

6. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

6.1. Цей Договір укладається відповідно до Закону України «Про страхування», Правил добровільного страхування від нещасних випадків № 0290300, Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби № 0490301 і Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передача чин. п.п. 12-14 ст.6 Закону України «Про страхування» № 1590303 від 07.05.2009 р., далі разом – Правила, і на підставі ліцензій серії АЕ № 641965, № 641953 і № 641970 від 25.06.2015 р., виданих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України.

6.2. Події, зазначені у п.п. 2.1-2.2 Договору, визнаються страховими випадками за умови, якщо вони сталися у період дії та у місці дії Договору, і підтверджені документами, виданими компетентними органами (медичними закладами, органами МВС тощо).

6.3. Якщо у розділі 3 Договору проставлені позначки для двох або більше розмірів страхової суми, страхового тарифу та страхового платежу щодо певного виду добровільного страхування, Договір вважається укладеним за меншою з позначених страхових сум, страхового тарифу та страхового платежу за відповідним видом.

6.4. Договір укладено без застосування франшизи.

6.5. Ліміт зобов'язань Страховика – величина, що не перевищує зазначену в Договорі страхову суму, й у межах якої Страховик зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування (страхову виплату) при настанні страхового випадку.

6.6. Страховий захист – зобов'язання Страховика, визначені Договором, щодо здійснення виплати страхового відшкодування (страхової виплати) у разі настання страхового випадку, який стався в обумовлений Договором відрізок часу.

6.7. При добровільному страхуванні відповідальності перед третіми особами:

6.7.1. Врегулювання заподіяної шкоди може здійснюватися як за рішенням суду, що набрало законної сили, так і в добровільному (досудовому) порядку. Добровільне (досудове) врегулювання можливе у разі відсутності між Страховальником та Страховиком будь-яких спорів щодо встановлення факту заподіяння шкоди життю, здоров'ю та (або) майну третіх осіб і розміру страхового відшкодування.

6.7.2. Подія визнається страховим випадком за умови, якщо:

6.7.2.1. Обставини, що спричинили заподіяння шкоди, сталися у місці та протягом строку дії Договору за умови, що Страховальник (Застрахована особа) до укладення Договору не знав (не знала) про обставини, що можуть спричинити настання страхового випадку;

6.7.2.2. Вимоги (претензії або судові позови) щодо відшкодування шкоди, заподіяної третім особам, пред'явлені Страховальникові протягом строку дії Договору або протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту закінчення строку дії Договору;

6.7.2.3. Є причинно-наслідковий зв'язок між діями або бездіяльністю Застрахованої особи та фактом заподіяння шкоди;

6.7.2.4. Пред'явлені третіми особами вимоги щодо відшкодування заподіяної Застрахованою особою шкоди заявлені відповідно та на підставі норм чинного законодавства України;

6.7.2.5. Зобов'язання Страховальника (особи, до якої пред'явлені претензії потерпілого третьою особою) щодо відшкодування заподіяної шкоди визане ним (нею) у добровільному порядку за попередньою письмовою згодою Страховика або встановлене рішенням суду, що набуло чинності.

6.7.3. Якщо неможливо встановити точну дату заподіяння шкоди третій особі, то:

6.7.3.1. Шкода життю, здоров'ю вважається заподіяною у момент, коли постраждала особа вперше звернулася за медичною допомогою до медичного закладу у зв'язку з таким ушкодженням;

6.7.3.2. Шкода майну вважається заподіяною у момент, коли вона виявлена потерпілою третьою особою.

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

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

7. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

7.1. Загальні виключення зі страхових випадків.

7.1.1. Не визнаються страховими випадками та страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється за подіями/шкодою/збитками, що прямо або опосередковано пов'язані настанні під час або є наслідком:

7.1.1.1. Будь-яких військових дій, а також маневрів або інших військових заходів; дії зброї, вибухів, зброї;

7.1.1.2. Вторгнення, дії іноземних держав (при оголошенні війни або без оголошення війни), воєнних/збройних конфліктів, дії незаконних збройних формувань, повалення/ захоплення влади або спроби таких дій, мародерства, агресії іншої держави або заходів щодо її подолання, вторгнення військ іншої держави або несанкціонованого перетину кордону військами іншої держави, або будь-яких інших дій за політичними, економічними, соціальними мотивами;

