо інше не передбачено Договором, Застрахованою особою за Договором згідно з ЗУСП може бути дієздатна фізична особа віком на дату початку дії страхових ризиків за основним страхуванням з народження до 17 років включно та на дату закінчення дії страхових ризиків за основним страхуванням 27 років. Застрахованою особою на випадок настання страхового випадку згідно з п.2.5.2.3 ЗУСП є Страхувальник за Договором віком на дату початку дії страхового ризику код **908** з **18** до **60** років включно та на дату закінчення дії страхового ризику код **908** - **65** років, на нього поширюються всі положення ЗУСП щодо Застрахованої особи в межах цього страхового ризику.

2.4. **Сукупність страхових ризиків**, на випадок настання яких здійснюється страхування зазначається у Страховому свідоцтві. Страхові ризики у Договорі поділяються на страхові ризики за основним страхуванням (обов'язково наявні в Договорі та включені у страхове покриття) та страхові ризики за додатковим страхуванням (включаються у страхове покриття виключно, якщо зазначені в Страховому свідоцтві). Строк дії Договору визначається строком дії основного страхування. Строк дії страхових ризиків за додатковим страхуванням може відрізнятися від строку дії Договору та зазначається у Страховому свідоцтві.

2.4.1. **Страховими ризиками за основним страхуванням є:**

2.4.1.1. **Дожиття Застрахованої особи** до закінчення строку дії Договору (код 212). Під дожиттям розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 24 години 00 хвилин дня, визначеного в Договорі як останній день дії Договору;

2.4.1.2. **Смерть Застрахованої особи** протягом строку дії Договору внаслідок нещасного випадку та/або хвороби в період дії Договору (надалі - **смерть з будь-якої причини**) (код 112).

2.4.2. Страховими ризиками за додатковим страхуванням, **якщо це зазначено в Страховому свідоцтві, є:**

2.4.2.1. Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи, які сталися в період дії даного страхового ризику, в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії даного страхового ризику (код 905) (надалі – **травма в результаті нещасного випадку**).

2.4.2.2. Вперше виявлене у Застрахованої особи захворювання та/або стан, проведення Застрахованій особі оперативного втручання з приводу нещасного випадку, що виявлений/стався/проведений протягом строку дії даного страхового ризику, або первинно діагностованого захворювання, з переліку та згідно з визначеннями наведеними нижче (код 90113) (надалі- **критичні захворювання дітей**), а саме:

2.4.2.2.1. **Рак** - злоякісне новоутворення, яке характеризується неконтрольованим ростом і розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується їх інвазією в тканини, які гістологічно відрізняються від пухлинних. Діагноз повинен бути підтверджений результатом гістологічного або (в разі системних злоякісних захворювань) цитологічного дослідження;

2.4.2.2.2. **Тяжкий бактеріальний менінгіт** - тяжка форма запалення оболонок, які покривають головний або спинний мозок, викликане бактеріями. Діагноз повинен бути підтверджений наявністю неврологічних порушень, що призвели до нездатності Застрахованої особи виконувати дії або вправи, зазначені для дитини її віку в п.2.6.2.1 ЗУСП. Страхова виплата здійснюється у випадку, якщо хвороба призводить до зазначених неврологічних порушень тривалістю не менше ніж 6 (шість) місяців безперервно з дня встановлення лікарем-неврологом заключного діагнозу та підтверджується наявністю запальних змін в спинномозковій рідині бактеріального генезу;

2.4.2.2.3. **Тяжкий енцефаліт** - тяжка форма запалення головного мозку (півкуль головного мозку, стовбура мозку або мозочка), що викликало стійкий неврологічний дефіцит тривалістю не менше ніж 3 (три) місяці поспіль, який призвів до повної і незворотної нездатності Застрахованої особи виконувати дії або вправи, зазначені для дитини її віку у

п.2.6.2.1 ЗУСП. Заключний діагноз повинен бути підтверджений висновком лікаря-невролога;

2.4.2.2.4. **Ниркова недостатність в термінальній стадії** - термінальна стадія ниркової недостатності, при якій встановлено незворотні порушення функцій обох нирок, в результаті чого був розпочатий постійний нирковий діаліз та/або проведена операція з пересадки донорської нирки;

2.4.2.2.5. **Трансплантація життєво важливих органів** - фактично проведена за рекомендацією лікаря-фахівця відповідного профілю операція з приводу пересадки від людини до людини, а саме від донора Застрахованій особі-реципієнту, одного чи кількох наступних важливих органів: серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку (з використанням гемопоетичних стовбурових клітин з попередньою повною абляцією кісткового мозку реципієнта).

2.4.2.2.6. **Доброякісна пухлина головного мозку** - пухлина головного мозку, що загрожує життю Застрахованої особи та призводить до розвитку симптомів, характерних для підвищеного внутрішньочерепного тиску, таких як набряк диска зорового нерва, психічні симптоми, судоми і сенсорні порушення. Діагноз повинен бути підтверджений висновком лікаря-невролога або нейрохірурга і результатами спеціальних інструментальних досліджень. Страхова виплата здійснюється у випадку виконання щонайменш однієї з нижченаведених умов:

2.4.2.2.6.1. Пухлина стала причиною фактично проведеного Застрахованій особі оперативного втручання з метою її видалення або зменшення до мінімальних розмірів;

2.4.2.2.6.2. Пухлина стала причиною фактично проведеної хіміотерапії або радіотерапії;

2.4.2.2.6.3. Пухлина визнана неоперабельною і збільшується в розмірах;

2.4.2.2.6.4. Пухлина стала причиною розпочатого паліативного лікування.

2.4.2.2.7. **Діабет 1 типу** - розлад вуглеводного, жирового і білкового обміну в результаті повного і незворотного дефіциту інсуліну. Заключний діагноз повинен бути встановлений у висновку лікаря-ендокринолога з підтвердженням залежності від екзогенного інсуліну протягом не менше ніж 6 (шести) місяців поспіль з дня діагностування хвороби.

2.4.2.2.8. **Ювенільний ревматоїдний артрит** - тяжка форма ревматоїдного артриту, при якому виконуються всі нижченаведені умови:

2.4.2.2.8.1. Захворювання остаточно діагностовано — чіткий діагноз «ревматоїдний артрит» встановлений лікарем-ревматологом на підставі критеріїв Американської колегії ревматологів для ревматоїдного артриту;

2.4.2.2.8.2. Спостерігається розповсюджене ушкодження суглобів з основною клінічною ознакою - деформацією трьох або більше суглобів із наступних областей: кисті, зап'ястя, лікті, шийний відділ хребта, коліна, щиколотки;

2.4.2.2.8.3. Діагноз повинен бути підтверджений наявністю клінічних проявів хвороби і даними рентгенографії;

2.4.2.2.8.4. Страхова виплата проводиться у випадку, якщо хвороба призводить до втрати здатності чи до повної і незворотної нездатності Застрахованої особи виконувати дії або вправи, зазначені для дитини її віку в п. 2.6.2.1 ЗУСП.

2.4.2.2.9. **Виражена апластична анемія** - постійна недостатність кісткового мозку, результатом якої є анемія, нейтропенія та тромбоцитопенія. Страхова виплата здійснюється у випадку, якщо діагноз підтверджений усіма нижченаведеними критеріями:

- 2.4.2.2.9.1. Висновком лікаря-гематолога;
- 2.4.2.2.9.2. Пункцією або біопсією кісткового мозку;
- 2.4.2.2.9.3. Аналізом периферичної крові, результати якого повинні відповідати всім наступним умовам: кількість нейтрофілів (абсолютна) – $0,5 \times 10^9/\text{л}$, кількість ретикулоцитів – $< 1\%$, кількість тромбоцитів – $20 \times 10^9/\text{л}$;

2.4.2.2.10. **Кома** - тяжкий патологічний стан організму, що характеризується повною втратою свідомості, відсутністю рефлексів та реакцій на зовнішні подразники або внутрішні потреби, який зберігається безперервно протягом не менше ніж 96 (дев'яносто шість) годин і потребує застосування систем життєзабезпечення. Діагноз повинен бути підтверджений наявністю неврологічних порушень, що призвели до нездатності Застрахованої особи виконувати дії або вправи, зазначені для дитини її віку в п. 2.6.2.1 ЗУСП.

2.4.2.2.10.1. Страхова виплата здійснюється у випадку, якщо хвороба призвела до вказаних неврологічних порушень тривалістю не менше ніж 3 (три) місяці безперервно з дня виходу з коми;

2.4.2.2.10.2. Страховим випадком також вважається перебування Застрахованої особи в комі, що тривала понад 2 (два) місяці поспіль;

2.4.2.2.11. **Втрата кінцівок або їх функцій** - повна незворотна втрата функцій двох або більше кінцівок та/або втрата двох або більше кінцівок вище зап'ястя або щиколотки (в тому числі їх ампутація за медичними показаннями) в результаті нещасного випадку або хвороби. Страхова виплата у разі втрати функцій кінцівок здійснюється у разі виконання усіх нижче вказаних умов:

2.4.2.2.11.1. Втрачено функції усієї руки або усієї ноги, включаючи кисть або стопу;

2.4.2.2.11.2. Зазначений стан триває не менше ніж 3 (три) місяці безперервно з дня встановлення заключного діагнозу та підтверджується медичною документацією.

2.4.2.2.12. **Сліпота (втрата зору)** - клінічно підтверджене необоротне зниження (втрата) зору на обидва ока в результаті захворювання або нещасного випадку, якщо:

2.4.2.2.12.1. Гострота зору після корекції залишається нижчою ніж 6/60 або 20/200 згідно з таблицею Снеллена, чи нижчою ніж 0,1 згідно з таблицею Сівцева і Головіна;

або

2.4.2.2.12.2. Обмеження поля зору обох очей до 20о і менше.

Заключний діагноз сліпоти (втрати зору) повинен бути підтверджений висновком лікаря-

офтальмолога та результатами спеціальних інструментальних досліджень.

2.4.2.2.13. Втрата слуху (виключно у Застрахованої особи віком від 2 років) - повна незворотна втрата слуху на обидва вуха зі слуховим порогом більше 90 децибел у всьому діапазоні частот, що сталася внаслідок захворювання або травми. Заключний діагноз повинен бути підтверджений висновком лікаря-отоларинголога та результатами аудіометрії або тестів на звуковий поріг.

2.4.2.3. смерть Страхувальника в період дії даного страхового ризику внаслідок хвороби та/або нещасного випадку, що трапився в період дії даного страхового ризику (код 908) (надалі- **звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини**). Даний страховий ризик може бути включено в умови Договору **виключно, якщо** Застрахована особа за іншими страховими ризиками, що входять до складу Договору, та Страхувальник є різними особами. Даний страховий ризик не може бути включений у Договір з умовою одноразової сплати страхового внеску.

2.5. Страховими випадками є:

2.5.1. Страховими випадками за основним страхуванням є:

2.5.1.1. **Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору** (код 212). Під дожиттям розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 24 години 00 хвилин дня, визначеного в Договорі як останній день дії Договору;

2.5.1.2. Смерть Застрахованої особи протягом строку дії Договору внаслідок нещасного випадку та/або хвороби в період дії Договору (наділі - **смерть з будь-якої причини**) (код 112).

2.5.2. Страховими випадками за додатковим страхуванням, **якщо це прямо зазначено в Страховому свідоцтві**, є:

2.5.2.1. Травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи, які сталися в період дії даного страхового ризику, в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії даного страхового ризику (код 905) (надалі – травма в результаті нещасного випадку);

2.5.2.2. Вперше виявлене у Застрахованої особи захворювання та/або стан, проведення Застрахованій особі оперативного втручання з приводу нещасного випадку, що стався протягом строку дії страхового ризику згідно з умовами п.2.4.2.2 ЗУСП, або первинно діагностованого захворювання, з переліку наведеного нижче та згідно з визначеннями та умовами, наведеними в п.2.4.2.2 ЗУСП (код 90113) (надалі- **критичні захворювання дітей**), а саме:

2.5.2.2.1. Рак;

2.5.2.2.2. Тяжкий бактеріальний менінгіт;

2.5.2.2.3. Тяжкий енцефаліт;

2.5.2.2.4. Ниркова недостатність в термінальній стадії;

2.5.2.2.5. Трансплантація життєво важливих органів;

2.5.2.2.6. Доброякісна пухлина головного мозку;

2.5.2.2.7. Діабет 1 типу;

2.5.2.2.8. Ювенільний ревматоїдний артрит;

2.5.2.2.9. Виражена апластична анемія;

2.5.2.2.10. Кома;

2.5.2.2.11. Втрата кінцівок або їх функцій;

2.5.2.2.12. Сліпота (втрата зору);

2.5.2.2.13. Втрата слуху (виключно у Застрахованій особі віком від 2 років).

2.5.2.3. Смерть Страхувальника в період дії страхового ризику код 908 внаслідок хвороби та/або нещасного випадку, що трапився в період дії даного страхового ризику (код 908) (надалі - звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини).

2.6. При визнанні події страховим випадком згідно з умовами п. 2.5.2 ЗУСП має бути встановлено причинно-наслідковий зв'язок між зазначеними у цьому пункті та у визначеннях причинами чи обставинами та подією, що сталась. Страховим випадком визнається подія, зазначена в п. 2.5.1 ЗУСП, п. 2.5.2 ЗУСП, та яка не підпадає під винятки із страхових випадків або обмеження страхування. Додатково для визнання події страховим випадком згідно з п. 2.5.2.2 ЗУСП необхідно підтверджене документами закладів охорони здоров'я та інших компетентних органів виконання наступних умов:

2.6.1. Відповідний діагноз був вперше встановлений протягом строку дії страхового ризику згідно з умовами п.2.4.2.2 ЗУСП або Застрахованій особі було проведено оперативне втручання протягом строку дії страхового ризику згідно з умовами п.2.4.2.2 ЗУСП з приводу первинно діагностованого протягом строку дії страхового ризику згідно з умовами п.2.4.2.2;

2.6.2. Виконуються наступні вимоги щодо періоду виживання та періоду відстрочення, а саме:

2.6.2.1. **Період виживання становить 30 (тридцять) календарних днів** з дня діагностування одного із станів, визначених як критичне захворювання, або з дня проведення оперативного втручання, передбаченого страховим ризиком згідно з умовами п.2.4.2.2 ЗУСП. Страхова виплата здійснюється за умови, що Застрахована особа є живою на наступний після закінчення періоду виживання день, тобто, на 31-ий день з дня діагностування критичного захворювання чи проведення операції, що підтверджується документально;

2.6.2.2. **Період відстрочення становить 180 (сто вісімдесят) календарних днів** та застосовується у таких випадках:

2.6.2.2.1. З дня початку та/або поновлення дії страхового ризику згідно з умовами п.2.4.2.2 ЗУСП. Подія, що сталась із Застрахованою особою протягом періоду відстрочення не визнається страховим випадком, страхова виплата за нею не здійснюється;

2.6.2.2.2. З дня збільшення розміру страхової суми, встановленої за страховим випадком критичні захворювання (код 90113) (крім збільшення, запропонованого Страховиком). У разі настання страхового випадку протягом зазначеного періоду відстрочення страхова виплата здійснюється у розмірі страхової суми, встановленої за страховим випадком критичні захворювання (код 90113) до проведення такого збільшення.

Період відстрочення не застосовується до критичних захворювань, які сталися у результаті нещасного випадку, що трапився протягом періоду відстрочення.

2.6.3. Критичне захворювання, зазначене у п. 2.4.2.2 ЗУСП та у визначенні якого є посилання на даний пункт ЗУСП, призвело до нездатності Застрахованої особи певного віку виконати дії або вправи, зазначені для дитини її віку в нижченаведеній таблиці:

Вік дитини (повних років)	Дитина повинна могла або вміти:
1 рік	повзати або схопити щось
2 роки	вставати або використовувати кулькову ручку для написання карлечок (каракулів)
3-4 роки	пройти 20 метрів без сторонньої допомоги або пити через соломинку або спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення
4-9 років	пройти 100 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або самостійно приймати приготувану і подану їй їжу, або спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення
10 років та старше	пройти 200 метрів по рівній поверхні без допоміжних засобів, або самостійно приймати приготувану і подану їй їжу, або спілкуватися з оточуючими за допомогою усного мовлення

2.7. Додатково для визнання події страховим випадком згідно з п.2.5.2.3 ЗУСП необхідно виконання наступних вимог щодо періоду відстрочення, а саме:

2.7.1. Період відстрочення становить 180 (сто вісімдесят) календарних днів та застосовується у таких випадках:

2.7.1.1. З дня початку та/або поновлення дії страхового ризику код 908, в такому разі подія, що сталась із Страхувальником в такому періоді відстрочення не визнається страховим випадком, звільнення від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням не проводиться;

2.7.1.2. З дня збільшення розміру страхової суми за основним страхуванням (крім збільшення, запропонованого Страховиком). У разі настання страхового випадку протягом зазначеного періоду відстрочення Страховик в односторонньому порядку зменшує розміри страхової суми та страхового внеску за основним страхуванням до таких, що були встановлені у Договорі до проведення такого збільшення, та проводить звільнення

Страховальника від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням у обсязі, що діяв до проведення збільшення.

2.7.2. Період відстрочення не застосовується у разі, якщо смерть Страховальника сталася у результаті нещасного випадку, що трапився протягом періоду відстрочення.

2.8. Договором може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, ніж передбачені ЗУСП, на підставі яких укладається такий Договір, що обов'язково зазначається у Страховому свідоцтві, інших частинах Договору.

2.9. Територія дії страхового захисту - Договір діє на території:

2.9.1. України, крім території, статус якої визначений уповноваженим органом на конкретний момент (дату, час), коли стався Страховий випадок, як тимчасово окупована та/або на якій ведуться воєнні (бойові) дії та/або на якій органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження;

2.9.2. Всього світу, крім зон воєнних або збройних конфліктів, території Російської Федерації та Республіки Білорусь, а також з врахуванням положень щодо території України, викладених в п. 2.9.1 ЗУСП.

2.10. Грошовий еквівалент страхового захисту:

2.10.1. Грошові зобов'язання Сторін за Договором визначаються в гривні.

2.10.2. Сплата страхових внесків здійснюється Страховальником у національній валюті України (гривнях).

2.10.3. Страхові виплати за Договором здійснюються в гривні.