7.1.1.3. Громадянської війни, громадських заворушень, терористичних актів, терористичної або антитерористичної діяльності, вуличних заворушень усього роду, масових заворушень або страйків, заколотів, локаутів, повстань, революцій, узурпації влади, цивільних беззаконь, військового або надзвичайного стану;

7.1.1.4. Страйків, державних переворотів, актів тероризму, мобілізації, ревізійної, арешту, конфіскації, націоналізації, ревізійної та інших подібних заходів політичного характеру, які здійснені згідно з розпорядженням військової чи цивільної влади та політичних організацій в країні Страховальника або за розпорядженням існуючого де-юре та де-факто уряду чи будь-якого органу влади або за вимогою представників військової чи цивільної влади;

7.1.1.5. Ризиків ядерної енергії, радіації та/або радіоактивного забруднення:

7.1.1.6. Прямого або непрямого впливу ядерної енергії у будь-якій формі – атомного вибуху, радіації або радіоактивного зараження, пов'язаних із будь-яким застосуванням атомної енергії та/або використанням матеріалів, що розщеплюються;

7.1.1.7. Дії іонізуючого випромінювання або забруднення від радіоактивності будь-якого ядерного палива, або відходів, або згоряння ядерного палива;

7.1.1.8. Дії радіоактивних, токсичних, вибухових або інших небезпечних або забруднювальних властивостей будь-якого ядерного реактора або інших ядерних агрегатів або їхніх ядерних компонентів;

7.1.1.9. Електронного та/або комп'ютерного злочину, потрапляння в програмне забезпечення або електронну базу даних будь-якого вірусу, спеціальних програм-перешкод, зланих зписувачів записану на комп'ютері інформацію.

7.1.2. Не є страховим випадком подія, що сталася внаслідок:

7.1.2.1. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів або інших речовин з метою сп'яніння, виключаючи випадки, коли вживання Застрахованою особою такої речовини сталося в результаті протиправних дій третіх осіб;

7.1.2.2. Дії форс-мажорних обставин у місці дії Договору; за умови, що територія, на якій знаходиться Застрахована особа, була офіційно визнана компетентними державними органами зоною стихійного лиха, територією карантину тощо до набрання чинності Договором;

7.1.2.3. Події, що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними;

7.1.2.4. Керування Застрахованою особою транспортним засобом (крім засобів, що не мають двигуна та приводяться в рух м'язовою силою людини, яка знаходиться на ньому: велосипеди, самокати тощо);

7.1.2.5. Події, що не обумовлені як страховий випадок в Договорі;

7.2. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування за страхуванням від нещасних випадків та страхуванням здоров'я на випадок хвороби.

7.2.1. Не є страховим випадком подія, що сталася внаслідок:

7.2.1.1. Самолікування Застрахованої особи, лікування з використанням лікувальних або діагностичних методів і способів втручання і маніпуляцій особами, які не мають медичної освіти, відповідної кваліфікації та (або) ліцензії на право здійснення медичної діяльності, а також лікування без призначення лікаря;

7.2.1.2. Свідомого перебування Застрахованої особи та (або) перебування з дозволу (згоди) матері, батька, усиновлювачів, піклувальників, опікунів Застрахованої особи у місцях, зазначених відомим як небезпечні для життя та здоров'я людини (місця проведення вибухових, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), а також внаслідок участі у будь-якій іншій діяльності, що несе підвищену безпеку для життя або здоров'я;

7.2.1.3. Порушення медичних приписів та (або) рекомендацій лікарського персоналу щодо Застрахованої особи, а також недотримання правил внутрішнього розпорядку, встановлених в лікувально-профілактичному закладі;

7.2.1.4. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

7.2.1.5. Лікування Застрахованої особи незареєстрованими в Україні медикаментами;

7.2.1.6. Помилки лікарів та (або) медичного персоналу, невірно виконаних медичним персоналом своїх професійних обов'язків;

7.2.1.7. Використання народних, нетрадиційних та (або) альтернативних методів лікування; вживання харчових добавок; вакцинації;

7.2.1.8. Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самогубства, спроби самогубства або їх наслідків, за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому, зазначені дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять винчине;

7.2.1.9. Перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, якщо Застрахована особа заздалегідь знала, що особа, яка керує таким транспортним засобом, не має права керування транспортними засобами, або прав керування транспортними засобами відповідної категорії, або перебуває в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або під впливом медикаментів, що вживалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, яка не має для того відповідної кваліфікації;

7.2.1.10. Недалболого поведіння чи відсутності піклування з боку батьків, законних опікунів чи будь-якої іншої особи, яка турбується про дитину;

7.2.1.11. Діагностичних, лікувальних і професійних заходів (включаючи ін'єкції ліків), якщо вони не були пов'язані з лікуванням, що здійснювалося з приводу нещасного випадку.