2.11. Розмір страхової суми, страхового тарифу, страхового внеску зазначається в Договорі за домовленістю Сторін відповідно до андеррайтингової та тарифної політики Страховика.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страховальник зобов'язаний:

3.1.1. сплачувати страховий внесок на рахунок/рахунки Страховика, зазначений/зазначені у Договорі, у порядку та строки, встановлені Договором;

3.1.2. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхового внеску за Договором;

3.1.3. При укладенні Договору, внесенні до нього змін, підключенні чи поновленні дії страхових ризиків та протягом строку дії Договору надати Страховикові повну, достовірну та правдиву інформацію про Застраховану особу, зокрема, щодо стану її здоров'я, перенесених захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень тощо, які вимагає Страховик для оцінки ризику та прийняття рішення про укладення Договору, а також інші відомі йому факти та обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в тому числі, але не обмежуючись все зазначене в Заяві на страхування), і надалі протягом 5 (п'яти) робочих днів у письмовій формі інформувати Страховика про будь-які зміни у всіх відомостях, які надавалися Страховику при укладенні Договору (в тому числі, але не обмежуючись про зміну прізвища, постійного місця проживання, адреси для листування, телефону та інших даних, які зазначені у Договорі, Заяві на страхування, документах, що надавалися Страховику).

3.1.4. У разі укладення Договору на користь третьої особи – Застрахованої особи, ознайомити таку Застраховану особу з умовами Договору і ЗУСП та в обов'язковому порядку отримати згоду Застрахованої особи на страхування та на обробку Страховиком її персональних даних.

3.1.5. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування життя щодо об'єкта Договору, якщо такі існують, та про які відомо Страхувальнику.

3.1.6. Відповідно до Договору, протягом **5 (п'яти)** робочих днів з дня настання події, що має ознаки страхового випадку, або з дня, коли стало відомо про настання такої події (або повинно було стати відомо), інформувати про це Страховика, а також діяти згідно з умовами розділу 6 ЗУСП, надати повну та достовірну інформацію відносно Застрахованої особи, причин та обставин, наслідків настання події, що має ознаки страхового випадку.

3.1.7. Надати документи, зазначені в п. 7.16 - 7.19 ЗУСП, в разі настання події, що має ознаки страхового випадку, в строк, що не перевищує **90 (дев'яносто)** календарних днів з дня настання такої події (даний строк може бути подовжено Страховиком, якщо Страхувальник документально підтвердить поважність причини, яка унеможливила виконати зазначений обов'язок). Згідно з умовами п.7.16 ЗУСП на запит Страховика та у визначений ним строк та спосіб (поштою (рекомендованим листом) або особисто за адресою місцезнаходження Страховика) надати для ознайомлення та огляду оригінали документів, зазначених п. 7.16 - 7.19 ЗУСП.

3.1.8. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.1.9. Вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку.

3.1.10. Повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі).

3.1.11. Повідомити Застраховану особу, Вигодонабувача про укладений на її (їх) користь Договір.

3.2. Застрахована особа зобов'язана:

3.2.1. При укладенні Договору, внесенні до нього змін, підключенні чи поновленні дії страхових ризиків та протягом строку дії Договору надати Страховику та Страхувальнику повну, достовірну та правдиву інформацію про себе зокрема, щодо стану здоров'я, перенесених захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень тощо, які вимагає Страховик для оцінки ризику та прийняття рішення про укладення Договору, а також інші відомі йому факти та обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в тому числі, але не обмежуючись все зазначене в Заяві на страхування), і надалі протягом **5 (п'яти)** робочих днів у письмовій формі інформувати Страховика про будь-які зміни у всіх відомостях, які надавалися Страховику при укладенні Договору (в тому числі, але не обмежуючись про зміну прізвища, постійного місця проживання, адреси для листування, телефону та інших даних, які зазначені у Договорі, Заяві на страхування, документах, що надавалися Страховику).

3.2.2. На вимогу Страховика пройти медичний огляд (обстеження) та/або надати документи щодо стану здоров'я, а також відомості для оцінки страхового ризику та/або факт, причини обставини, наслідки настання події, що має ознаки страхового випадку.

3.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування життя, здоров'я, працездатності Застрахованої особи, зазначеної в Страховому свідоцтві.

3.2.4. У разі настання страхового випадку якнайшвидше, але не більше ніж протягом 24 годин, звернутися до компетентних органів для отримання своєчасної медичної чи іншої допомоги, оформлення документів щодо факту, причин та обставин настання страхового випадку.

3.2.5. Вживати всіх необхідних заходів для запобігання чи зменшення шкоди власному життю та здоров'ю, виконувати призначення та рекомендації Кваліфікованих лікарів.

3.2.6. Надати документи, зазначені в п. 7.16 - 7.19 ЗУСП, в разі настання події, що має ознаки страхового випадку, в строк, що не перевищує **90 (дев'яносто)** календарних днів з дня настання такої події (даний строк може бути подовжено Страховиком, якщо Застрахована особа документально підтвердить поважність причини, яка унеможливила виконати зазначений обов'язок). Згідно з умовами п.7.16 ЗУСП на запит Страховика та у визначений ним строк та спосіб (поштою (рекомендованим листом) або особисто за адресою місцезнаходження Страховика) надати для ознайомлення та огляду оригінали документів, зазначених п. 7.16 - 7.19 ЗУСП.

3.2.7. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.

3.3. Страховик зобов'язаний:

3.3.1. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;

3.3.2. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування.

3.4. Страхувальник має право:

- 3.4.1. Ознайомитися з умовами страхування.
 - 3.4.2. Укласти Договір про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.
 - 3.4.3. Отримувати роз'яснення щодо Договору.
 - 3.4.4. Отримати дублікат або копію Договору в разі його втрати.
 - 3.4.5. Достроково припинити дію Договору шляхом письмового повідомлення Страховика не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
 - 3.4.6. Вносити пропозиції щодо внесення змін до умов Договору шляхом подання Заяви про внесення змін, які за згодою Сторін оформлюються шляхом укладення Додаткових договорів до Договору або шляхом обміну листами, документами, які підписуються Стороною, що їх надсилає.
 - 3.4.7. При укладанні Договору, за згодою Застрахованої особи, призначити фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат на умовах і в частках, що визначаються в Договорі. Також протягом строку дії Договору до настання страхового випадку Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право замінювати Вигодонабувачів та/або їх частки в страховій виплаті шляхом ініціювання внесення змін до Договору.
 - 3.4.8. Відмовитися від Договору в порядку та на умовах, передбачених п. 5 ЗУСП.
- 3.5. Страховик має право:**
- 3.5.1. Перевіряти повідомлену Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем інформацію, а також контролювати виконання ними умов Договору, проводити незалежну перевірку факту, причин, обставин та наслідків настання страхового випадку у будь-який спосіб, що не суперечить законодавству України, в тому числі отримувати від компетентних органів, інших фізичних та/або юридичних осіб персональні дані та інші відомості щодо стану здоров'я Застрахованої особи при укладенні Договору, внесенні до нього змін, протягом строку його дії, врегулюванні події, що має ознаки страхового випадку, факту, причин та/або обставин настання страхового випадку, з метою провадження Страховиком страхової діяльності.
 - 3.5.2. Відмовитись від укладення Договору, в тому числі, за результатами оцінки ризику (андеррайтингу) або за згодою Страхувальника встановити особливі або інші умови страхування.
 - 3.5.3. Змінити розмір страхового тарифу (страхової суми чи страхових виплат) в зв'язку зі змінами розмірів страхових сум (страхових тарифів), періодичності сплати страхових внесків, віку, статі, професії Застрахованої особи та інших умов. У разі незгоди Страхувальника на внесення запропонованих Страховиком змін щодо розміру страхового тарифу (страхової суми чи страхових виплат), Страховик має право достроково припинити дію Договору з дня, наступного за останнім днем оплаченого страхового періоду, після закінчення якого Страховик запропонував змінити розмір страхового тарифу.
 - 3.5.4. Достроково припинити дію Договору шляхом письмового повідомлення Страхувальника не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати такого припинення

дії Договору, а у разі невиконання Страхувальником своїх обов'язків за Договором та/або у разі надання Страхувальником/ Застрахованою особою та/або Вигодонабувачем неправдивих та/або неповних відомостей при укладенні Договору, внесенні змін до нього, про факт або обставини настання страхового випадку з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем встановлення вищезазначених фактів з обов'язковим повідомленням про це Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів.

3.5.5. За згодою Страхувальника внести зміни до Договору у порядку, передбаченому законодавством України, в зв'язку зі змінами обставин, виходячи з яких Сторони уклали Договір та/або змінювали умови страхування. У разі, якщо Сторони не дійшли згоди з приводу внесення змін до Договору, кожна Сторона Договору має право достроково припинити дію Договору.

3.5.6. У разі несплати Страхувальником чергового страхового внеску (з урахуванням періоду очікування страхового внеску) достроково припинити дію Договору або, відповідно до Договору, в односторонньому порядку провести зменшення (редукування) розміру страхової суми та (або) страхових виплат.

3.5.7. Вимагати від Вигодонабувача, Застрахованої особи та Страхувальника надання усіх необхідних документів та/або доказів, що підтверджують факт, причини, обставини та/або наслідки настання із Застрахованою особою випадку для прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати, в тому числі вимагати для огляду оригінали документів, зазначених в п. 7.16 - 7.19 ЗУСП.

3.5.8. Відстрочити прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати у строки та за умов, зазначених у п. 7.24 ЗУСП.

3.5.9. Відмовити у страховій виплаті відповідно до Договору та/або Закону, у тому числі, у разі надання Страхувальником, Застрахованою особою та/або Вигодонабувачем неправдивих та/або неповних відомостей чи приховування відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, при укладенні Договору, внесенні змін до нього, про факт або обставини настання страхового випадку тощо, в результаті чого внести зміни до умов страхування або достроково припинити дію страхового ризику та/або Договору з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати.

3.5.10. З метою провадження страхової діяльності, в тому числі і з метою належного виконання взятих на себе зобов'язань за Договором, в зв'язку з укладенням, обслуговуванням та виконанням Договору, здійснювати відповідно до вимог законодавства України обробку персональних даних Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача (збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення відомостей про фізичну особу), які було надано Страховику. Право на передачу та обробку персональних даних, зазначене вище, поширюється на будь-яких третіх осіб (асистуючі компанії, перестраховиків, іноземних суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними тощо), яким Страховик надав таке право відповідно до вимог законодавства України.

3.5.11. Надсилати Страхувальнику та/або Застрахованій особі, зазначеній у Договорі, будь-які відомості інформативного характеру (інформацію).

3.5.12. Вимагати проведення медичного обстеження (огляду) Застрахованої особи для оцінки ризику та/або для прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати, крім смерті Застрахованої особи. Якщо Застрахована особа відмовляється пройти медичне обстеження (огляд), яке вимагає Страховик з метою підтвердження факту, причин, обставин та/або наслідків настання страхового випадку для прийняття рішення про визнання випадку страховим, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за таким випадком.

3.5.13. Отримувати від Страхувальника або Застрахованої особи компенсацію, якщо з їх вини у Страховика виникли додаткові витрати, зокрема у випадках надання дублікату або копії Договору страхування, поновлення дії ризиків страхування тощо.

3.5.14. Звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 Закону України «Про страхування» та безоплатно отримувати відомості та інформацію щодо факту, причин, обставин або наслідків події, що має ознаки страхового випадку, відповіді на запити про надання відомостей та копій документів, пов'язаних із подією, що має ознаки страхового випадку, у тому числі дані, що містять інформацію з обмеженим доступом.

3.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** від суми такого несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожен день прострочення виконання, але не більше розміру подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.

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

4.1. Будь-які зміни до умов Договору вносяться за взаємною згодою Страхувальника, Застрахованої особи і Страховика.

4.2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона, яка виступає ініціатором таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін, якщо інше не зазначено в Договорі.

4.3. Зміни до умов Договору оформлюються шляхом підписання Додаткового договору або шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає.

Також, у разі згоди Страхувальника на зміну розмірів страхових сум та/або страхових внесків, підключення чи поновлення дії страхових ризиків додаткового страхування тощо, що пропонуються Страховиком, такі зміни можуть бути оформлені шляхом надіслання Страхувальнику нової редакції Страхового свідоцтва із зазначенням нових розмірів страхових сум та/або страхових внесків за Договором та/або нових страхових ризиків, за умови надання Страхувальником згоди на таку зміну. Згодою на таку зміну вважається

сплата Страхувальником та зарахування на поточний рахунок Страховика зміненого страхового внеску, запропонованого Страховиком.

4.4. Не допускається внесення змін до діючого Договору у разі відсутності згоди на це однієї зі Сторін, крім випадків, які передбачені ЗУСП, Договором.

4.5. Зміна Застрахованої особи за Договором не передбачена.

4.6. **Зміна Страхувальника за Договором:**

4.6.1. Зміна Страхувальника за Договором здійснюється шляхом укладання тристороннього Додаткового договору до Договору між Страхувальником, що змінюється, та новим Страхувальником та Страховиком відповідно, крім випадків, передбачених п. 4.12.4 ЗУСП (у разі смерті Страхувальника, який уклав Договір на користь Застрахованої особи, його права і обов'язки переходять до цієї Застрахованої особи, про що Страховик випускає нову редакцію Страхового свідоцтва; якщо за Договором настав страховий випадок код 908 до Застрахованої особи переходять всі права та обов'язки Страхувальника, крім обов'язку сплати страхових внесків за страховими ризиками за основним страхуванням за Договором).

4.6.2. У разі зміни Страхувальника за Договором, не пов'язаної зі смертю Страхувальника, дія страхового ризику код 908, якщо він був присутній у Договорі, припиняється з 00 годин 00 хвилин дати зміни Страхувальника. Новий Страхувальник може придбати страховий ризик **звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини** (код 908), починаючи з найближчої наступної річниці дії Договору за умови надання ним Страховику заповненої медичної анкети та проходження процедури андерайтингу, визначеної Страховиком.

4.6.3. Після настання страхового випадку **код 908** та переходу прав та обов'язків Страхувальника до Застрахованої особи будь-які зміни за Договором, які впливають на фінансові зобов'язання Сторін, у такому Договорі не проводяться.

4.7. Зміна Страховика за Договором може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором, страховиком, який приймає такі зобов'язання, та Страхувальником або договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону.

4.8. **Редукування:**

4.8.1. Якщо Договір діяв більше двох років та виконуються умови п. 4.8.4 ЗУСП, у випадку несплати Страхувальником чергового страхового внеску протягом періоду очікування страхового внеску на наступний день після закінчення періоду очікування страхового внеску відбувається автоматичне зменшення (редукування) розміру страхової суми за страховими випадками за основним страхуванням, відповідно до суми сформованих відповідних технічних резервів, та припинення дії всіх страхових ризиків за додатковим страхуванням з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду.

4.8.2. Договір зі зменшеною (редукованою) страховою сумою згідно з умовами п. 4.8.1 ЗУСП починає діяти з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду.

4.8.3. Про розмір зменшеної (редукованої) страхової суми Страховик повідомляє Страхувальника протягом **15 (п'ятнадцяти)** календарних днів після проведення перерахунку (зменшення) страхової суми у письмовій формі у спосіб, зазначений в п. 9.26 ЗУСП.

4.8.4. Страховик розраховує розмір викупної суми станом на наступний день за останнім днем оплаченого періоду страхування та згідно з умовами страхування зараховує дану суму як одноразовий страховий внесок за весь подальший період дії всіх страхових ризиків за основним страхуванням, після цього страхове покриття продовжує діяти зі зменшеною (редукованою) страховою сумою за страховими ризиками **код 212 та код 112** та відповідно зміненими іншими зобов'язаннями Страховика. Страхувальник має право на редукування за умови досягнення або перевищення редукованою страховою сумою мінімального розміру, визначеного в розмірі **3 000,00** грн.

4.8.5. За згодою Сторін розмір страхової суми може змінюватись з одночасною зміною розміру страхових внесків. В разі зменшення (редукування) розміру страхової суми та (або) страхових виплат, за згодою сторін Договору, розмір страхової суми та (або) страхових виплат може бути повністю або частково відновлений до такого, що діяв на момент зменшення (редукування). При цьому Страхувальник поновлює сплату страхових внесків за Договором та/або здійснює сплату одноразового страхового внеску. Розміри страхових внесків розраховуються актуарно. Для здійснення такого відновлення Страхувальник обов'язково має надати заяву за формою, встановленою Страховиком, при цьому Страховик також залишає за собою право вимагати проведення медичного огляду Застрахованої особи та/або надання додаткових документів медичного та загального характеру. На підставі оцінки ризику, відповідно до отриманих документів, Страховик має право внести зміни до умов Договору.

4.9. Договором передбачається збільшення розміру страхових виплат на додатковий інвестиційний дохід (бонус). Розмір додаткового інвестиційного доходу (бонусу) визначаються Страховиком щонайменше один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення та управління активами, що покривають відповідні технічні резерви за вирахуванням витрат Страховика на управління інвестиціями в частині управління відповідними активами у розмірі **15 відсотків** отриманого інвестиційного доходу та обов'язкового відрахування частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру гарантованого інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу та страхової суми за Договором. Прийняті Страховиком додаткові страхові зобов'язання повідомляються Страхувальнику щорічно письмово у паперовій або електронній формі та не можуть бути у подальшому зменшені в односторонньому порядку. Виплата Страховиком додаткового страхового зобов'язання (бонусу) здійснюється одночасно з проведенням страхової виплати за страховими випадками за основним страхуванням або виплатою викупної суми за Договором.

4.10. Порядок та умови індексації:

4.10.1. Договором передбачено індексацію - збільшення розмірів страхових сум протягом строку дії Договору виключно за ініціативою Страховика, за умови відповідної зміни розміру страхового внеску.

4.10.2. Індексація здійснюється один раз на рік в кожен річницю Договору, яка припадає на проміжок часу з 01 січня поточного календарного року по 31 грудня поточного календарного року.

4.10.3. Страховик не пропонує індексацію за Договорами:

- 4.10.3.1. З одноразовою формою сплати страхового внеску;
- 4.10.3.2. Зі зменшеною (редукованою) страховою сумою;
- 4.10.3.3. До закінчення строку дії яких залишилося 3 (три) роки або менше;

4.10.3.4. За якими Страхувальником 2 (два) рази поспіль не було сплачено запропонований Страховиком збільшений страховий внесок;

4.10.3.5. За якими Страховиком отримано письмову відмову Страхувальника від збільшення розміру страхових сум.