7.2.2. Зниження безпеки Застрахованої особи.

7.2.2.2. Якщо Застрахована особа є малолітньою, не визнаються страховим випадком події, що сталися внаслідок обставин, зазначених у п.п. 7.2.1.1 - 7.2.1.4 Договору, за умови, що Страховальник (батьки, усиновлювачі, піклувальники, опікуни Застрахованої особи) знав або повинен був знати про такі обставини.

7.2.3. Страховий захист не діє щодо Застрахованої особи, яка на момент укладення Договору:

7.2.3.1. Є особою з інвалідністю;

7.2.3.2. Знаходиться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, центрах з профілактики та боротьби із синдромом набутого імунного дефіциту (СНІД), туберкульозних та (або) шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах;

7.2.3.3. Є ВІЛ-інфікованою, страждає онкологічним захворюванням, в тому числі онкогематологічним, гострим енцефалітом, психічними розладами та захворюваннями, тяжкими нервовими захворюваннями, захворюваннями серцево-судинної системи з порушеннями кровообігу важкого ступеня, діабетом у важкій формі, системними ураженнями опорно-рухового апарату;

7.2.3.4. Має в анамнезі гострі порушення мозкового кровообігу (інсульт), інфаркт міокарду або гострий енцефаліт.

7.2.4. Дія Договору та страховий захист відносно Застрахованої особи припиняється, як тільки така особа стала такою, яка не може бути застрахована з причин, зазначених у пункті 7.2.3 Договору. У такому разі Страховик повертає Страховальнику сплачений ним страховий платіж, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

7.2.5. До страхових випадків не відносяться:

7.2.5.1. Захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями на особливонебезпечні інфекції та потребують вжиття комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами (крім хвороб, на випадок яких здійснюється страхування за Договором);

7.2.5.2. Захворювання на гострі респіраторні віруси хвороби (крім ускладнень, на випадок яких здійснюється страхування за Договором);

7.2.5.3. Повторне звернення до Страховика за страховою виплатою з приводу одного і того ж захворювання Застрахованої особи, що виникло в період дії Договору, крім випадків, коли після розладу здоров'я внаслідок захворювання Застрахованої особи була встановлена інвалідність або настала смерть Застрахованої особи внаслідок цього захворювання;

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

7.3. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування за страхуванням відповідальності перед третіми особами.

7.3.1. Дія Договору не поширюється на вимоги щодо відшкодування шкоди, пов'язаної з:

7.3.1.1. Порушенням прав інтелектуальної власності: авторських прав, патентів, правил використання товарних знаків, марок тощо;

7.3.1.2. Збитком, спричиненим безпосередньо майну, що знаходиться у власності Страховальника (Застрахованої особи, членів її родини);

7.3.1.3. Використанням, зберіганням або перенесенням Застрахованою особою отруйних, хімічних, біологічно-активних, забруднювальних речовин.

7.3.2. Страховик не виплачує страхове відшкодування, якщо шкода заподіяна внаслідок:

7.3.2.1. Зносу, корозії, окислення, гниття й інших властивих майну трети осіб якостей, а також пошкодження шкідниками, плісняви, грибок, цвілью й іншими мікроорганізмами, впливу вологості, конденсату, відпиривання, дії тварин у тому числі гризунів, комах, паразитів тощо;

7.3.2.2. Будь-якої втрати, пошкодження, змінення, псування або вилучення даних, програмного забезпечення, комп'ютерних програм;

7.3.2.3. Грубої необережності (злочинної недбалості, злочинної самовпевненості) Страховальника (батьків, усиновлювачів, піклувальників, опікунів Застрахованої особи). Під необережністю розуміється, що:

а) особа передбачала можливість настання небезпечних наслідків своєї дії (або бездіяльності), але легковажно розраховувала на те, що вони не настануть (злочинна самовпевненість);

б) особа не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своєї дії (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість (злочинна недбалість);

7.3.2.4. Використання, збереження, застосування вибухових пристроїв, предметів, матеріалів, речовин (динаміту, тротилу тощо) й інших хімічних сполук або суміші речовин, здатних до швидкої екзотермічної реакції, вогнепальної зброї;

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

7.3.2.6. Обставин, про які Страховальник, Застрахована особа, її батьки, усиновлювачі, піклувальники або опікуни знали або повинні були знати, але не вжили усіх від них залежних заходів, щоб запобігти настанню страхового випадку;

7.3.2.7. Поведінки тварин, що належать Застрахованій особі (її батькам, усиновлювачам, піклувальникам, опікунам);

7.3.2.8. Вимог, пов'язаних з захистом честі і гідності, а також інших подібних вимог щодо відшкодування збитку, спричиненого розповсюдженням відомостей, що не відображають дійсність і спричиняють шкоду репутації громадян або організацій, закладів, включаючи невірну інформацію про якість товарів або послуг;

7.3.2.9. Вимог щодо відшкодування штрафів, пені та інших стягнень (цивільних, кримінальних або договірних); моральної шкоди, ушкодженої вигоди, шкоди, заподіяної навколишньому природному середовищу.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

8.1. Страховальник зобов'язаний:

8.1.1. Своєчасно та в повному обсязі вносити страхові платежі за Договором;

8.1.2. Під час укладення Договору та протягом строку його дії своєчасно надавати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику та укладення Договору, і надавати інформацію його про будь-які зміни ступеня страхового ризику;

8.1.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори щодо предмета Договору;

8.1.4. При укладенні Договору ознайомити батька (матір, усиновлювача, піклувальника, опікуна) Застрахованої особи з умовами Договору та отримати його (їх) згоду на страхування;

8.1.5. Вживати всіх заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;

8.1.6. Вживати усіх можливих заходів та дій, в тому числі рекомендованих Страховиком, з метою запобігання та зменшення розміру шкоди, завданих внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком;

8.1.7. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до розділу 9 Договору;

8.1.8. На вимогу Страховика, у разі збільшення ступеня страхового ризику укласти додатковий договір до цього Договору про внесення відповідних змін та сплатити додатковий страховий платіж;

8.2.3.4. Повернути протягом 30 (тридцяти) робочих днів Страховикові здійснену страхову виплату (виплачене страхове відшкодування), якщо виявиться така обставина, що згідно з чинним законодавством України та (або) умовами Договору повністю або частково пов'язана особа, яка отримала страхову виплату (страхове відшкодування), права на її (їого) отримання.

8.2. Страховальник має право:

8.2.1. Ознайомитися з умовами страхування та Правилами;

8.2.2. На страхову виплату (страхове відшкодування) при настанні страхового випадку на умовах цього Договору;

8.2.3. При укладенні Договору за страхуванням від нещасних випадків та страхуванням здоров'я на випадок хвороби призначати за згодою батька (матері), усновловача, піклувальника, опікуна) Страхованій особі Вигодонабувача для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку;

8.2.4. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов цього Договору, та (або) дострокове припинення його дії з письмовим повідомленням Страховика про причини прийняття такого рішення;

8.2.5. Отримати дублікат Договору у разі його втрати протягом періоду дії Договору, для чого йому необхідно звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання дубліката;

8.2.6. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату або розмір виплати.

8.3. Страховик зобов'язаний:

8.3.1. Ознайомити Страховальника з умовами страхування і Правилами;

8.3.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

8.3.3. За заявою Страховальника у разі вжиття ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти зі Страховальником Договір або внести до нього зміни;

8.3.4. При одержанні повідомлення від Страховальника про збільшення ступеня ризику або змінення інших суттєвих обставин щодо предмета Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів прийняти рішення про внесення змін до Договору або про припинення його дії, письмово сповістивши про це Страховальника, у порядку, передбаченому Договором;

8.3.5. У разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування (страхову виплату) у передбаченій Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвочасне здійснення виплати страхового відшкодування (страхової виплати) шляхом сплати одержавцю страхової виплати неустойки (штрафу, пені) в розмірі 0,1 % від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної обсягової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня;

8.3.6. У разі відмови здійснити виплату страхового відшкодування (страхову виплату) або відстрочення прийняти рішення про його (її) здійснення або відмову у його (її) здійсненні письмово сповістити Страховальника з мотивованим обґрунтуванням причин у строк, передбачений Договором;

8.3.7. Не розголошувати відомостей про Страховальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8.4. Страховик має право:

8.4.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страховальником відомостей, вимагати надання додаткових документів, що мають значення для визначення ступеня ризику, в будь-який момент строку дії Договору;

8.4.2. Ініціювати внесення змін і доповнень до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором;

8.4.3. У разі зміни обставин, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику та збільшення ступеня страхового ризику, протягом строку дії Договору вимагати від Страховальника внесення змін до умов цього Договору та сплати додаткового страхового платежу. У разі відмови Страховальника від внесення змін до умов цього Договору та (або) сплати додаткового страхового платежу достроково припинити дію цього Договору на підставі невиконання Страховальником своїх зобов'язань;

8.4.4. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страховальника надання інформації, необхідної для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати;

8.4.5. Надіслати запити до компетентних органів, підприємств, організацій, установ, що володіють інформацією про обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком, з питань, пов'язаних із розслідуванням причин, обставин події і визначенням розміру завданого шкоди;

8.4.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору;

8.4.7. Брати участь у судовому процесі при розгляді будь-яких справ, прямо або опосередковано пов'язаних з настанням страхового випадку.

8.5. За невиконання або неналежного виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МОЖЕ БУТИ ВИЗНАНА СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ

9.1. При страхованні від нещасних випадків та страхуванні здоров'я на випадок хвороби у разі настання передбаченої Договором події, що може бути кваліфікована як страховий випадок, Страховальник (матн, батько, усновловачі, піклувальники, опікуни Страхованої особи) зобов'язаний:

9.1.1. негайно організувати надання першої медичної допомоги Страхованій особі, у разі необхідності викликати швидку медичну допомогу;

9.1.2. негайно, протягом 2 (двох) робочих днів звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту), а також за необхідності негайно, у найкоротший строк після настання зазначеної події, повідомити інші компетентні державні органи (органи МВС, ДСНС тощо) та викликати на місце події їхніх представників, дочекатися і отримати від них документи, що підтверджують факт та обставини настання події;

9.1.3. забезпечити виконання призначення лікаря, докласти всіх зусиль для зведення наслідків події до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру шкоди;

9.1.4. письмово повідомити Страховика про подію, що може бути визнана страховим випадком, протягом 2 (двох) робочих днів з моменту, коли заявнику стало відомо про цю подію. У повідомленні повинні бути коротко описані обставини події та характер шкоди (час, місце, причини події, заподіяна шкода тощо). Перевищення зазначеного строку повідомлення Страховика про настання події, яку може бути визнано страховим випадком є припустимим у випадку, коли заявник не мав фізичної можливості вчасно направити це повідомлення, зокрема, внаслідок заподіяння розладу здоров'я, що повинно бути підтверджено відповідним документом закладу охорони здоров'я;

9.1.5. Надати Страховику або його представникам можливість проводити розслідування обставин і причин настання події, що може

бути визнана страховим випадком, здійснити огляд Страхованої особи для оформлення необхідних документів про заподіяння шкоди;

9.1.6. Повідомити (надати) Страховику всю інформацію, що стосується події, яка може бути визнана страховим випадком, та документи, передбачені розділом 10 цього Договору;

9.1.7. Повідомити Страховика протягом 2 (двох) робочих днів про погіршення стану здоров'я або смерть Страхованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про розлад здоров'я;

9.1.8. На вимогу Страховика надати можливість Страховику або його представникові здійснити огляд Страхованої особи, який заподіює шкоду внаслідок події, що може бути визнана страховим випадком, для оформлення необхідних документів про заподіяння шкоди;

9.1.9. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку та надати дозвіл на надання такої інформації Страховику.