4.10.3.6. **Що не відповідають внутрішнім вимогам Страховика щодо індексації.**

4.10.4. Індексація здійснюється шляхом збільшення розміру загального періодичного страхового внеску за Договором, чинного на дату проведення збільшення, шляхом застосування коефіцієнту підвищення, затвердженого Страховиком на цей період, до страхового внеску, чинного на момент надіслання пропозиції про збільшення розміру страхової суми.

4.10.5. Індексація здійснюється шляхом надсилання Страховиком не пізніше ніж за **15 календарних днів** до настання річниці Договору пропозиції про збільшення розміру страхової суми з зазначенням відповідного розміру збільшеного страхового внеску.

4.10.6. В разі повного і безумовного прийняття Страхувальником пропозиції Страховика про індексацію Страхувальник сплачує збільшений страховий внесок у розмірі, зазначеному у пропозиції Страховика, у строки, передбачені Договором для сплати чергового страхового внеску. Факт оплати збільшеного страхового внеску засвідчує бажання Страхувальника збільшити розмір страхової суми згідно з умовами пропозиції; ця дія є прийняттям пропозиції Страховика.

4.10.7. У разі сплати Страхувальником збільшеного страхового внеску до річниці Договору Страховик протягом **30 календарних днів** після річниці Договору надсилає Страхувальнику нову редакцію Страхового свідоцтва. У разі сплати Страхувальником збільшеного страхового внеску після річниці Договору в межах строку, передбаченого Договором для сплати чергового страхового внеску, Страховик протягом 30 календарних днів після сплати страхового внеску надсилає Страхувальнику нову редакцію Страхового свідоцтва.

4.10.8. Розмір збільшеного страхового внеску та розмір збільшеної страхової суми набувають чинності з 00 годин 00 хвилин річниці Договору, з якої Страховик запропонував збільшити розмір страхової суми за умови отримання на поточний рахунок Страховика збільшеного страхового внеску в повному обсязі.

4.10.9. Страхувальник має право відмовитись від запропонованого збільшення розміру страхової суми та сплачувати страхові внески у попередньому (не збільшеному) розмірі, визначеному Договором. Сплата Страхувальником попереднього (не збільшеного) страхового внеску означає відмову від збільшення розміру страхової суми. В такому разі збільшення розміру страхової суми не проводиться.

4.10.10. У разі отримання Страховиком письмової відмови Страхувальника від індексації, такому Страхувальнику припиняється надсилання пропозицій про індексацію на весь подальший період дії Договору.

4.10.11. Відновлення індексації за Договором можливе лише в разі надання на це згоди Страховиком. В цьому разі Страховик має право вимагати проведення медичного огляду Застрахованої особи та/або надання документів стосовно стану її здоров'я та/або фінансового стану. У разі згоди Страховика на відновлення індексації Страховик відновлює надсилання Страхувальнику пропозицій про індексацію на весь подальший період дії Договору з урахуванням умов п. 4.10.3 ЗУСП.

4.11. Сторони Договору мають право вносити зміни до Договору в іншому порядку, у іншій формі та у інший спосіб, що не суперечить законодавству України, в тому числі у порядку, визначеному законодавством України, що регулює відносини в сфері електронної комерції та електронного документообігу.

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

4.12.1. Закінчення строку дії Договору – з 24 годин 00 хвилин за Київським часом дня, що визначений як день закінчення дії Договору;

4.12.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

4.12.3. Несплати Страхувальником чергового страхового внеску за період страхування у встановлений Договором строк. При цьому Договір вважається достроково припиненим з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду страхування, якщо Страхувальник своєчасно не сплатив черговий страховий внесок в розмірі та у строки сплати страхового внеску, зазначені у Договорі, та протягом періоду очікування страхового внеску, за виключенням випадків, зазначених в п. 4.8 ЗУСП.

4.12.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону, а саме: у разі смерті Страхувальника, який уклав Договір на користь Застрахованої особи, його права і обов'язки переходять до цієї Застрахованої особи, про що Страховик випускає нову редакцію Страхового свідоцтва, якщо за Договором настав страховий випадок код 908 до Застрахованої особи переходять всі права та обов'язки Страхувальника, крім обов'язку сплати страхових внесків за страховими ризиками за основним страхуванням за Договором).

4.12.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.12.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

4.12.7. Незгоди Страхувальника на внесення запропонованих Страховиком змін щодо розміру страхового тарифу (страхової суми чи страхових виплат) з дня, наступного за останнім днем оплаченого страхового періоду, після закінчення якого Страховик запропонував змінити розмір страхового тарифу;

4.12.8. Смерті Застрахованої особи та прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати;

4.12.9. В інших випадках, передбачених законодавством України.

4.13. Дія Договору може бути припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору Сторона, що має намір припинити Договір, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до планованої дати припинення.

4.14. Якщо дія Договору достроково припиняється з ініціативи Страхувальника, днем дострокового припинення вважається день, що настає через 30 (тридцять) календарних днів з дати отримання Страховиком заяви Страхувальника про намір достроково припинити дію Договору, крім випадків, коли Страховик згоден достроково припинити дію Договору з дня, зазначеного Страхувальником у такій заяві. Якщо дія Договору достроково припиняється з ініціативи Страховика відповідно до умов Договору – дія Договору припиняється з дня, визначеного відповідними положеннями ЗУСП.

4.15. Дія Договору достроково припиняється та Договір втрачає чинність також у разі,

якщо смерть Застрахованої особи не визнана страховим випадком або Страховик прийняв рішення про відмову у здійсненні страхової виплати у разі смерті Застрахованої особи.

4.16. У разі дострокового припинення дії Договору Страховик виплачує Страхувальнику викупну суму, яка є майновим правом Страхувальника за таким Договором, у розмірі, розрахованому на дату дострокового припинення дії Договору залежно від періоду, протягом якого діяв такий Договір, згідно з методикою, зазначеною в п.13 ЗУСП, з врахуванням додаткового інвестиційного доходу (бонусу) у розмірі, не меншому ніж оголошено Страховиком. **Розмір викупної суми може бути зменшеним унаслідок виникнення податкових зобов'язань Страхувальника. Порядок оподаткування викупних сум розміщено на сайті Страховика за посиланням: <https://pzulife.com.ua/admin/upload/file/Tax.pdf>.** Викупна сума виплачується Страхувальнику протягом **15 (п'ятнадцяти)** робочих днів з дня отримання Страховиком останнього з документів, зазначеного в п. 4.17 ЗУСП, але не раніше дати дострокового припинення дії Договору.

4.17. Для отримання викупної суми Страхувальник зобов'язаний надати Страховику у спосіб, передбачений п.9.26 ЗУСП, наступні документи:

4.17.1. заяву за формою, затвердженою Страховиком;

4.17.2. документи, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника та особу, що діє від імені Страхувальника (а також документи, що підтверджують повноваження такої особи);

4.17.3. документи, що додатково вимагаються відповідно до законодавства України (наприклад, документи для здійснення фінансового моніторингу).

4.18. За несвоєчасне здійснення виплати викупної суми Страховик несе відповідальність шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** від суми такого несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожен день прострочення виконання, але не більше розміру подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.

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

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

5.1. Страхувальник має право відмовитись від Договору шляхом повідомлення Страховика у письмовій формі протягом **30 (тридцяти)** календарних днів з дня укладення Договору, а якщо Страхове свідоцтво містить розбіжності із Заявою на страхування, - протягом **45 (сорока п'яти)** календарних днів з дня його отримання, крім випадків, коли повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором.

5.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній або паперовій) формі шляхом підписання та надсилання Страховику заяви про відмову від Договору.

5.3. У разі відмови Страхувальника від Договору Договір буде вважатися не укладеним, будь-які події, що мають ознаки страхових, не розглядаються Страховиком та не визнаються страховими випадками, страхові виплати за ними не здійснюються, жодних зобов'язань щодо виконання умов Договору Страховик не матиме (крім повернення Страховиком отриманих від Страхувальника коштів).

5.4. У разі відмови Страхувальника від Договору Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачений страховий внесок повністю протягом **15 (п'ятнадцяти)**

робочих днів з дня отримання від Страхувальника відповідної письмової заяви про відмову від Договору та реквізитів рахунку Страхувальника для повернення страхового внеску, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

5.5. Страховик має право відмовитись від укладення Договору, в тому числі на підставі результатів андеррайтингу (проведення оцінки ризику).

5.6. Обов'язок повідомлення Застрахованої особи та Вигодонабувача про відмову від Договору покладається на Страхувальника.

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

6.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний:

6.1.1. повідомити Страховика про настання такої події протягом **5 (п'яти)** робочих днів з дня її настання письмово на поштову адресу Страховика, або засобами телефонного зв'язку, або на адресу електронної пошти за реквізитами, що зазначені у Договорі, ЗУСП та/або на офіційному сайті Страховика.

У разі неможливості дотримання Страхувальником встановленого Договором строку для повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку, з поважних причин, повідомити Страховика може Застрахована особа, Вигодонабувач (спадкоємці) як тільки це стане можливо; наявність поважних причин, через які повідомлення про настання страхового випадку було подано Страховику несвочасно, повинно бути підтверджено шляхом надання документів, в тому числі виданих компетентними органами.

6.1.2. при повідомленні про настання події, що має ознаки страхової, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, одержувач страхової виплати) повинен надати Страховику наступні відомості:

6.1.2.1. інформацію про особу, яка повідомляє про настання випадку: прізвище, ім'я, по батькові, відношення до Застрахованої особи, контактний телефон;

6.1.2.2. прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи, номер Договору;

6.1.2.3. дату настання події, що має ознаки страхового випадку;

6.1.2.4. причини та обставини, за яких сталась подія, що має ознаки страхового випадку (що та внаслідок чого сталося, чому і де сталося, за яких обставин);

6.1.2.5. характер та наслідки події, що має ознаки страхового випадку, для життя і здоров'я Застрахованої особи (травматичне ушкодження, встановлення групи інвалідності тощо);

6.1.2.6. назву, адресу та контактний телефон закладу охорони здоров'я, де Застрахованій особі надавалась медична допомога, в тому числі перша медична допомога;

6.1.3. надати Страховику всі документи, зазначені у п. 7.16 – п. 7.18 ЗУСП, у строк, що не перевищує 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати настання випадку. У разі, якщо з об'єктивних причин надати документи в зазначений строк неможливо, такі документи необхідно надати протягом 3 (трьох) робочих днів з дня їх отримання від відповідних компетентних органів;

6.1.4. надати Страховику повні, правдиві та достовірні відомості про причини та обставини, наслідки настання події, що має ознаки страхового випадку, а також іншу необхідну інформацію, яку вимагає Страховик у рамках Договору (на вимогу Страховика).

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Для одержання страхової виплати за страховими випадками, зазначеними в п. 2.5.1.2 ЗУСП (**смерть з будь-якої причини**) Страхувальником за згодою Застрахованої особи має право призначити Вигодонабувача/Вигодонабувачів, про що зазначається у Заяві на страхування або іншому документі, що додається до Договору.

7.2. За страховими випадками іншими, ніж зазначено в п. 7.1 ЗУСП, Вигодонабувачем згідно з умовами Договору призначається та страхову виплату отримує Застрахована особа, якщо інше не зазначено у Заяві на страхування або іншому документі, що додається до Договору. Якщо Застрахована особа на день настання страхового випадку, зазначеного в п. 2.5.2.1 та п.2.5.2.2 ЗУСП, є неповнолітньою дитиною та за страховим випадком, зазначеним в п. 2.5.2.1 та п.2.5.2.2 ЗУСП, Вигодонабувачі не призначені, отримувачем страхової виплати є один з батьків.

7.3. Якщо Вигодонабувач не вказаний в Договорі або письмово відмовився від належної йому страхової виплати (частки виплати), або якщо він помер до настання страхового випадку, у випадку смерті Застрахованої особи страхову виплату отримують спадкоємці Застрахованої особи.

7.4. У разі смерті Вигодонабувача після настання страхового випадку із Застрахованою особою страхова виплата здійснюється спадкоємцям Вигодонабувача.

7.5. У разі одночасної смерті Застрахованої особи та Вигодонабувача (протягом однієї календарної доби) страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи.

7.6. Якщо Застрахована особа оголошена померлою, страхова виплата здійснюється за умови, якщо день її смерті, вказаний у рішенні суду та виданому на його підставі свідоцтві про смерть, приходить на строк дії Договору та строк дії відповідного страхового ризику. У разі визнання Застрахованої особи безвісно відсутньою страхова виплата не здійснюється.

7.7. Страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п. 2.5.1.1 ЗУСП (**дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору**), здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої для страхового випадку код 212 в Страховому свідоцтві, збільшеної на суму додаткового інвестиційного доходу (бонусу), розрахованого на дату настання страхового випадку. Після здійснення страхової виплати Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхових виплат за Договором.

7.8. Страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п. 2.5.1.2 ЗУСП (**смерть з будь-якої причини**), здійснюється у розмірі фактично сплачених на день настання страхового випадку страхових внесків за основним страхуванням, збільшених на суму додаткового інвестиційного доходу (бонусу), розрахованого на дату настання страхового випадку, крім страхових випадків, зазначених в пункті 7.8.1 ЗУСП. Після здійснення страхової виплати Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхових виплат за Договором.

7.8.1. Якщо за Договором з ініціативи Страхувальника було збільшено страхову суму, то страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п. 2.5.1.2 ЗУСП (**смерть з будь-якої причини**), що стався в перші три роки дії Договору після проведення такого збільшення, здійснюється у розмірі страхової суми, встановленої для страхового випадку код 112 в Страховому свідоцтві до проведення зазначеного збільшення, збільшеної на суму додаткового інвестиційного доходу (бонусу), розрахованого на дату настання страхового

випадку.

7.8.2. В разі настання страхового випадку, зазначеного у п. 2.5.1.2 ЗУСП (**смерть з будь-якої причини**) протягом строку очікування сплати страхового внеску, страхова виплата здійснюється у розмірі, передбаченому п. 7.8 ЗУСП, за вирахуванням очікуваного чергового страхового внеску.

7.9. Страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п. 2.5.2.1 ЗУСП (**травма в результаті нещасного випадку**), здійснюється на умовах «Таблиці розмірів страхових виплат у разі травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів», яка наведена в п.15 ЗУСП, та у зазначеному у цій Таблиці розмірі – у відсотках від страхової суми, встановленої для страхового випадку код 905 у Страховому свідоцтві. Страхові виплати за страховим випадком код 905 здійснюються за кожним страховим випадком, але в сукупності протягом кожного страхового року не можуть перевищувати 100% страхової суми, встановленої в Страховому свідоцтві для страхового випадку код 905.

7.10. Страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п.2.5.2.2 ЗУСП (**критичні захворювання дітей**) здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої для страхового випадку код 90113 в Страховому свідоцтві, тільки за одним захворюванням з переліку, яке визнано страховим випадком. Після здійснення страхової виплати Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхових виплат за цим страховим ризиком.

7.11. Страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п.2.5.2.3 ЗУСП (**звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини**) здійснюється шляхом звільнення від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням за Договором, починаючи з чергового страхового внеску за основним страхуванням, строк сплати якого настане після дати смерті Страхувальника, до закінчення строку дії Договору, а також:

7.11.1. Дія всіх страхових ризиків за додатковим страхуванням припиняється з першого дня періоду страхування, наступного за останнім оплаченим Страхувальником періодом страхування;

7.11.2. Всі права і обов'язки Страхувальника за Договором, крім обов'язку щодо сплати страхових внесків за основним страхуванням, переходять до Застрахованої особи;

7.11.3. Зобов'язання Страховика за основним страхуванням за Договором продовжують діяти на таких самих умовах, на яких Договір діяв би при сплаті страхових внесків за основним страхуванням за Договором Страхувальником з врахуванням умов п.7.11.2 ЗУСП.

7.12. **Страхові виплати здійснюються за вирахуванням податків та зборів, передбачених законодавством України. Розмір страхової виплати може бути зменшеним унаслідок виникнення податкових зобов'язань Вигодонабувача. Порядок оподаткування страхових виплат та викупних сум розміщено на сайті Страховика за посиланням: <https://pzulife.com.ua/admin/upload/file/Tax.pdf>.**

7.13. Протягом строку очікування сплати страхового внеску Договір зберігає свою чинність, при цьому зобов'язання Страховика з проведення страхових виплат за випадками, що сталися протягом такого строку очікування сплати страхового внеску, виникають виключно після сплати Страхувальником очікуваного страхового внеску у повному обсязі, крім випадків смерті Застрахованої особи.

7.14. Страхова виплата за кожним страховим випадком, зазначеним у ЗУСП, здійснюється незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими страховими випадками, які входять до Договору, в межах страхової суми, встановленої для такого страхового випадку/групи

страхових випадків.

7.15. Настання страхового випадку (його факт, причини та обставини, наслідки) має бути підтверджено документами, виданими відповідними компетентними органами. Документи подаються Вигодонабувачем/одержувачем страхової виплати у письмовій формі у спосіб та в порядку, передбаченому п. 9.26 ЗУСП.

7.16. Рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком на підставі належним чином оформлених та засвідчених документів загального характеру, зазначених в п.7.17 ЗУСП, та документів, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, зазначених в п. 7.18 ЗУСП. Документи, зазначені в п. 7.17 ЗУСП, надаються Страховику для огляду та зняття копії або в копіях, засвідчених Вигодонабувачем/одержувачем страхової виплати. Решта документів надаються в оригіналі або належним чином оформлених копії. Належно оформленою копією документа є копія, посвідчена органом, установою чи організацією, що його видала, або нотаріально посвідчена або посвідчена уповноваженою особою Страховика. Страховик згідно з умовами п. 3.5.7 ЗУСП має право вимагати для огляду оригінали зазначених документів. На запит Страховика та у визначений ним строк та спосіб (поштою (рекомендованим листом) або особисто за адресою місцезнаходження Страховика) Вигодонабувач/одержувач страхової виплати зобов'язаний надати для ознайомлення та огляду оригінали таких документів. **Зазначені в цьому пункті ЗУСП документи мають відповідати наступним вимогам:**

7.16.1. Документ (копія документа), складений іноземною мовою, повинен бути перекладений на українську мову (вірність перекладу або справжність підпису перекладача засвідчується нотаріально або печаткою та підписом уповноваженого представника юридичної особи (бюро перекладів), в якій працюють перекладачі, що мають відповідну кваліфікацію, підтверджену відповідними документами). Не перекладається на українську мову документ (копія документа), складений іноземною мовою, у разі одночасного наведення його тексту українською мовою.