9.2. При страхованні відповідальності перед третіми особами у разі настання події, що призвела до завдання збитків і може бути визнана страховим випадком, Страховальник (батьки, усновловачі, піклувальники, опікуни Страхованої особи) зобов'язаний:

9.2.1. вжити всіх можливих заходів щодо з'ясування характеру та обставин настання події, що стала причиною заподіяння шкоди;

9.2.2. Якщо цього потребують обставини та характер події, у найкоротший строк після її настання (але не пізніше ніж протягом 24 годин) повідомити відповідні компетентні державні органи або установи, звернення до яких передбачені чинним законодавством України, і викликати на місце події їхніх представників, дочекатися їх і отримати від них документи, які підтверджують факт настання, час і обставини події;

9.2.3. До прибуття представників компетентних державних органів та установ згідно з пунктом 9.2.2. Договору не змінювати картину події, за винятком дій з рятунку людей, майна або запобігання надзвичайним ситуаціям. У разі неприбуття зазначених представників на місце події звернутися до територіального відділення компетентного державного органу або установи, до яких повідомлялось про настання події, для одержання підтверджуючих документів;

9.2.4. Негайно, але в будь-якому разі не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страховальнику (батькам, усновловачам, піклувальникам, опікунам Страхованої особи) стало відомо про подію, яку може бути визнано страховим випадком, письмово повідомити Страховика про цю подію, отримати та виконувати його рекомендації щодо дій в ситуації, що склалася. У такому повідомленні повинна бути зазначена така інформація: яка подія, коли, де і яким чином стався, характер ушкодження, заподіяна шкода, прізвища та адреси потерпілих осіб і свідків та іншу інформацію, що має суттєве значення, про подію, що може стати підставою для пред'явлення претензій.

9.2.5. Якщо Страховальник (батьки, усновловачі, піклувальники, опікуни Страхованої особи) з поважних причин не мав (не мали) змоги виконати зазначені дії, він повинен (вони повинні) підтвердити це документально;

9.2.6. Звернутися до прибуття представника Страховика місце події, оточуючі предмети у вигляді, у якому вони залишилися після настання події, крім випадків:

а) вжиття заходів для запобігання подальшому збитку, та/або б) наявності припису компетентних державних органів, що проводить розслідування на місці події, та/або

г) наявності згоди Страховика на такі зміни та/або

г) закінчення 3 (трьох) робочих днів з наступного дня після письмового повідомлення Страховика про подію, яку може бути визнано страховим випадком.

9.2.7. Забезпечити представникові Страховика можливість безперешкодного огляду місця події, з'ясування причин та обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, розмірів збитку (шкоди), а також забезпечити участь представника Страховика в будь-яких комісіях, створених для встановлення причин і визначення розміру шкоди. Якщо Страховальник або його представник відмовляють йому в цій можливості, то Страховик вправі відмовити у здійсненні виплати страхового відшкодування;

9.2.8. Негайно, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання, відправити на адресу Страховика копії претензій, листів, скарг, ухвал суду та/або судових повісток, позовів (позовних вимог), повідомлень або будь-яких інших документів, отриманих у зв'язку з пред'явленими вимогами потерпілих третіх осіб;

9.2.9. Надати документи, передбачені розділом 10. Договору;

9.2.10. Без письмової згоди Страховика не робити заяв та не брати на себе зобов'язань про добровільне відшкодування шкоди третім особам, не визнавати повністю чи частково свою відповідальність і не підписувати будь-які документи, що встановлюють розміри шкоди на вимоги, висувані до нього у зв'язку з настанням події, що може бути визнана страховим випадком;

9.2.11. Сприяти Страховику в досудовому урегулюванні та судовому розгляді пред'явлених вимог потерпілих третіх осіб; надати йому відповідні повноваження, а також всю необхідну інформацію та можливу допомогу для здійснення захисту;

9.2.12. Систематично у погодженні зі Страховиком строки інформувати Страховика про перебіг розгляду судової справи, порушеної за позовом третіх осіб.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТИ

10.1. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) та визначення розміру збитків, Страховальник, особа, яка має право на отримання страхової виплати (страхового відшкодування), повинен (повинна) надати Страховику такі документи:

10.1.1. Письмову заяву про страхову виплату (виплату страхового відшкодування) встановленої Страховиком форм;

10.1.2. Договір;

10.1.3. Свідоцтво про народження Страхованої особи;

10.1.4. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхового відшкодування;

10.1.5. Документи (довідки, протоколи, акти експертизи тощо), що підтверджують факт та причини настання страхового випадку. Залежно від характеру події і її обставин такими документами

можуть бути документи відповідної компетентної установи чи організації, наприклад: довідки медичних закладів, органів пожежної охорони, слідчих органів МВС тощо.