7.16.2. Копія документа в паперовій формі має містити відмітку про засвідчення копії цього документа, що містить напис «Згідно з оригіналом», та зазначає найменування посади (за наявності), особистий підпис уповноваженої особи, яка засвідчує копію, її власне ім'я та прізвище, дату засвідчення копії, печатку органу (за наявності). Такий напис з підписом та печаткою повинен бути зазначений на кожній сторінці копії документа.

7.16.3. Електронний документ має бути підписаний шляхом накладання КЕП уповноваженої особи, повинен мати коротку назву латинськими літерами, що відображає зміст і реквізити документа.

7.16.4. Електронна копія документа у паперовій формі повинна мати коротку назву латинськими літерами, що відображає зміст і реквізити документа, відповідати оригіналу документа, а також бути придатною для сприйняття змісту, а саме бути створеною з урахуванням таких вимог:

7.16.4.1. документ зберігається у файл формату pdf, jpg;

7.16.4.2. сканована копія кожного окремого документа зберігається як окремий файл;

7.16.4.3. документ, що містить більше однієї сторінки, зберігається в один файл;

7.16.4.4. роздільна здатність сканування повинна бути не нижче ніж 300 dpi;

7.16.4.5. повинна містити точне знакове відтворення змісту чи інформації оригіналу документа, що досягається шляхом сканування, фотографування оригіналу або копії

документа, завіреної органом, який його видав, або нотаріально, або в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, що дозволяє її візуальне сприйняття;

7.16.4.6. бути належної якості, щоб можна було прочитати весь текст документа та не мати явних ознак пошкодження (залиті сторінки), чітко було видно всі реквізити, а поля документа не було порушено.

7.17. Документи загального характеру:

7.17.1. Заява про виплату від Вигодонабувача/одержувача страхової виплати за встановленою Страховиком формою з обов'язковим заповненням всіх її пунктів, в тому числі реквізитів Вигодонабувача/одержувача страхової виплати для отримання страхової виплати;

7.17.2. Діюча на момент настання заявленої події редакція Страхового свідоцтва та Заява на страхування;

7.17.3. Документи для ідентифікації та верифікації особи Вигодонабувача/одержувача страхової виплати та/або Застрахованої особи, які передбачені Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» з дотриманням вимог, визначених Додатком 2 до Положення про здійснення установами фінансового моніторингу:

7.17.3.1. Для Вигодонабувача/одержувача страхової виплати та/або Застрахованої особи - громадянина України, який постійно проживає в Україні:

7.17.3.1.1. Паспорт громадянина України (копія сторінок паспорта, що містять фотографію фізичної особи, а також інформацію про її прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дату народження, реєстрацію місця її проживання, серію та номер паспорта, дату видачі та найменування органу, що його видав (якщо паспорт оформлено у формі книжечки), або копій обох сторін паспорта громадянина України або цифрова копія паспорта з е-підписом Дії (якщо його оформлено у формі картки, що містить безконтактний електронний носій));

7.17.3.1.2. Щодо Вигодонабувача/одержувача страхової виплати та/або Застрахованої особи, паспорт якого/якої оформлено у формі книжечки, - копія документа з інформацією про реєстраційний номер облікової картки платника податків або копії сторінки паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого реєстраційного номера (якщо особа через свої релігійні переконання відмовилася від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків і повідомила про це контролюючий орган);

7.17.3.1.3. Щодо Вигодонабувача/одержувача страхової виплати та/або Застрахованої особи, паспорт якого/якої оформлено у формі картки, що містить безконтактний електронний носій, - копія документа з інформацією про реєстрацію місця проживання такої особи.

7.17.3.2. Для Вигодонабувача/одержувача страхової виплати та/або Застрахованої особи- громадянина України, який виїхав на постійне / тимчасове проживання за кордон:

7.17.3.2.1. Паспорт громадянина України для виїзду за кордон (копія сторінок паспорта, що містять фотографію фізичної особи, а також інформацію про її прізвище, власне ім'я, дату народження, номер паспорта, дату видачі та найменування органу, що його видав, строк дії паспорта, а також відмітку про виїзд особи на постійне проживання за кордон);

7.17.3.2.2. Документ з інформацією про реєстраційний номер облікової картки платника

податків (за наявності);

7.17.3.2.3. Документ з інформацією про місце постійного / тимчасового проживання фізичної особи;

7.17.3.2.4. Документ, що підтверджує правові підстави постійного / тимчасового проживання фізичної особи на території іноземної країни.

7.17.3.3. Для Вигодонабувача/одержувача страхової виплати та/або Застрахованої особи- іноземного громадянина, який постійно проживає в іноземній країні:

7.17.3.3.1. Паспорт фізичної особи (копія сторінок, що містять фотографію фізичної особи, а також інформацію про її прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дату народження, місце постійного проживання, серію (за наявності) та номер паспорта, дату видачі та найменування органу, що його видав, а також строк дії паспорта (за наявності));

7.17.3.3.2. Документ з інформацією про ідентифікаційний код або податковий номер (за наявності);

7.17.3.3.3. Документ з інформацією, що підтверджує місце постійного проживання фізичної особи (якщо такої інформації в паспорті немає);

7.17.3.4. Для Вигодонабувача/одержувача страхової виплати та/або Застрахованої особи- іноземного громадянина, який постійно / тимчасово проживає в Україні: :

7.17.3.4.1. Посвідка на постійне / тимчасове проживання фізичної особи в Україні;

7.17.3.4.2. Документ з інформацією про реєстраційний номер облікової картки платника податків в Україні (за наявності);

7.17.3.4.3. Паспорта фізичної особи(копія сторінок паспорт, що містять фотографію фізичної особи, а також інформацію про її прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дату народження, номер паспорта, дату видачі та найменування органу, що його видав, строк дії паспорта, а для осіб, які постійно проживають в Україні, також відмітку про виїзд особи на постійне проживання (якщо така відмітка проставляється згідно із законодавством країни, громадянином якої є особа));

7.17.3.5. Інші документи згідно з вимогами законодавства у сфері надання фінансових послуг (у тому числі, що вимагаються для проведення фінансового моніторингу).

7.17.4. Документи, які засвідчують ступінь споріднення Вигодонабувача/одержувача страхової виплати із Застрахованою особою/Вигодонабувачем (якщо Вигодонабувач/одержувач страхової виплати не є Застрахованою особою). До таких документів належать, зокрема: свідоцтво про народження, повний витяг з Державного реєстру актів цивільного стану громадян щодо актового запису про шлюб або інший документ встановленої законодавством форми, в якому міститься інформація про ступінь споріднення Вигодонабувача/одержувача страхової виплати із Застрахованою особою/Вигодонабувачем.

7.17.5. Свідоцтво про право на спадщину одержувача страхової виплати, що підтверджує право такого одержувача на страхову виплату за Договором;

7.17.6. Документ, що посвідчує особу законного представника Вигодонабувача/одержувача страхової виплати (у разі подання документів законним представником) та документ, що підтверджує повноваження особи як законного представника (у разі подання документів законним представником).

7.18. Документи компетентних органів, що підтверджують факт, причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, відповідно до характеру події:

7.18.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.1.1 ЗУСП (**дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору**) необхідно надати один із зазначених нижче документів або виконати одну з дій:

7.18.1.1. цифрова копія паспорта з е-підписом Дії;

7.18.1.2. свідоцтво, видане нотаріусом, що посвідчує факт дожиття Застрахованої особи до дати закінчення строку дії Договору;

7.18.1.3. проведення ідентифікації та верифікації Застрахованої особи за допомогою відеоконференцзв'язку;

7.18.1.4. особистий візит Застрахованої особи до офісу Страховика з пред'явленням оригіналів документів, що ідентифікують особу, та наданням можливості зробити копію, самостійно завіривши її.

7.18.2. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.1.2 ЗУСП (**смерть з будь-якої причини**):

7.18.2.1. Лікарське свідоцтво про смерть або довідка про причину смерті Застрахованої особи;

7.18.2.2. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

7.18.2.3. *Якщо смерть Застрахованої особи пов'язана з нещасним випадком:*

7.18.2.3.1. Документи компетентних органів, в яких міститься детальна інформація про факт, причини, обставини та наслідки настання події;

7.18.2.3.2. Акт розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії, що стався (сталася/сталася) (форма Н-1), якщо нещасний випадок відбувся на виробництві;

7.18.2.3.3. Висновок експерта (Експертиза трупа, Акт судово-медичного дослідження) з результатами судово-медичної експертизи (досліджень) трупа Застрахованої особи з даними лабораторних та додаткових методів дослідження (в т.ч. токсикологічного дослідження крові та сечі на вміст алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин);

7.18.2.3.4. Витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань;

7.18.2.3.5. Постанова, рішення (вирок) суду, що набрало законної сили, стосовно Застрахованої особи або осіб, що вчинили правопорушення щодо Застрахованої особи,;

7.18.2.3.6. Документ, що посвідчує право Застрахованої особи на керування транспортним засобом відповідної категорії (якщо нещасний випадок мав місце під час керування Застрахованою особою транспортним засобом);

7.18.2.4. *Якщо смерть Застрахованої особи пов'язана з хворобою:* виписка з амбулаторної карти Застрахованої особи видана сімейним лікарем/лікарем-педіатром за останні 5 (п'ять) років до настання події з зазначенням анамнезу, всіх звернень та встановлених діагнозів, або оригінал амбулаторної карти за вказаний період.

7.18.3. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п. 2.5.2.1 ЗУСП (**травма в результаті нещасного випадку**), документи, документи закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт та наслідки травми, факт настання нещасного випадку, причини та обставини, що призвели до нещасного випадку та травми, зокрема:

7.18.3.1. Документи, які посвідчують факт настання нещасного випадку із Застрахованою особою:

7.18.3.1.1. Медична довідка/виписка про первинне (найперше після настання нещасного випадку) звернення до закладу охорони здоров'я, оформлена згідно вимог законодавства, з зазначенням анамнезу (обставини, причини та механізм нещасного випадку), встановленого діагнозу, проведеного обстеження та лікування/рекомендацій;

7.18.3.1.2. Документи з компетентних органів, в яких міститься детальна інформація про факт, причини, обставини та наслідки настання події;

7.18.3.1.3. Акт розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії, що стався (сталосся/сталася) (форма Н-1), якщо така подія відбулась на виробництві;

7.18.3.2. Документ, що посвідчує право Застрахованої особи на керування транспортним засобом відповідної категорії (якщо нещасний випадок мав місце під час керування Застрахованою особою транспортним засобом);

7.18.3.3. Медична довідки або інший медичний документ, оформлений відповідно до вимог чинного законодавства, в якому міститься інформація про вміст алкоголю/психотропних/наркотичних та/або інших токсичних речовин в біологічних рідинах організму Застрахованої особи на дату настання події (в разі якщо за фактом настання нещасного випадку було відкрите кримінальне провадження, або якщо нещасний випадок трапився з вини Застрахованої особи);

7.18.3.4. Медична довідка/виписка про первинне (найперше після травми) звернення до закладу охорони здоров'я, з зазначенням анамнезу (обставини, причини та механізм травми), встановленого діагнозу, проведеного обстеження та лікування/рекомендацій;

7.18.3.5. Виписка з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого із зазначенням анамнезу, подальшого періоду лікування, заключного діагнозу, проведеного обстеження та лікування Застрахованої особи;

7.18.3.6. Результати (заклучення) проведених для встановлення діагнозу інструментальних методів обстеження (рентген, МРТ, КТ, енцефалограма, УЗД тощо) та лабораторних методів;

7.18.3.7. Якщо у певних пунктах Таблиці визначено, що страхова виплата здійснюється за наслідками травматичних ушкоджень (травм), які мають місце через певний проміжок часу після отримання травми, то для прийняття рішення по випадку, який має ознаки страхового, Страховику необхідно надати медичні документи, які фіксують наслідки травми на дату не раніше спливу строку, визначеного Таблицею, а саме: медичну довідку/виписку з медичної карти хворого, з зазначенням анамнезу, періоду лікування, заключного діагнозу, даних об'єктивного огляду на дату видачі документу, проведеного обстеження та лікування; Результати (заклучення/опис) інструментальних (МРТ,КТ,ЕЕГ,УЗД, тощо) та лабораторних обстежень, які проводились для встановлення заключного діагнозу через визначений Таблицею проміжок часу по даному наслідку травми;

7.18.3.8. В разі отримання тілесних ушкоджень у вигляді ран, опіків, ампутацій пальців обов'язково надаються фотографії таких ділянок зроблені не раніше ніж через 1 (один) місяць після отримання ушкодження. Вимоги до оформлення фотографій: ушкодження на фоні кутової лінійки, на зворотному боці фотографії Застрахована особа має зробити напис «Фото належить мені», зазначити ПІБ, дату, зробити підпис.

7.18.4. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п. 2.5.2.2 ЗУСП (**критичні**

захворювання дітей) документи закладів охорони здоров'я, що підтверджують факт настання критичного захворювання, а саме:

7.18.4.1. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого, що містить повний анамнез хвороби, період лікування, заключний діагноз, проведене обстеження та лікування Застрахованої особи;

7.18.4.2. Виписка з медичної карти амбулаторного хворого, видана сімейним лікарем, що містить інформацію про всі звернення та встановлені діагнози, дані про перебування на «Д» обліку/інвалідність за 7 (сім) років до настання випадку, або амбулаторна карта за вказаний період;

а також:

7.18.4.3. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.1 ЗУСП (**Рак**):

7.18.4.3.1. Результати первинно проведених гістологічних досліджень для встановлення діагнозу;

7.18.4.3.2. Медична довідка видана лікарем-онкологом (або сімейним лікарем, терапевтом), що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 1 (один) місяць після встановлення діагнозу онкологічного захворювання, заключний діагноз на дату огляду або копія листка непрацездатності за зазначений період;

7.18.4.4. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п. 2.5.2.2.2 ЗУСП (**Тяжкий бактеріальний менінгіт**):

7.18.4.4.1. Результати аналізу спинномозкової рідини на наявність бактеріальної інфекції;

7.18.4.4.2. Результати (заклучення/опис/висновки) обстежень головного мозку за допомогою інструментальних методів обстеження, що проводились для встановлення діагнозу;

7.18.4.4.3. Медична довідка видана лікарем-невропатологом, що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 6 (шість) місяців після встановлення діагнозу, заключний діагноз на дату огляду, дані неврологічного огляду (неврологічний статус) на дату огляду;

7.18.4.5. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п. 2.5.2.2.3 ЗУСП (**Тяжкий енцефаліт**):

7.18.4.5.1. Результати аналізу спинномозкової рідини на наявність бактеріальної (вірусної) інфекції;

7.18.4.5.2. Результати (заклучення/опис/висновки) обстежень головного мозку за допомогою інструментальних методів обстеження (МРТ або КТ, тощо), що проводились для встановлення діагнозу;

7.18.4.5.3. Медична довідка видана лікарем-невропатологом, що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 3 (три) місяці після встановлення діагнозу, заключний діагноз на дату огляду, дані неврологічного огляду (неврологічний статус) на дату огляду;

7.18.4.6. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п. 2.5.2.2.4 (**Ниркова недостатність в термінальній стадії**):

7.18.4.6.1. Медична довідка видана лікуючим лікарем - нефрологом (або сімейним лікарем), що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи

проведеного не раніше ніж через 1 (один) місяць після встановлення діагнозу, заключний діагноз на дату огляду або копія листка непрацездатності за зазначений період;

7.18.4.7. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.5 ЗУСП **(Трансплантація життєво важливих органів):**

7.18.4.7.1. Медична довідка видана профільним лікуючим лікарем (або сімейним лікарем), що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 1 (один) місяць після встановлення діагнозу, заключний діагноз на дату огляду або копія листка непрацездатності за зазначений період;

7.18.4.7.2. Результати (заключення/опис/висновки) обстеження життєво важливого органу за допомогою інструментальних методів дослідження проведених до та після операції;

7.18.4.8. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.6 ЗУСП **(Доброякісна пухлина головного мозку):**

7.18.4.8.1. Результати (заключення/опис/висновки) обстежень головного мозку за допомогою інструментальних методів обстеження (МРТ, КТ тощо), що проводились для встановлення діагнозу;

7.18.4.8.2. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого, що містить наступну інформацію: повний анамнез хвороби, період лікування, заключний діагноз, дані неврологічного огляду, проведене обстеження та лікування Застрахованої особи, подальші лікувальні рекомендації;

7.18.4.9. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.7 ЗУСП **(Діабет 1 типу):**

7.18.4.9.1. Результати інструментальних та/або лабораторних досліджень, що проводились для встановлення діагнозу;

7.18.4.9.2. Висновок лікаря-ендокринолога про огляд, проведений не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня встановлення заключного діагнозу, із зазначенням дози інсуліну, що була рекомендована в зв'язку із діагностуванням хвороби;

7.18.4.10. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.8 ЗУСП **(Ювенільний ревматоїдний артрит):**

7.18.4.10.1. Рентгенівські знімки уражених суглобів із висновком лікаря-рентгенолога;

7.18.4.10.2. Медична довідка видана профільним лікарем-ревматологом, що містить інформацію про анамнез, стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня встановлення заключного діагнозу, заключний діагноз на дату огляду, результати загального аналізу крові з гострофазовими показниками (ШОЄ, СРБ, РФ);

7.18.4.11. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.9 ЗУСП **(Виразена апластична анемія):**

7.18.4.11.1. Результат біопсії чи пункції кісткового мозку (мієлограми) що проводилися для встановлення діагнозу;

7.18.4.11.2. Результат загального аналізу крові Застрахованої особи, що проводився для встановлення діагнозу;

7.18.4.11.3. Медична довідка видана лікарем-гематологом, що містить інформацію про анамнез, стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 1

(один) місяць з дня встановлення заключного діагнозу, заключний діагноз на дату огляду;

7.18.4.12. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.10 ЗУСП (**Кома**):

7.18.4.12.1. Медична довідка видана лікарем-невропатологом, що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня виходу з коми з описом неврологічного огляду (неврологічний статус) на дату огляду або про перебування Застрахованої особи в комі, що триває понад 2 (два) місяці безперервно;

7.18.4.13. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.11 ЗУСП (**Втрата кінцівок або їх функцій**):

7.18.4.13.1. Результати (заключення/опис/висновки) інструментальних методів обстеження, що проводились для встановлення діагнозу;

7.18.4.13.2. Медична довідка видана профільним лікарем (ортопедом, травматологом, неврологом), що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня встановлення заключного діагнозу, дані неврологічного огляду (неврологічний статус), заключний діагноз на дату огляду;

7.18.4.13.3. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.12 ЗУСП (**Сліпота (втрата зору)**):

7.18.4.13.4. Медична довідка видана лікуючим лікарем-офтальмологом, що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 3 (три) місяці після встановлення діагнозу, заключний діагноз на дату огляду, дані огляду із зазначенням гостроти зору чи/та обмеження поля зору, та результати інструментальних досліджень, що проводились для встановлення діагнозу;

7.18.4.14. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.2.13 ЗУСП (**Втрата слуху**):

7.18.4.14.1. Медична довідка видана лікарем-отоларингологом, що містить інформацію про стан здоров'я та огляд Застрахованої особи проведеного не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня встановлення заключного діагнозу, та результати інструментальних методів обстеження які проводились для встановлення діагнозу на дату огляду (аудіометрія або тести на звуковий поріг);

7.18.5. У разі настання страхового випадку, зазначеного у п.2.5.2.3 ЗУСП (**звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини**):

7.18.5.1. Лікарське свідоцтво про смерть або довідка про причину смерті Страхувальника;

7.18.5.2. Свідоцтво про смерть Страхувальника;

7.18.5.3. *Якщо смерть Страхувальника пов'язана з нещасним випадком:*

7.18.5.3.1. Документи компетентних органів, в яких міститься детальна інформація про факт, причини, обставини та наслідки настання події;

7.18.5.3.2. Акт розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії, що стався (сталася/сталася) (форма Н-1), якщо нещасний випадок відбувся на виробництві;

7.18.5.3.3. Висновок експерта (Експертиза трупа, Акт судово-медичного дослідження) з результатами судово-медичної експертизи (досліджень) трупа Страхувальника з даними лабораторних та додаткових методів дослідження (в т.ч.

токсикологічного дослідження крові та сечі на вміст алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин);

7.18.5.3.4. Витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань;

7.18.5.3.5. Постанова, рішення (вирок) суду, що набрало законної сили, стосовно Страхувальника або осіб, що вчинили правопорушення щодо Страхувальник;

7.18.5.3.6. Документ, що посвідчує право Страхувальника на керування транспортним засобом відповідної категорії (якщо нещасний випадок мав місце під час керування Страхувальником транспортним засобом);

7.18.5.4. *Якщо смерть Страхувальника пов'язана з хворобою:* виписка з амбулаторної карти Страхувальника, видана сімейним лікарем за останні 5 (п'ять) років до настання події з зазначенням анамнезу, всіх звернень та встановлених діагнозів, або оригінал амбулаторної карти за вказаний період.

7.18.6. Документи, які підтверджують, що обставини, перелічені у п. 10 ЗУСП, не стали причиною настання із Застрахованою особою події, що має ознаки страхового випадку, та не пов'язана з ним прямо або опосередковано;

7.18.7. Інші документи, відомості, пояснення, які дають змогу з'ясувати факт, причини, характер та/або обставини, наслідки настання події, що має ознаки страхового випадку, які надає Страхувальник та/або Вигодонабувач (одержувач страхової виплати) або Страховик одержав в процесі власного розслідування/врегулювання заявленої події.

7.19. Якщо у наданих документах не міститься вся інформація, зазначена у п.7.16 ЗУСП, п. 7.17 ЗУСП та п.7.18 ЗУСП або не вся запитувана інформація, Страховик має право запросити повторно документ, який вже надавався, але доповнений інформацією, якої не вистачало, або документ, який містить інформацію, що не була надана. У разі недостатності документів та/або неможливості з наданих Страхувальником документів встановити факт, обставини, причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та/або її наслідки, Страхувальник та/або Вигодонабувач (одержувач страхової виплати) зобов'язаний на вимогу Страховика надати всі необхідні документи для встановлення факту, всіх обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру заподіяних збитків, а також для прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування.

7.20. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором, покладається на Страхувальника та/або Вигодонабувача (одержувача страхової виплати).

7.21. Днем отримання всіх необхідних для прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати вважається день, коли Страховик отримав від Вигодонабувача або компетентних органів останній з усіх документів, які мають бути надані відповідно до умов Договору (в тому числі за письмовим запитом Страховика).

7.22. Протягом **20 (двадцяти) робочих днів** з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, зазначених в п. 7.16 - п.7.19 ЗУСП, Страховик зобов'язаний прийняти рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати шляхом складання та підписання Страховиком Страхового акту, або рішення про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати, або прийняти рішення про відстрочення прийняття рішень, зазначених в цьому пункті ЗУСП.

7.23. Здійснення страхової виплати проводиться Страховиком згідно з Договором на підставі заяви Страхувальника (Вигодонабувача) і рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (Страхового акту). Страхова виплата

відповідно до Договору здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати підписання Страхового акту.

7.24. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати:

7.24.1. Якщо по факту настання страхового випадку розпочате досудове розслідування – до дати отримання Страховиком документів, що підтверджують закінчення досудового розслідування;

7.24.2. Якщо у Страховика є підстави для проведення власного розслідування по факту настання страхового випадку - до повного з'ясування обставин настання випадку, але цей строк не може перевищувати 6 (шести) місяців з моменту надання всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів;

7.24.3. В разі наявності сумнівів щодо достовірності, або з метою уточнення відомостей, зазначених у документах, наданих для здійснення страхової виплати, - до підтвердження достовірності отриманої інформації, але цей строк не може перевищувати 3 (три) місяців з моменту надання всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів;

7.24.4. У разі настання страхового випадку протягом строку очікування сплати страхового внеску - до моменту отримання на поточний рахунок Страховика очікуваного страхового внеску за Договором у повному обсязі та/або до закінчення строку очікування страхового внеску.

7.25. У разі прийняти рішення про відстрочення прийняття рішень, зазначених в п. 7.22 ЗУСП, Страховик протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня прийняття рішення про таке відстрочення, повинен письмово повідомити про це Вигодонабувача (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) з поясненням причин відстрочення.

7.26. У разі прийняття рішення про невизнання випадку страховим та відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня прийняття такого рішення, повинен письмово повідомити Вигодонабувача (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

7.27. У разі прийняття рішення про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик страхову виплату не здійснює.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

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

8.1.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір, умисного кримінального або іншого правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

8.1.3. Подання Страхувальником та/або Застрахованою особою, та/або Вигодонабувачем неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт, причини, обставини та наслідки настання

страхового випадку, в тому числі, але не обмежуючись, надання Страхувальником, та/або Застрахованою особою, та/або Вигодонабувачем неправдивих та/або неповних відомостей, фіктивних та/або фальсифікованих документів про об'єкт страхування при укладенні Договору, додаванні чи поновленні дії страхових ризиків, зміні умов страхування, або про факт, причини, обставини та наслідки чи обставини настання страхового випадку;

8.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, одержувачем страхової виплати) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором, ЗУСП або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини, обставини та наслідки настання страхового випадку;

8.1.5. Створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та причин настання страхового випадку та/або його наслідків, у тому числі у разі заборони, накладеної Застрахованою особою, Страхувальником чи Вигодонабувачем на надання (розголошення) компетентними органами інформації чи документів, що вимагає Страховик для прийняття рішення про визнання події, що сталась із Застрахованою особою, страховим випадком;

8.1.6. Ненадання без поважних причин Страховиком документів згідно з умовами п.7.16 - п.7.19 ЗУСП протягом **90 (дев'яноста) календарних днів** з дня настання події, що має ознаки страхового випадку;

8.1.7. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими п. 10 ЗУСП та/або Договором;

8.1.8. Невиконання Страхувальником та/або Застрахованою особою обов'язків, передбачених ЗУСП та/або Договором;

8.1.9. Наявність інших підстав, встановлених законодавством.

8.2. Умовами Договору можуть передбачатися також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству та зазначено в Договорі.

8.3. Порядок прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається в п. 7 ЗУСП.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

9.2. Договір укладається у порядку, передбаченому ст. 97 Закону шляхом обміну листами, документами, які підписуються стороною, що їх надсилає, а саме: у разі подання Страхувальником письмової заяви за формою, встановленою Страховиком, про намір укласти Договір, такий Договір укладається шляхом надсилання Страхувальнику відповідної переддоговірної інформації і документів та видачі Страхувальнику Страхового свідоцтва.

9.3. Перед підписанням Заяви на страхування Страхувальник зобов'язаний ознайомитися з цими ЗУСП, порядком розгляду звернень споживачів Страховиком, про процедуру подання скарг та досудового врегулювання спорів, включаючи інформацію про уповноважені державні органи (включаючи Національний банк України), до яких відповідно до законодавства України споживач має право подати звернення з питань

захисту прав споживачів фінансових послуг.

9.4. Заява на страхування оформлюється за формою, встановленою Страховиком, та підписується Страхувальником у паперовій формі не менш ніж у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному примірнику для кожної із Сторін, або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію..

9.5. Підписуючи Заяву на страхування згідно з даними ЗУСП, Страхувальник надає попередню згоду на те, що Страхове свідоцтво може містити розбіжності з поданою заявою, що встановлюються в результаті проведення оцінки ризику Страховиком або помилки Страхувальника при заповненні Заяви на страхування.

9.6. В Заяві на страхування Страхувальник та/або Застрахована особа та/або особа, на яку покладено обов'язки щодо охорони законних прав і інтересів Застрахованої особи, зобов'язаний надати Страховику повні та правдиві відомості щодо усієї запитуваної Страховиком інформації. Всі відомості в Заяві на страхування та доданих до неї документах мають істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, для оцінки ризику та про розмір страхового внеску за Договором, в тому числі відомості про об'єкт страхування, включаючи інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування, щодо стану здоров'я Застрахованої особи, перенесених нею захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень, інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, включаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача, іншої інформації, надання якої передбачено у Заяві на страхування або у письмових запитах Страховика.

9.7. До Заяви на страхування можуть додаватись документи, в тому числі, необхідні для проведення оцінки ризику, які після отримання їх Страховиком стають невід'ємною частиною цієї Заяви на страхування.

9.8. Заява на страхування може бути повернута Страхувальнику для уточнення інформації, доповнення, або в окремих випадках може не прийматися Страховиком до розгляду, якщо вона містить незаповнені (частково заповнені) реквізити, помилки або невідповідності.

9.9. Надсилання Страхувальнику відповідної переддоговірної інформації відбувається згідно з законодавством, в тому числі шляхом надання посилання на офіційний сайт Страховика, де розміщена дана інформація.

9.10. З метою проведення оцінки ризику та/або у разі наявності підвищеного ризику, підставами для чого можуть бути наявні або перенесені Застрахованою особою захворювання, небезпечні хобі або професія, наявність шкідливих звичок, фінансовий стан Страхувальника/Застрахованої особи, вік тощо, Страховик має право вимагати проведення медичного огляду (медичного обстеження) Застрахованої особи (чи Страхувальника), в тому числі у визначеному Страховиком (асистуючою компанією) закладі охорони здоров'я чи у конкретного лікаря. Страховик також має право вимагати від Страхувальника надання додаткових документів чи інформації стосовно стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, фінансового стану тощо.

9.11. Підписанням Заяви Страхувальник та Застрахована особа надають Страховику право на одержання інформації для проведення оцінки ризику.

9.12. Страхувальник та/або Застрахована особа повинні якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дати підписання Страхувальником Заяви на страхування, надати Страховику уточнення інформації, що міститься в Заяві на страхування, чи належним чином заповнити усі її реквізити, та/або надати додаткові документи, що вимагає Страховик, та/або пройти такий медичний огляд (у повному обсязі та у відповідний строк). Невиконання Страхувальником та/або Застрахованою особою зазначених умов протягом цього строку вважається відмовою Страхувальника від укладення Договору.

9.13. Якщо Застрахована особа (Страхувальник) відмовилась від надання додаткових документів чи проходження медичного огляду, або впродовж зазначеного Страховиком строку не пройшла медичний огляд та/або Страховику не були надані додаткові документи, які він вимагав для оцінки ризику, Страховик має право відмовитись від укладання Договору.

9.14. Якщо Страхувальник відмовився від укладення Договору після проходження Застрахованою особою медичного огляду за рахунок Страховика, Страхувальник зобов'язаний оплатити усі витрати, понесені в зв'язку з організацією та проведенням такого огляду Страховиком, за власний рахунок.

9.15. Відповідальність за повноту та достовірність інформації, що надається в Заяві на страхування та/або інших необхідних для укладання Договору документах, а також за своєчасність надання додаткових документів чи додаткової інформації та/або проходження Застрахованою особою медичного огляду, що вимагає Страховик для оцінки ризику, покладається на Страхувальника.

9.16. У разі надання Страхувальником та/або Застрахованою особою та/або особою, на яку покладено обов'язки щодо охорони законних прав і інтересів Застрахованої особи, неповної чи неправдивої інформації та/або приховування відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в Заяві на страхування та/або додаткових документах, які вимагає Страховик для оцінки ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати чи провести страхову виплату у розмірі, визначеному Страховиком з урахуванням відомостей, що не були йому відомі під час встановлення (зміни) умов страхування, та/або достроково припинити дію програми страхування та/або Договору чи внести зміни до умов страхування.

9.17. Оцінка ризику здійснюється Страховиком протягом **30 (тридцяти) робочих днів** з дня отримання усіх необхідних для укладення Договору документів, в тому числі з дня отримання Страховиком результатів медичного огляду Застрахованої особи та/або усіх додаткових документів або інформації, яка вимагалася Страховиком для оцінки ризику.

9.18. У разі прийняття рішення про укладення Договору Страхувальнику надсилається Страхове свідоцтво.

9.19. Страхове свідоцтво та додатки до нього у формі електронного документа надсилаються Страхувальнику на електронну адресу, зазначену в Заяві на страхування.

9.20. Дата набрання чинності Договором визначається у Страховому свідоцтві.

9.21. Укладення Договору особою та/або про страхування особи у віці до 18 років відбувається відповідно до положень Цивільного кодексу України.

9.22. Страхувальники можуть укладати Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Зміна Застрахованої особи не передбачена.

9.23. Страховик та Страхувальник визнають будь-які належним чином оформлені

електронні документи та надані будь-якою Стороною інший в електронному вигляді як оригінали, що мають юридичну силу.

9.24. Сторони визнають, що електронний підпис за правовим статусом прирівнюється до власноручного підпису (печатки) Сторін. Сторони погодили, що дата, вказана в Страховому свідоцтві, є датою його укладення, незалежно від дати накладення підписів Сторін.

9.25. Дати відправки та отримання письмових повідомлень фіксуються відповідно до законодавства України.

9.26. **Порядок обміну повідомленнями між Сторонами:** крім використання механізму обміну письмовими повідомленнями на адреси Сторін, що зазначені в Договорі, Сторони можуть обмінюватись повідомленнями (електронними документами), використовуючи електронні адреси, зазначені в Договорі. Страхувальник також має право надсилати електронні документи через електронний кабінет клієнта на сайті Страховика. Страховик має право надсилати повідомлення на телефон Страхувальника, зазначений в Договорі.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Не вважається страховим випадком подія, зазначена в п. 2.5.1.2 та п.2.5.2.3 ЗУСП, та страхова виплата не здійснюється, якщо інше не передбачено Договором, **смерть Застрахованої особи/Страхувальника з будь-якої причини**, яка прямо або опосередковано спричинена настала внаслідок / у разі / за наявності:

10.1.1. Самогубства або спроб Застрахованої особи здійснити самогубство в перші три роки дії Договору та/або в перші три роки дії Договору після проведення збільшення розміру страхової суми з ініціативи Страхувальника;

10.1.2. Участі Застрахованої особи у війнах, воєнних чи збройних конфліктах, воєнних чи бойових діях, в тому числі під час проходження військової служби, та інших діях, які можна кваліфікувати як воєнні (незалежно від того, оголошена війна чи ні); революціях, заколотах, повстаннях, громадських заворушеннях, масових безпорядках, опорах правоохоронним органам, страйках, військовому перевороті чи захопленні державної влади, терористичних актах. Окрім цього, на період дії правового режиму воєнного стану, також не вважається страховим випадком подія із Застрахованою особою/Страхувальником під час участі цієї Застрахованої особи у виконанні завдань з оборони України у складі Збройних Сил України, правоохоронних органів або інших військових формувань; виконанні завдань територіальної оборони та руху опору, як на платній, так і безоплатній основі; наданні волонтерської допомоги; подоланні наслідків бойових дій, терористичного акту, збройного конфлікту, тимчасової окупації;

10.1.3. Надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, що призвели до катастрофічних наслідків та визнані надзвичайними ситуаціями державного рівня відповідно до законодавства України;

10.1.4. Навмисних дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір (Застрахованої особи, Вигодонабувача, одержувача страхової виплати), спрямованих на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація зазначених дій встановлюється відповідно до законодавства України;

10.1.5. Вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір (Застрахованою особою, Вигодонабувачем), умисного злочину, що призвело до страхового випадку.

10.2. Не вважається страховим випадком подія, зазначена в п. 2.5.2.1 ЗУСП та страхова

виплата не здійснюється, якщо **травма в результаті нещасного випадку** (код 905), прямо або опосередковано спричинена настала внаслідок / у разі / за наявності:

10.2.1. подій, зазначених в п.10.1.1-10.1.5 ЗУСП;

10.2.2. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, алкогольного отруєння;

10.2.3. різного роду психічних захворювань, розладів нервової системи, психічних відхилень, розладів поведінки, неврозів і залежностей, епілепсії, епілептичних нападів, паралічів та інших судом незалежно від причин, які їх викликали;

10.2.4. самогубства або спроби здійснити самогубство протягом строку дії страхового ризику;

10.2.5. керування Застрахованою особою транспортним засобом без передбаченого відповідним законодавством права на керування та/або в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передачі керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння та/або не мала прав на керування транспортним засобом, крім випадків документального підтвердженого використання послуг водія (драйвера) служб таксі;

10.2.6. перебування Застрахованої особи у місцях позбавлення волі або попереднього ув'язнення, під час арешту;

10.2.7. польотів Застрахованої особи на будь-яких літальних апаратах та/або виконання робіт з використанням літальних апаратів, а також якщо Застрахована особа є пілотом або членом екіпажу, за винятком випадків, коли Застрахована особа здійснює переліт відповідно до договору повітряного перевезення як пасажир в цивільному повітряному судні, власник (авіаперевізник) якого має ліцензію на пасажирські перевезення;

10.2.8. прямого або опосередкованого впливу атомної енергії або радіації;

10.2.9. порушення здоров'я Застрахованої особи внаслідок застосування терапевтичних та/або хірургічних методів лікування, які Застрахована особа використовує без призначення лікаря (самолікування або самодіагностика);

10.2.10. необґрунтованої відмови від звернення за медичною допомогою чи від її надання, невиконання Застрахованою особою рекомендацій кваліфікованого лікаря, який має відповідну медичну освіту та ліцензію на провадження медичної практики, що призвело до настання страхового випадку та/або погіршення стану здоров'я Застрахованої особи;

10.2.11. умисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень та/або шкоди власному здоров'ю, у тому числі викликане психічними розладами; умисного спричинення погіршення наслідків нещасного випадку чи розвитку хвороб;

10.2.12. занять спортом на професійному рівні, в тому числі під час тренувань, участі у офіційних змаганнях; небезпечного хобі Застрахованої особи (такого як мисливство, бейсджампінг, паркур, зачепінг, стрибки з висоти, досліди з хімічними речовинами тощо), що несе загрозу її життю та/або здоров'ю;

10.2.13. занять небезпечними видами спорту (з використанням повітряних, водних чи сухопутних засобів пересування з мотором чи без (дельта- або парапланеризм, парашутизм, пірнання з аквалангом, рафтинг, авто- та мотоспорт тощо), скачки, скелелазіння, гірськолижний спорт, бойові єдиноборства тощо) на систематичній основі. Зазначене виключення не поширюється на випадки аматорських занять Застрахованою особою спортом, участі у спортивних розвагах на разовій (несистематичній) основі під час відпустки, канікул або у вихідні дні, які не можна віднести до професійного спорту або

систематичних тренувань;

10.2.14. порушення Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, отримувачем страхової виплати встановлених законом або іншими нормативними актами правил та норм пожежної безпеки, порушення правил техніки безпеки чи інших нормативних актів під час виконання робіт (в т.ч. з підвищеною небезпекою, під час проведення будівельних, ремонтних чи монтажних робіт, в тому числі робіт пов'язаних з прокладанням електро-, тепло мереж та інших комунікаційних мереж; правил) та/або правил, що стосуються безпечного використання (експлуатації) промислової продукції/техніки або побутової техніки (приладів, механізмів, обладнання тощо), або техніки експлуатації в несправному стані чи понад строк служби, встановленої в технічній документації, або з метою, не передбаченою в технічній документації;

10.2.15. будь-яких патологічних переломів, тобто переломів кісток, вражених будь-якими хворобами та/або іншими патологічними змінами, що мають негативний вплив на структуру та міцність кісткової тканини та призвели до будь-якого з наведених в таблиці видів втрат;

10.2.16. дорожньо-транспортної пригоди у разі порушення Застрахованою особою правил дорожнього руху, а саме:

10.2.16.1. перевищення встановлених обмежень швидкості руху більш як на 50 км/год;

10.2.16.2. проїзд на заборонний сигнал світлофора або жест регулювальника;

10.2.16.3. виїзд на смугу зустрічного руху з порушенням правил обгону;

10.2.16.4. в'їзд на залізничний переїзд при закритому шлагбаумі та/або на заборонний сигнал світлофора та/або на заборонний жест регулювальника чи чергового по переїзду;

10.2.16.5. керування транспортним засобом, що має несправності системи гальмового або рульового керування, тягово-зчіпного пристрою, зовнішніх світлових приладів (темної пори доби) чи інші технічні несправності, з якими відповідно до встановлених правил експлуатація його забороняється;

10.2.16.6. перехід проїзної частини у невстановленому місці або на заборонний сигнал світлофора чи жест регулювальника.

10.3. Не вважається страховим випадком подія, зазначена в п.2.5.2.2 ЗУСП, та страхова виплата не здійснюється, якщо **Критичне захворювання** Застрахованої особи (код 90113), прямо або опосередковано спричинено/ настало внаслідок / у разі / за наявності:

10.3.1. подій, зазначених в п.10.1.1-п.10.1.5 ЗУСП;

10.3.2. подій, зазначених в п.10.2.2 -п.10.2.14 ЗУСП;

10.3.3. погіршення стану здоров'я та/або отруєння Застрахованої особи, викликаних вживанням алкоголю, наркотиків, одурманюючих засобів, психотропних речовин, або їх замінників, фармакологічних засобів, незалежно від дози, а також наслідків чи хвороб, викликаних зловживанням вищезазначеними речовинами;

10.3.4. діагностування або наявності у Застрахованої особи захворювання на СНІД або ВІЛ-інфекцію, інших подібних станів чи синдромів;

10.3.5. вроджених вад або порушень розвитку, а також пов'язаних з ними захворювань;

10.3.6. будь-яких захворювань, їх наслідків та/або станів, які було діагностовано у Застрахованої особи або з приводу яких вона отримувала медичні консультації протягом останніх 3 (трьох) років до дати початку дії Договору або поновлення дії Договору або

початку/поновлення дії ризику **критичні захворювання дітей** (код 90113). Зазначене виключення діє протягом перших 24 місяців з дати початку або поновлення дії Договору/ризика **критичні захворювання дітей**.

10.3.7. Страховим випадком згідно з п.2.5.2.2.1 ЗУСП (**Рак**) не вважаються:

10.3.7.1. будь-який неінвазивний рак (рак in situ);

10.3.7.2. передракові стани;

10.3.7.3. пограничні пухлини або пухлини з низьким потенціалом злоякісності;

10.3.7.4. дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3;

10.3.7.5. злоякісні пухлини шкіри, крім злоякісної меланоми з інвазією за межі епідермісу;

10.3.7.6. папілярна карцинома щитоподібної залози, крім пухлин стадії T2N0M0 і вище (за класифікацією TNM);

10.3.7.7. виявлення ракових клітин або їх генетичного матеріалу виключно біохімічними або молекулярними методами (в тому числі із застосуванням протеомних технологій або технологій, заснованих на дослідженні ДНК чи РНК) без підтверджуючого гістологічного дослідження.

10.3.8. Страховим випадком згідно з п.2.5.2.2.4 ЗУСП (**Ниркова недостатність в термінальній стадії**) не вважаються:

10.3.8.1. ниркова недостатність в стадії компенсації;

10.3.8.2. ниркова недостатність з відсутністю необхідності в постійному нирковому діалізі або трансплантації нирки.

10.3.9. Страховим випадком згідно з п.2.5.2.2.5 ЗУСП (**Трансплантація життєво важливих органів**) не вважається трансплантація інших органів, ніж зазначено в п. 2.5.2.2.5 ЗУСП, частин органів, будь-яких тканин чи клітин (окрім клітин кісткового мозку).

10.3.10. Страховим випадком згідно з п.2.5.2.2.6 ЗУСП (**Доброякісна пухлина головного мозку**) не вважаються:

10.3.10.1. кісти головного мозку;

10.3.10.2. кальцифікати;

10.3.10.3. гранульоми;

10.3.10.4. судинні мальформації;

10.3.10.5. гематоми;

10.3.10.6. пухлини гіпофізу чи хребта.

10.3.11. Страховим випадком згідно з п.2.5.2.2.12 ЗУСП (**Сліпота (втрата зору)**) не вважаються події, за яких відповідно до медичного висновку будь-який пристрій або імплантат можуть призвести до часткового або повного відновлення зору.

10.3.12. Страховим випадком згідно з п.2.5.2.2.13 ЗУСП (**Втрата слуху**) не вважаються події, за яких відповідно до медичного висновку слуховий апарат, прилад або імплантат можуть призвести до часткового або повного відновлення слуху або вік Застрахованої особи становить менше ніж 2 (два) повних роки.

10.4. **Обмеження страхування щодо віку Застрахованої особи:**

10.4.1. Не можуть бути Застрахованими особами за страховими ризиками, зазначеними в п.2.4.1.1 ЗУСП (**дожиття** Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору (код 212), в п.2.4.1.2 ЗУСП (**смерть з будь-якої причини**, код 112), в п.2.4.2.1 ЗУСП (**травма в**

результаті нещасного випадку, код 905) особи, яким виповнилось 18 років чи більше; якщо інше окремо не зазначено в Договорі.

10.4.2. Не можуть бути Застрахованими особами за страховим ризиком, зазначеним в п.2.4.2.2 ЗУСП (надалі- **критичні захворювання дітей**, код 90113) особи, яким не виповнилось 1 року або виповнилось 16 років чи більше на дату початку дії страхового ризику;

10.4.3. Не можуть бути Застрахованими особами за страховим ризиком, зазначеним в п.2.4.2.3 ЗУСП (**звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини**, код 908) особи, яким не виповнилось 18 років або виповнилось 61 рік чи більше;

Якщо з будь-якої причини виявиться, що зазначені в цьому пункті ЗУСП особи є Застрахованими особами та для них не встановлено в Договорі індивідуальні умови страхування, події, що сталися з такими особами, коли вони підпадали під дане обмеження страхування, страховими випадками не визнаються, страхові виплати за ними не здійснюються.

10.5. Умовами Договору можуть передбачатися також інші винятки із страхових випадків та обмеження страхування, якщо вони зазначені в Договорі.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори, зумовлені невиконанням умов Договору, розв'язуються шляхом переговорів або у порядку, передбаченому законодавством України.

11.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин та характеру настання страхового випадку, розміру та порядку здійснення страхових виплат тощо, можуть вирішуватись Сторонами із залученням незалежних експертів. При цьому оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка є ініціатором їх залучення.

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

11.4. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Контакт центру Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту. У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту pzulife@pzu.com, адреса місцезнаходження: вул. Січових Стрільців, 42, м. Київ, 04053, Україна, адреса для листування: вул. Дегтярівська, 62, м. Київ, 04112, Україна. Інформація про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг на веб-сайті Страховика, в тому числі порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду розміщено за посиланням: <https://pzulife.com.ua/useful/consumer-protection.html>

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

11.6. Орган, що здійснює державне регулювання – Національний банк України. Національний банк України. Адреса: 01601, Київ, вул. Інститутська, 9. Громадська

приймальня: просп. Науки, 7, корп. 1. Для подання письмових звернень громадян: Андріївська, 1, м. Київ (приймання здійснюється через шафу для документів, що установлена в доступному для відвідувачів місці).. Телефон: 0 800 505 240. Адреса електронної пошти: nbu@bank.gov.ua. Офіційний сайт: <https://bank.gov.ua>.

11.7. Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка, 1. Тел.: (044) 279 12 70, **(050) 230 04 28**. E-mail: econsumer-info@dpss.gov.ua, gu@dpss.gov.ua, вебсайт: www.dpss.gov.ua

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

12.1. Про настання події, яка має ознаки страхового випадку, Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика протягом 5 робочих днів з моменту її настання або з моменту, коли стало відомо про настання такого випадку (повинно було стати відомо), а також надати достовірну інформацію про факт, причини, обставини та наслідки настання цієї події, стан, в якому перебуває Застрахована особа, за наступними телефонами: **044 581 99 98, 067 242 10 07, 050 190 98 50, 0 800 501 112** або по електронній пошті servicelife@pzu.com.ua.

12.2. Повідомити Страховика згідно з умовами п. 12.1 ЗУСП також має право Вигодонабувач, Застрахована особа, їх спадкоємці або від їх імені законний представник цих осіб.

12.3. Документи, зазначені в п. 7.16 - п.7.19 ЗУСП, Вигодонабувач надсилає на адресу: Дегтярівська, 62, м. Київ, 04122, ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО „СТРАХОВА КОМПАНІЯ „ПЗУ УКРАЇНА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ”.

12.4. Електронні документи, зазначені в п. 7.16 - п.7.19 ЗУСП, Вигодонабувач надсилає на електронну пошту claims@pzu.com.ua, обов'язково зазначивши в темі листа: **ПІБ Застрахованої особи та номер Договору**.

12.5. Адреса власного вебсайту Страховика: <https://www.pzulife.com.ua>

13. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ ВИКУПНОЇ СУМИ

13.1. У разі дострокового припинення дії Договору Страхувальнику виплачується викупна сума.

13.2. Викупна сума за Договором, у разі його дострокового припинення, розраховується за формулою:

$$S_{\text{викуп}} = {}_tV_x^b + g \cdot {}_tV_x^n$$

де ${}_tV_x^n$ - резерв нетто-премій за основним страхуванням, сформований на дату розрахунку викупної суми. Якщо страховий внесок за період страхування, в якому розраховується викупна сума, не є оплаченим – на останній день оплаченого періоду;

де ${}_tV_x^b$ - резерв розподілених бонусів, сформований на дату розрахунку викупної суми, а якщо страховий внесок за період страхування, в якому розраховується викупна сума, не є оплаченим – на останній день оплаченого періоду;

g - коефіцієнт, який застосовується до резерву нетто-премій. Для Договору, за яким здійснюється сплата періодичних страхових внесків, цей коефіцієнт залежить від

кількості років страхування, які повністю або частково минули та оплачені. Граничні значення такого коефіцієнту наведені у Таблиці 1. Для Договору з редукованою страховою сумою, або з одноразовим внеском, g дорівнює 100%.

Таблиця 1

Залежність коефіцієнту g від кількості повністю або частково минувших років страхування

Кількість років	1-2	3	4	5-6	7-16	17 та більше
Частка резерву нетто-премій	0%	30%	70%	80%	90%	95%

13.3. Викупна сума за страховими ризиками за основним страхуванням згідно з Договором, до якого включено страховий ризик **звільнення від сплати страхових внесків у разі смерті Страхувальника з будь-якої причини** (код 908), після настання за цим ризиком страхового випадку розраховується так, якби страхові внески за основним страхуванням були сплачені Страхувальником.

14. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ РЕДУКОВАНОЇ СТРАХОВОЇ СУМИ

14.1. При редукуванні Договору розрахунок (редукованої) зменшеної суми здійснюється наступним чином:

14.1.1. Якщо повністю оплачений період страхування за Договором становить t років, тоді розрахунок (редукованої) зменшеної страхової суми за основним страхуванням S_{red} проводиться наступним чином:

$$S_{red} = \frac{tV_x \cdot g - \Pi \cdot N_{x+t:n-t}^1}{N_{x+t:n-t}^1},$$

де tV_x - резерв нетто-премій за основним страхуванням, сформований на останній день оплаченого періоду;

$N_{x+t:n-t}^1, N_{x+t:n-t}^1$ - нетто-тарифи для ризиків смерті та дожиття відповідно при одноразовому страховому внеску для Застрахованого у віці $x+t$ років при страхуванні по даній програмі на термін $n-t$ років;

Π - сума сплачених внесків за основним страхуванням;

g - коефіцієнт, який застосовується до резерву нетто-премій. Для договору, за яким здійснюється сплата періодичних страхових внесків, цей коефіцієнт залежить від кількості років страхування, які повністю минули та оплачені. Граничні значення такого коефіцієнту наведено в п.13.2 Таблиці 1.

14.1.2. Редукована зменшена страхова сума для додаткового страхування становить нуль.

**15. ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ У РАЗІ ТРАВМАТИЧНИХ
УШКОДЖЕНЬ ТА/АБО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ
(надалі-Таблиця, а також стаття цієї Таблиці надалі- стаття)**

Стаття	Характер ушкодження	Розмір страхової виплати, % від страхової суми, встановленої для страхового випадку код 905
1	2	3
КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ЧЕРЕПА:	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
2	ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ ТРАВМАТИЧНІ ГЕМАТОМИ:	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3	УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 5 до 13 днів включно	2
	б) струс головного мозку при терміні лікування 14 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10
	г) не вилучені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розтрощення речовини головного мозку (без вказівки симптоматики)	30
Примітки: 1. Страхова виплата по статті 3 здійснюється тільки в разі перебування хворого на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні та при наявності висновку лікаря-невролога та даних енцефалограми або результатів іншого інструментального обстеження, проведеного для уточнення діагнозу. 2. Якщо в зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилися оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово. 3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, перераховані в будь-якому пункті статті 1, 2 чи 3, страхова виплата здійснюється одноразово по одному пункту відповідної статті, що передбачає найбільш важке ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
4	УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (ТРАВМАТИЧНЕ, ТОКСИЧНЕ, ГІПОКСИЧНЕ), ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВИНИКНЕННЯ:	

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

	а) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	б) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
	в) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	г) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, деменції	70
	д) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів, а саме нетримання чи затримка сечі, порушення акта дефекації	100

Примітки:

- Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми нервової системи, зазначеними в статті 4, здійснюється одноразово по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важкі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми і підтверджені документально. При цьому страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої відповідно до статей 1, 2, 3, 5, 6, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.
- При зниженні гостроти зору або зниженні слуху в результаті черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється по відповідних статтях шляхом підсумовування.

5	ПЕРИФЕРИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ	10
----------	--	-----------

Примітка: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів сталося при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється по статті 1; стаття 5 при цьому не застосовується.

6	УШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, КІНСЬКОГО ХВОСТА, ПОЛІОМІЄЛІТ, БЕЗ ВКАЗІВКИ СИМПТОМІВ:	
	а) забій	10
	б) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт	30
	в) частковий розрив	50
	г) повний розрив спинного мозку	100

Примітки:

- Якщо страхова виплата була здійснена по пунктах «а», «б», «в» статті 6, але надалі виникли ускладнення, перераховані в статті 4 і підтверджені довідкою закладу охорони здоров'я, страхова виплата по статті 4 здійснюється додатково до виплаченої раніше.
- Якщо в зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

7	ТРАВМАТИЧНІ НЕВРИТИ НА ОДНІЙ КІНЦІВЦІ (ЗА ВИНЯТКОМ НЕВРИТІВ ПАЛЬЦЕВИХ НЕРВІВ)	5
8	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ПОРАНЕННЯ) ШИЙНОГО, ПЛЕЧОВОГО, ПОПЕРЕКОВОГО, КРИЖОВОГО СПЛЕТЕНЬ	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетення	40
	в) розрив сплетення	70

Примітки:

- Статті 7 і 8 одночасно не застосовуються.
- Невралгії, невропатії, що виникли в зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення страхової виплати.

9	ПОВНИЙ РОЗРИВ НЕРВІВ:	
----------	------------------------------	--

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»

	а) гілка променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового або великогомілкового	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів	20
	г) одного: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного або стегнового	25
	д) двох і більше: пахвового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового	40
ОРГАНИ ЗОРУ		
10	ПАРАЛІЧ АКОМОДАЦІЇ ОДНОГО ОКА	15
11	ГЕМІАНОПСІЯ (ВИПАДІННЯ ПОЛОВИНИ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА), УШКОДЖЕННЯ М'ЯЗІВ ОЧНОГО ЯБЛУКА (ТРАВМАТИЧНА КОСООКІСТЬ, ПТОЗ, ДИПЛОПІЯ)	15
12	ЗВУЖЕННЯ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА:	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13	ПУЛЬСУЮЧИЙ ЕКЗОФТАЛЬМ ОДНОГО ОКА	10
14	УШКОДЖЕННЯ ОКА, ЩО НЕ ПРИЗВЕЛО ДО ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ:	
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема	2
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II, III ступеня, гемофтальм	5
Примітки:		
1. Опіки ока без зазначення ступеня опіку, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не є підставою для здійснення страхової виплати.		
2. Якщо ушкодження, перераховані в статті 14, спричинили зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється у відповідності до статті 20; стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з пошкодженням очного яблука проводились виплати згідно із статтею 14, але травма в подальшому ускладнилась зниженням гостроти зору, і це є підставою для здійснення страхової виплати у більшому розмірі, проведена раніше страхова виплата вираховується.		
3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не є підставою для здійснення страхової виплати.		
15	УШКОДЖЕННЯ СЛЬОЗОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ОДНОГО ОКА:	
	а) що не спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів	5
	б) що спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів	10
16	НАСЛІДКИ ТРАВМИ ОКА:	
	дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот віка, не вилучені сторонні тіла в очному яблуці і тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука і віка (за винятком шкіри)	10
Примітки:		
1. Якщо в результаті однієї травми сталося кілька патологічних змін, перерахованих у статті 16, страхова виплата здійснюється одноразово, підсумовування не відбувається.		
2. Якщо лікар-окуліст не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми ока установить патологічні зміни, перераховані в статтях 10, 11, 12, 13, 15 (пункт «б»), 16 і зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням усіх наслідків шляхом підсумовування, але не більш ніж 50% за одне око.		

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

17	УШКОДЖЕННЯ ОКА (ОДНОГО ЧИ ДВОХ), ЩО СПРИЧИНИЛО ПОВНУ ВТРАТУ ЗОРУ ОДНОГО ОКА АБО ОБОХ ОЧЕЙ, ЩО ВОЛОДІЛИ ЗОРОМ НЕ НИЖЧЕ 0,01	100
18	ВИДАЛЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ ОЧНОГО ЯБЛУКА СЛІПОГО ОКА	10
19	ПЕРЕЛОМ ОРБИТИ	10
20	ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ (ДИВ. ДОПОВНЕННЯ № 1 ДО ЦЬОЇ ТАБЛИЦІ)	

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 20 здійснюється додатково до страхової виплати, проведеної раніше в період дії договору страхування в зв'язку з травмою органів зору виключно у разі, якщо зниження гостроти зору є прямим наслідком цієї травми.
2. Рішення про страхову виплату в зв'язку зі зниженням гостроти зору, що сталося в результаті травми, приймається після закінчення лікування, але не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) і інших наслідків перенесеного ушкодження.
3. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то вважається, що вона була такою, як у неушкодженого. Однак, якщо гострота зору непошкодженого ока виявиться нижчою, ніж пошкодженого, вважається, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.
4. Якщо в результаті травми були ушкоджені обидва ока і дані про гостроту зору до травми відсутні, вважається, що гострота зору їх складала 1,0.
5. Якщо в зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталік або застосована лінза, що коригує, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.

ОРГАНИ СЛУХУ

21	УШКОДЖЕННЯ ВУШНОЇ РАКОВИНИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) перелом хряща	2
	б) відсутність до 1/3 частини вушної раковини	5
	в) відсутність 1/3-1/2 частини вушної раковини	10
	г) відсутність більше ніж 1/2 частини вушної раковини	30

Примітка: рішення про здійснення страхової виплати по пунктах «б», «в», «г» статті 21 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння ран. Якщо страхова виплата здійснена по статті 21, то стаття 56 не застосовується.

22	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ:	
	а) шепітна мова на відстані від 1м до 3 м	5
	б) шепітна мова - до 1 м	15
	в) повна глухота (розмовна мова – 0)	25

Примітка: рішення про здійснення страхової виплати в зв'язку зі зниженням слуху у результаті травми приймається після закінчення лікування, але не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа направляється до лікаря-отоларинголога для визначення наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по статті 23, пункту «а» статті 24 (якщо на це є підстави).

23	РОЗРИВ ОДНІЄЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ, ЩО СТАВСЯ У РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ, І ЯКИЙ НЕ СПРИЧИНІВ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ	2
-----------	--	----------

Примітки:

1. Якщо в результаті травми відбувся розрив барабанної перетинки і встановлено зниження слуху,

страхова виплата проводиться по статті 22; стаття 23 при цьому не застосовується.

2. Якщо розрив барабанної перетинки відбувся в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка), стаття 23 не застосовується.

24	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОТИТ:	
	а) гострий	1
	б) хронічний	3

Примітка: страхова виплата по пункту «б» статті 24 здійснюється додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено лікарем-отоларингологом не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми по відповідній статті.

ДИХАЛЬНА СИСТЕМА		
25	а) ПЕРЕЛОМ БЕЗ ЗМІЩЕННЯ, ВИВИХ КІСТОК, ХРЯЩА НОСА	2
	б) ПЕРЕЛОМ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ, ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ, ГРАТЧАСТОЇ КІСТКИ, КІСТОК НОСА ЗІ ЗМІЩЕННЯМ	5

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа сталася його деформація і це підтверджено довідкою закладу охорони здоров'я і результатами огляду, страхова виплата проводиться по статтях 25 і 56 (якщо є підстави для застосування цих статей) шляхом підсумовування.

2. У разі ушкодження одночасно кількох кісток, перерахованих у пункті «б» статті 25, виплата проводиться одноразово у визначеному у цьому підпункті розмірі, підсумовування не відбувається.

26	УШКОДЖЕННЯ ЛЕГЕНІВ, ПІДШКІРНА ЕМФІЗЕМА, ГЕМОТОРАКС, ПНЕВМОТОРАКС, ПНЕВМОНІЯ, ЕКСУДАТИВНИЙ ПЛЕВРИТ, СТОРОННЄ ТІЛО (ТІЛА) ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ:	
	а) з однієї сторони	5
	б) із двох сторін	10

Примітки:

1. Пневмонія, що розвилася в період лікування травми або після оперативного втручання, зробленого з приводу травми (за винятком ушкоджень грудної клітки й органів грудної порожнини), не є підставою для здійснення страхової виплати.

2. Якщо переломи ребер, грудини спричинили ускладнення, передбачені статтею 26, страхова виплата по цій статті виплачується додатково до статей 28 та 29.

27	УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЇЇ ОРГАНІВ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) легенеvu недостатність (яка виникла не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми)	10
	б) видалення частки, частини легень	40
	в) видалення однієї легені	60

Примітка: при здійсненні страхової виплати по пунктах «б» або «в» статті 27, пункт «а» статті 27 не застосовується.

28	ПЕРЕЛОМ ГРУДИНИ	5
29	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО РЕБРА	3

Примітки:

1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.

2. Перелом хрящової частини ребра є підставою для здійснення страхової виплати тільки в разі його підтвердження інструментальними методами дослідження (УЗД, КТ, МРТ).

3. Якщо в довідках, отриманих з різних закладів охорони здоров'я, буде зазначена різна кількість ушкоджених ребер, страхова виплата здійснюється з урахуванням більшого числа ребер.

30	ПРОНИКАЮЧЕ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ТОРАКОСКОПІЯ, ТОРАКОЦЕНТЕЗ, ТОРАКОТОМІЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ:	
	а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребує проведення торакотомії	5
	б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) торакотомія при ушкодженні органів грудної порожнини	15
	г) повторні торакотомії (незалежно від їхньої кількості)	10

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з ушкодженням грудної клітки і її органів було проведено видалення легень або їх частин, страхова виплата здійснюється у відповідності із статті 27; стаття 30 при цьому не застосовується.

2. Статті 30 і 26 одночасно не застосовуються.

3. Якщо в зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найбільш складного втручання одноразово.

31	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ПЕРЕЛОМ ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ОПІК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ НЕ СПРИЧИНILI ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ	5
-----------	--	---

Примітка: якщо в зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.

32	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ТРАХЕОСТОМІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, ЯКІ СПРИЧИНILI:	
	а) охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш ніж 3 (трьох) місяців з дня травми	10
	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш ніж 6 (шести) місяців з дня травми	20

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 32 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою по статті 31.

2. Якщо у зв'язку з пошкодженням трахеї, гортані, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомією проводилися страхові виплати згідно з пунктом «а» статті 32, але травма в подальшому ускладнилась і це є підставою для здійснення страхової виплати по пункту «б» статті 32, проведена раніше страхова виплата по пункту «а» статті 32 вираховується.

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ НЕ СПРИЧИНILI СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	10
34	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНILI СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ:	
	а) I ступеня	10
	б) II ступеня	25

Примітка: якщо в документах закладів охорони здоров'я не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється по пункту «а» статті 34.

35	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН (ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ) НА РІВНІ:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	20

Примітки:

1. До великих магістральних судин відносяться: аорта, легенева, сонна артерії, безіменна вена, внутрішня яремна вена, верхня і нижня порожнисті вени, ворітня вена, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів.

До великих периферичних судин відносяться: підключичні, пахвові, плечові, ліктьові і променеві артерії, клубова, стегові, підколінні, передні і задні малогомілкові і великогомілкові артерії; плечеголова, підключичні, пахвові, стегові і підколінні вени.

2. Якщо травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, виплата проводиться не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми на підставі висновку фахівця.

3. Страхова виплата по статтях 34, 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми і підтверджені документально. Раніше цього терміну виплата здійснюється по статтях 33, 35.

4. Якщо в зв'язку з ушкодженням великих периферичних судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 5% страхової суми.

ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ

37	ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, СКУЛОВОЇ 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
	в) звичний вивих щелепи	10

Примітки:

1. При переломі щелепи, що сталася випадково під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.

2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не є підставою для здійснення страхової виплати.

3. Якщо в зв'язку з травмою щелеп, виличної кістки проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.

4. При звичному вивиху нижньої щелепи (пункт «в» статті 37) страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої по пунктах «а», «б» статті 37. При рецидивах звичного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.

38	ПОВНА ВТРАТА ЗУБІВ (КРІМ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ):	
	а) 1-2 зубів	2
	б) 3-5 зубів	5
	в) 6-9 зубів	10
	г) 10 і більше зубів	15

Примітки:

1. Стаття 38 застосовується виключно у разі проведення страхових виплат відповідно до статті 1 та/або статті 37 та/або статті 25 та/або статті 56 Таблиці.

2. Якщо внаслідок травми пошкоджено незйомний зубний протез (коронку), страхова виплата проводиться лише у разі повної втрати опорного зуба.

3. Якщо внаслідок травми пошкоджено зйомний зубний протез, страхова виплата по статті 38 не здійснюється.

39	УШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40
Примітки: 1. Страхова виплата в зв'язку з відсутністю щелепи або її частини зменшується на розмір усіх раніше проведених виплат по статті 38. 2. Якщо травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, розмір страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень по відповідних статтях шляхом підсумовування. 3. При здійсненні страхової виплати по статті 39 додаткова виплата за оперативні втручання не проводиться.		
40	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ПОРОЖНИНИ РОТА (ПОРАНЕННЯ, ОПІК, ОБМОРОЖЕННЯ), ЯКЕ СПРИЧИНИЛО УТВОРЕННЯ РУБЦІВ (НЕЗАЛЕЖНО ВІД ЇХНЬОГО РОЗМІРУ)	3
41	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність кінчика язика	10
	б) відсутність дистальної третини язика	15
	в) відсутність язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	60
42	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) ГЛОТКИ, СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, КИШЕЧНИКУ, А ТАКОЖ ЕЗОФАГОГASTроскопія, зроблена в зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунка, що не спричинило функціональних порушень	5
43	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) СТРАВОХОДУ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) звуження стравоходу	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	100
Примітка: страхова виплата по статті 43 проводиться не раніше, ніж через 6 (шість) місяців із дня травми. Якщо раніше була проведена страхова виплата по статті 42, така виплата вираховується.		
44	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ОПІК, ПОРАНЕННЯ) ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5
	б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, вихідникового отвору	15
	в) спасну хворобу, стан після операції з приводу спасної непрохідності	25
	г) кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози	50
	д) протиприродний вихідниковий отвір (колостома)	80
Примітки: 1. При ускладненнях травми, передбачених у пунктах «а», «б», «в» статті 44, страхова виплата проводиться за умови, що ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми, а передбачені в пунктах «г» і «д» статті 44 – не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми. Зазначені ускладнення травми визнаються страховим випадком тільки в тому випадку, якщо вони		

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

підтверджені довідкою закладу охорони здоров'я. Раніше цих термінів страхова виплата проводиться по статті 42 і така виплата не віднімається при ухваленні остаточного рішення.

2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному пункті статті 44, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах цієї статті, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.

45	ГРИЖА, ЩО УТВОРИЛАСЯ НА МІСЦІ УШКОДЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, ДІАФРАГМИ АБО В ОБЛАСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ, ЯКЩО ОПЕРАЦІЯ ПРОВІДИЛАСЬ У ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, АБО СТАН ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ТАКОЇ ГРИЖІ	5
-----------	--	----------

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 45 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.

2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові і пахово-мошонкові), що виникли в результаті підняття ваги, не є підставою для здійснення страхової виплати.

46	УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ АБО ВИПАДКОВОГО ГОСТРОГО ОТРУЄННЯ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) підкапсульний розрив печінки, що не потребує оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, що розвився безпосередньо в зв'язку з травмою, гепатоз	5
	б) печінкову недостатність	10

Примітка: якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в пункті «а» статті 46, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах цієї статті, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.

47	УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура	15
	б) ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура	20
	в) видалення частини печінки	25
	г) видалення частини печінки і жовчного міхура	35

48	УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребує оперативного втручання	5
	б) видалення селезінки	30

49	УШКОДЖЕННЯ ШЛУНКА, ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, КИШЕЧНИКУ, БРИЖІ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) утворення несправжньої кісти підшлункової залози	20
	б) резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози	30
	в) видалення шлунка	60

Примітка: якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному пункті статті 47, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.

50	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЖИВОТА, У ЗВ'ЯЗКУ З ЯКИМИ ЗРОБЛЕНІ:	
	а) лапароскопія (лапароцентез)	5
	б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	10

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

в) лапаротомія при ушкодженні органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	15
г) повторні лапаротомії (незалежно від їхньої кількості)	5

Примітки:

1. Якщо в зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати по статтях 46-49, стаття 50 (крім пункту «г») не застосовується.
2. Якщо в результаті однієї травми будуть ушкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька органів будуть вилучені, а інші – ушиті, страхова виплата виплачується по відповідних статтях і ст.50 одноразово.

СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМИ

51	УШКОДЖЕННЯ НИРКИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребує оперативного втручання	5
	б) видалення частини нирки	30
	в) видалення нирки	60
52	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ (НИРОК, СЕЧОВОДІВ, СЕЧОВОГО МІХУРА, СЕЧІВНИКА), ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) цистит, уретрит	5
	б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит	10
	в) зменшення обсягу сечового міхура	15
	г) гломерулонефрит, пієлонефрит, звуження сечоводу, сечівника	25
	д) синдром тривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, “краш-синдром”, синдром розтрощення), хронічну ниркову недостатність	30
	е) непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої свищі	40

Примітки:

1. Якщо в результаті однієї травми сталося порушення функції декількох органів сечостатевої системи, вказаних в статті 52, страхова виплата проводиться одноразово по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.
2. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми, перерахованими в пунктах «а», «в», «г», «д» і «е» статті 52, виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми.

53	ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ, ПРОВЕДЕНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:	
	а) цистостомія	5
	б) при підозрі на ушкодження органів	10
	в) при ушкодженні органів	15
	г) повторні операції, зроблені в зв'язку з травмою (незалежно від їхньої кількості)	5

Примітка: якщо в зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата проводиться по пунктах «б», «в» статті 51; стаття 53 при цьому не застосовується.

54	УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СТАТЕВОЇ АБО СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:	
	а) поранення, розрив, опік, обмороження	5
55	УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО:	
	а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка	15
	б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, обох яєчок, частини статевих членів	30
	в) втрати матки у жінок у віці:	

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

	до 40 років	50
	від 40 до 50 років	30
	50 років і більше	15
	г) втрати статевого члена та обох яєчок	60
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
56	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ, ПЕРЕДНЬОБОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПІДЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ, ВУШНИХ РАКОВИН, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ:	
	а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см ²	2
	б) утворення пігментних плям площею від 1,0 см ² до 0,5% поверхні тіла	3
	в) утворення рубців площею 1,0 см ² і більше або довжиною 5 см і більше	5
	г) утворення пігментних плям площею 0,6% поверхні тіла та більше	7
	д) значне порушення косметики (від 30% до 50% від вказаних областей)	10
	е) різке порушення косметики (від 51% до 70% від вказаних областей)	30
	є) спотворення (71% від вказаних областей та більше), асиметрія обличчя	50

Примітки:

1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, втягнені або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини.

Спотворення – це різка зміна природного виду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного або інших насильницьких впливів.

2. Якщо в зв'язку з переломом кісток лицевого черепа зі зсувом відламків була зроблена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому і післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметику в тій чи іншій мірі.

3. Якщо в результаті ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобоккової поверхні шиї, підщелепної області утворився рубець або пігментна пляма й у зв'язку з цим була виплачена відповідна частина страхової суми, а потім Застрахована особа одержала другу травму, яка спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), знову виплачується страхова виплата з урахуванням наслідків повторної травми.

57	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ВОЛОСЯНОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ, ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ УТВОРЕННЯ РУБЦІВ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 2,0 см ² до 5,0 см ² або довжиною 5 см і більше	2
	б) від 5,1 см ² до 0,5% поверхні тіла	5
	в) від 0,6% до 2,0% поверхні тіла	10
	г) від 2,1% до 4,0% поверхні тіла	15
	д) від 4,1% до 6,0% поверхні тіла	20
	е) від 6,1% до 8,0% поверхні тіла	25
	ж) від 8,1% до 10,0% поверхні тіла	30
	з) від 10,1% до 15,0% поверхні тіла	35
	и) від 15,1% поверхні тіла і більше	40

Примітки:

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

1. 1% поверхні досліджуваного тіла дорівнює площі долонної поверхні його кисті і пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, вимірюваної від променево-зап'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівки II-V п'ясткових кісток (без врахування I пальця).
2. При визначенні площі рубців враховуються рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту враженої ділянки шкіри.
3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і ін.), стаття 57 не застосовується.

58	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО УТВОРЕННЯ ПІГМЕНТНИХ ПЛЯМ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 1,0% до 2,0% поверхні тіла	3
	б) від 2,1% до 10,0% поверхні тіла	5
	г) від 10,1% до 15,0% поверхні тіла	10
	г) 15,1% поверхні тіла і більше	15

Примітки:

1. Рішення про страхову виплату по статтях 56, 57 і 58 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння поверхні ран, але не раніше ніж через 1 (один) місяць з дня травми.
2. Загальна сума виплат по статтях 57 і 58 не повинна перевищувати 40%.
3. Післяопераційні рубці не є підставою для здійснення страхових виплат по статтях 39, 56, 57 та 58.

59	ОПІКОВА ХВОРОБА, ОПІКОВИЙ ШОК	10
-----------	--------------------------------------	----

Примітка: страхова виплата по статті 59 проводиться додатково до страхової виплати, що здійснюється в зв'язку з опіком.

60	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН:	
	а) м'язова грижа, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площею не менш 2 см ² , підтверджена інструментальними методами, розрив м'язів	3
	б) розрив сухожиль, за винятком сухожиль пальців кисті, взяття аутоотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата	5

Примітки:

1. Страхова виплата в зв'язку з гематомою, що не розсмокталась, м'язовою грижею або посттравматичним періоститом виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення травми встановлені не раніше ніж через 2 (два) місяці з дня травми.

ХРЕБЕТ		
61	ПЕРЕЛОМ, ПЕРЕЛОМО-ВИВИХ АБО ВИВИХ ТІЛ, ДУЖОК І СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ І КУПРИКА):	
	а) одного-двох	20
	б) трьох-п'яти	30
	в) шести і більше	40
62	РОЗРИВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ЗВ'ЯЗОК (ПРИ ТЕРМІНІ ЛІКУВАННЯ НЕ МЕНШ 14 ДНІВ), ПІДВИВИХ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КУПРИКА)	5

Примітка: при рецидивах підвивиху хребця страхова виплата не здійснюється.

63	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО ПОПЕРЕЧНОГО АБО ОСТИСТОГО ВІДРОСТКА	3
64	ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ	10
65	УШКОДЖЕННЯ КУПРИКА:	
	а) підвивих куприкових хребців	2
	б) вивих куприкових хребців	5

в) перелом куприкових хребців		10
Примітки: 1. Якщо в зв'язку з травмою хребта (у тому числі крижової кістки і куприка) проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово. 2. Якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох ушкоджень шляхом підсумовування. 3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, перераховані в будь-якому пункті статті 61-63, страхова виплата здійснюється одноразово по одному пункту відповідної статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ		
66	ПЕРЕЛОМ ЛОПАТКИ, КЛЮЧИЦІ, ПОВНИЙ АБО ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО, ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СПОЛУЧЕНЬ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного сполучення	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох сполучень або перелом, вивих однієї кістки і розрив одного сполучення, перело-м-вивих ключиці	10
	в) розрив двох сполучень і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного сполучення	15
	г) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб)	15
Примітки: 1. Якщо в зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в статті 66, проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово. 2. Якщо в зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про страхову виплату по статті 57 приймається за результатами огляду, проведеного після загоєння рани. 3. Страхова виплата в зв'язку з переломом, що не зрісся (несправжній суглоб), проводиться в тому випадку, якщо це ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально. Пункт «г» статті 66 застосовується виключно у разі проведення страхових виплат по пунктах «а», «б» чи «в» статті 66.		
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
67	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА (СУГЛОБОВОЇ ЗАПАДИНИ ЛОПАТКИ, ГОЛІВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, АНАТОМІЧНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ, ГОРБИКІВ, СУГЛОБОВОЇ СУМКИ):	
	а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
	б) розрив капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча	5
	в) перелом двох кісток, перелом лопатки і вивих плеча	10
	г) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перело-м-вивих плеча	15
Примітка: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 67, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
68	УШКОДЖЕННЯ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) звичний вивих плеча	15
	б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	в) «розбавтаний» плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	40

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 68 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженнями області плечового суглоба в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджені документально.
2. Якщо в зв'язку з травмою плечового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми.
3. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.

ПЛЕЧЕ		
69	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15
	б) подвійний перелом	20
70	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, ЯКИЙ СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	45

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 70 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми.
2. Якщо в зв'язку з травмою області плеча проводилося оперативне втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми.

71	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ АБО ЇЇ ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
	а) з лопаткою, ключицею або їхньою частиною	70
	б) плеча на будь-якому рівні	60
	в) однієї кінцівки на рівні плеча	100

Примітка: якщо страхова виплата проводиться по статті 71, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
72	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА:	
	а) гемартроз (підтверджений пункцією суглоба), пронаційний підвивих передпліччя	2
	б) відрив кісткових фрагментів, у тому числі 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: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 72, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

73	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	б) «розбтований» ліктьовий суглоб, у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	30

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 73 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженнями області ліктьового суглоба, у тому випадку, якщо порушення рухів у цьому суглобі

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.

2. Якщо в зв'язку з травмою області ліктьового суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
74	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ (ВЕРХНЯ, СЕРЕДНЯ, НИЖНЯ ТРЕТИНА):	
	а) перелом, вивих однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
75	ПЕРЕЛОМ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНИЙ СУГЛОБ) КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 75 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою передпліччя, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.

2. Якщо в зв'язку з травмою області передпліччя проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

76	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО:	
	а) до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) до екзартикуляції в ліктьовому суглобі	70
	в) до ампутації однієї кінцівки на рівні передпліччя	100

Примітка: Якщо страхова виплата здійснюється по статті 76, додаткова виплата за оперативні втручання та післяопераційні рубці не проводиться.

ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ		
77	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перилунарний вивих кістки	15

Примітка: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 77, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

78	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВІДСУТНОСТІ РУХІВ (АНКІЛОЗУ) У ЦЬОМУ СУГЛОБІ	15
-----------	--	----

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 78 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженням області променево-зап'ясткового суглоба в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми й підтверджено документально.

2. Якщо в зв'язку з травмою області променево-зап'ясткового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми.

КИСТЬ		
--------------	--	--

79	ПЕРЕЛОМ АБО ВИВИХ КІСТОК ЗАП'ЯСТЯ, П'ЯСТКОВИХ КІСТОК ОДНІЄЇ КИСТІ:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більш кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, перелоμο-вивих кисті	15
Примітки:		
1. Якщо в зв'язку з травмою кисті проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. При переломі (вивиху) у результаті однієї травми кісток зап'ястя (п'ясткових кісток) і човноподібної кістки страхова виплата проводиться з врахуванням кожного пошкодження шляхом підсумовування.		
80	УШКОДЖЕННЯ КИСТІ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба	50
	в) ампутацію однієї кисті	100
Примітка: страхова виплата по пункту «а» статті 80 проводиться додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
ПАЛЬЦІ КИСТІ		
ПЕРШІЙ ПАЛЕЦЬ		
81	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинача пальця	3
	б) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітки:		
1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не є підставою для здійснення страхової виплати.		
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження першого пальця кисті, вказані в статті 81, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
82	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі (анкілоз)	10
	б) відсутність рухів у двох суглобах	15
Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції першого пальця проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
83	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги	5
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги	10

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

	в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги)	15
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця)	20
	д) ампутацію пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	25
Примітка: якщо страхова виплата здійснюється по статті 83, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
84	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця	3
	б) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	5
Примітки:		
1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не є підставою для здійснення страхової виплати.		
2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження пальців кисті (крім першого пальця), вказані в статті 84, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
85	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів в одному суглобі (анкілоз)	5
	б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця	10
Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функцій пальця проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
86	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги	3
	б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги	5
	в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг	10
	г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця	15
	д) втрату пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	20
Примітки:		
1. Якщо страхова виплата здійснюється відповідно до статті 86, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. При ушкодженні декількох пальців кисті страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Однак загальний розмір страхових виплат, проведених відповідно до статей 81-86 в період дії договору страхування, не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.		
ТАЗ		
87	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА:	
	а) перелом однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток або розрив одного сполучення, подвійний перелом однієї кістки	10
	в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох сполучень	15
Примітки:		

1. Якщо в зв'язку з переломом кісток таза або розривів сполучень проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.
2. Розрив лобкового, крижово-клубового сполучення (сполучень) під час пологів є підставою для здійснення страхової виплати на загальних підставах по пунктах «б» або «в» статті 87.

88	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА, ЩО СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ РУХІВ (анкілоз) У ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБАХ:	
	а) в одному суглобі	20
	б) у двох суглобах	40

Примітка: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться по статті 88 додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою таза, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.

НИЖНЯ КІНЦІВКА		
ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
89	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА:	
	а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів)	5
	б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів)	10
	в) вивих стегна	15
	г) перелом голівки, шийки проксимального метафіза стегна	20

- Примітки:
1. Якщо в результаті однієї травми сталися різні ушкодження тазостегнового суглоба, вказані в статті 89, страхова виплата проводиться відповідно до пункту цієї статті, який передбачає найбільш важке ушкодження.
2. Якщо в зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

90	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів (анкілоз)	20
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) шийки стегна	30
	в) ендопротезування	40
	г) «розбовтаний» суглоб у результаті резекції голівки стегна	45

- Примітки:
1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в статті 90, проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої з приводу травми суглоба.
2. Страхова виплата по пункту «б» статті 90 проводиться в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.

СТЕГНО		
91	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА:	
	а) на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина)	25
	б) подвійний перелом стегна	30
92	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА, ЩО СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	30

- Примітки:
1. Якщо в зв'язку з травмою області стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

2. Страхова виплата по статті 92 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.

93	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ СТЕГНА:	
	а) однієї кінцівки	60
	б) єдиної кінцівки	100

Примітка: якщо страхова виплата здійснюється по статті 93, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

КОЛІННИЙ СУГЛОБ

94	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
	а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба, вивих надколінка	2
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, розрив чи надрив меніска, підтверджений інструментальними методами	5
	в) перелом: надколінка, міжвиросткового узвишся, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки	10
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової	15
	д) перелом виростків стегна, вивих гомілки	20
	е) перелом дистального метафіза стегна	25
	ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	30

Примітки:

1. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження колінного суглоба, вказані в статті 94, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

2. Якщо в зв'язку з травмою області колінного суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл) додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

95	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	б) «розбавтаний» колінний суглоб у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	30
	в) ендопротезування	40

Примітка: страхова виплата по статті 95 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою цього суглоба.

ГОМІЛКА

96	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):	
	а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 96 проводиться при переломах великогомілкової кістки в області діяфіза (верхня, середня, нижня третина) і переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині.

2. Якщо в результаті однієї травми стався внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі і перелом малоомілкової кістки на рівні діафізу, страхова виплата проводиться по статтях 94 і 96 або статтях 99 і 96 шляхом підсумовування.

97	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ, ЩО ПРИЗВІВ ДО ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРІССЯ, НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБУ (ЗА ВИНЯТКОМ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ):	
	а) малоомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20

Примітки:

1. Страхова виплата по статті 97 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджені документально.

2. Якщо в зв'язку з травмою гомілки проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

98	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні	50
	б) екзартикуляцію в колінному суглобі	55
	в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100

Примітка: якщо страхова виплата була проведена в зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

99	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА:	
	а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
	б) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
	в) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	г) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15

Примітки:

1. При переломах кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжуються розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

2. Якщо в зв'язку з травмою області гомілковостопного суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження гомілковостопного суглоба, вказані в статті 99, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

100	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі (анкілоз)	20
	б) «розбавтаний» гомілковостопний суглоб у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	40
	в) екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі	50

Примітка: якщо в результаті однієї травми гомілковостопного суглоба виникли ускладнення, перераховані в статті 100, страхова виплата проводиться по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важкий наслідок.

101	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ) АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ:	
------------	---	--

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15
СТОПА		
102	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 у поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	15
Примітки: 1. Якщо в зв'язку з переломом або вивихом кісток стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово. 2. При переломах або вивихах кісток стопи, вказаних в статті 102, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження. 3. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ушкодження, перераховані в одному з пунктів статті 102, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень.		
103	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) трьох і більш кісток, а також таранної або п'яtkової кістки	15
	в) артродез підтаранного суглоба, в поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	20
	г) ампутацію на рівні плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	30
	д) ампутацію на рівні плеснових або заплеснових кісток	40
	е) ампутацію на рівні таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50
Примітки: 1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами «а», «б» або «в» статті 103 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо вони встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджені документально, а по пунктах «г», «д», «е» статті 103 - незалежно від терміну, що пройшов із дня травми. 2. Якщо страхова виплата проводиться в зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ПАЛЬЦІ СТОПИ		
104	ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ ФАЛАНГИ (ФАЛАНГ), УШКОДЖЕННЯ СУХОЖИЛЛЯ (СУХОЖИЛЬ):	
	а) одного пальця	3
	б) двох-трьох пальців	5
	в) чотирьох-п'яти пальців	10
Примітка: якщо в зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
105	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦІВ СТОПИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
	Першого пальця:	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»**

	б) на рівні основної фаланги або плесно-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 плесно-фалангового суглобів	10
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
	е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно-нігтьових суглобів	20

Примітка:

1. Якщо страхова виплата здійснюється по статті 105, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.
2. Якщо в зв'язку з травмою була зроблена ампутація пальця стопи з плесновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.

106	УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	5
	в) остеомієліт, у тому числі гематогенний остеомієліт	10

Примітки:

1. Стаття 106 застосовується при тромбофлебитах, лімфостазі і порушеннях трофіки, що сталися внаслідок травми опорно-рухового апарату (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів), якщо ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми.
2. Гнійні запалення пальців стопи страховим випадком не вважаються.
3. Страхова виплата по статті 106 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої раніше в період дії договору страхування за будь-якою травмою, виключно у разі, якщо зазначені у статті 106 ушкодження є прямими наслідками такої травми.

107	ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК, ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК, ЩО РОЗВИНУВСЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ	5
------------	--	---

Примітка: страхова виплата по статті 107 проводиться додатково до виплат, здійснених раніше за будь-якою травмою, виключно у разі, якщо зазначені у статті 107 ускладнення є прямими наслідками такої травми.

108	ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ ПРОМИСЛОВИМИ АБО ПОБУТОВИМИ ХІМІЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ ЧИ ГАЗАМИ, АСФІКСІЯ, УКУСИ ТВАРИН, ЗМІЙ, ОТРУЙНИХ КОМАХ, ОПІКИ, УРАЖЕННЯ БЛИСКАВКОЮ АБО ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ, ОБМОРОЖЕННЯ виключно у разі перебування Застрахованої особи на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні:	
	а) від 6 до 12 календарних днів поспіль	5
	б) від 13 до 21 календарних днів поспіль	7
	в) 22 календарні дні поспіль та більше	10

Примітка:

1. Якщо у документах закладу охорони здоров'я зазначено, що перераховані у статті 108 нещасні випадки спричинили ушкодження будь-яких органів Застрахованої особи, передбачені цією Таблицею, страхова виплата здійснюється згідно з відповідними статтями цієї Таблиці. Стаття 108 при цьому не застосовується.
2. У разі перебування Застрахованої особи на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні менш ніж 6 (шість) календарних днів поспіль, страхова виплата не здійснюється.
3. Страхова виплата у разі настання нещасного випадку, передбаченого статтею 108, проводиться одноразово виключно у разі первинного цілодобового стаціонарного лікування.

109	В разі отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів, не передбачених статтями 1 – 108 цієї Таблиці, страхова	
------------	---	--

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ДИТИНА»

	виплата проводиться виключно у разі перебування Застрахованої особи з приводу отриманого ушкодження на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні не менш ніж 6 (шість) календарних днів поспіль та здійснюється одноразово у таких розмірах в залежності від кількості днів вказаного лікування:	
	а) від 6 до 12 календарних днів поспіль	2
	б) від 13 до 21 календарних днів поспіль	3
	в) 22 календарні дні поспіль та більше	5

Доповнення № 1
до «Таблиці розмірів страхових виплат у разі
травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів»

Зниження гостроти зору:

Гострота зору		Розмір страхової виплати, % страхової суми	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % страхової суми
До травми	Після травми		До травми	Після травми	
1,0	0,9	3	0,7	0,2	15
	0,7-0,8	5		0,1	20
	0,4-0,6	10		нижче 0,1	30
	0,3	15		0,0	40
	0,2	20	0,6	0,4-0,5	5
	0,1	30		0,2-0,3	10
	нижче 0,1	40		0,1	15
	0,0	50		нижче 0,1	20
0,9	0,8	3	0,5	0,0	25
	0,6-0,7	5		0,3-0,4	5
	0,4-0,5	10		0,1-0,2	10
	0,3	15		нижче 0,1	15
	0,2	20	0,4	0,0	20
	0,1	30		0,2-0,3	5
	нижче 0,1	40		0,1	10
	0,0	50		нижче 0,1	15
0,8	0,7	3	0,3	0,0	20
	0,6	5		0,1-0,2	5
	0,4-0,5	10		нижче 0,1	10
	0,3	15		0,0	20
	0,2	20	0,2	0,1	5
	0,1	30		нижче 0,1	10
	нижче 0,1	40		0,0	20
	0,0	50		нижче 0,1	10
0,7	0,6	3	0,1	0,0	20
	0,5	5		0,0	20
	0,3-0,4	10	нижче 0,1	0,0	20