10.2. За страхуванням від нещасних випадків та страхуванням здоров'я на випадок хвороби для одержання страхової виплати Страховальник (Вигодонабувач), крім документів, зазначених у п. 10.1. Договору надає Страховику такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

10.2.1. Виплиску з карти амбулаторного або стаціонарного лікування, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу;

10.2.2. Висновок про наявність та ступінь алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Страхованої особи в момент настання страхового випадку (якщо Застраховану особою було направлено на таке дослідження працівниками відповідного органу Міністерства внутрішніх справ України (МВС) або іншого компетентного державного органу);

10.2.3. Копію ліцензії на здійснення відповідного виду медичної практики, крім випадків отримання медичної допомоги у державних медичних установах;

10.2.4. У разі нещасного випадку, акт про нещасний випадок, довідку лікувально-профілактичного закладу з підтвердженням факту отримання травми, в якій повинні бути зазначені місце та час настання нещасного випадку, дата та час звернення до медичного закладу, діагноз і характер травми, період, місце та характер лікування у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком при добровільному страхуванні від нещасних випадків;

10.2.5. У разі захворювання, довідку закладу охорони здоров'я, в якій зазначені діагноз, період, місце та характер лікування;

10.2.6. При встановленні Застрахованій особи інвалідності:

– висновок лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) про встановлення інвалідності;

10.2.7. У разі смерті Застрахованої особи:

– свідоцтво про смерть Застрахованої особи із зазначенням причини смерті;

– лікарське свідоцтво про смерть або акт судово-медичної експертизи;

– матеріали компетентних органів про розслідування причини смерті.

10.2.8. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати або про відмову здійснити страхову виплату та розрахунок розміру страхової виплати.

10.3. За добровільним страхуванням відповідальності перед третіми особами додатково до переліку документів, що підтверджують настання страхового випадку, зазначених у пп. 10.1. Договору, для підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру страхового відшкодування Страховальник, потерпіла третя особа (інша особа, яка відповідно до чинного законодавства України має право на отримання страхового відшкодування) повинні надати такі документи:

10.3.1. Вимогу (заяву, претензію, позов, включаючи всі документи, що до них додавалися) потерпілої третьої особи (іншої особи, яка відповідно до чинного законодавства України має право на отримання страхового відшкодування) до Страховальника (батьків, усновловачів, піклувальників, опікунів Застрахованої особи) про відшкодування збитків;

10.3.2. Заяву Страховальника про врегулювання претензій третьої особи (іншої особи, яка відповідно до чинного законодавства України має право на отримання страхового відшкодування) із зазначенням такої особи – у разі врегулювання в добровільному порядку питання щодо відшкодування збитків;

10.3.3. У разі заподіяння шкоди життю та (або) здоров'ю третьої особи:

– довідки медичного закладу з приводу амбулаторного чи стаціонарного лікування третьої особи із зазначенням періоду лікування, визначенням характеру отриманих третьою особою травм і каліштв, діагнозу та причин, що викликали необхідність лікування, загальні висновки лікаря;

– у разі смерті потерпілої третьої особи – свідоцтво про смерть третьої особи та документи (квитанції, чеки), що підтверджують витрати на поховання у разі смерті потерпілої третьої особи;

10.3.4. У разі заподіяння шкоди майну третій особі:

– документи, що підтверджують дійсну вартість знищеного та (або) пошкодженого майна (договір купівлі-продажу, документи з оцінки майна, чеки, фактури, квитанції тощо);

– документи відповідних організацій, що підтверджують розмір витрат на відновлення, ремонт або заміну майна, якому завдані збиток, якщо вони були здійснені за згодою Страховика;

10.3.5. Рішення суду, що набуло законної сили, щодо встановлення вини Застрахованої особи у заподіянні шкоди життю і здоров'ю та (або) майну третій особі, і документів, що підтверджують розмір завданих третім особам збитків, крім випадків досудового врегулювання згідно з п. 11.3.3.1. Договору;

10.3.6. Якщо особа, до якої пред'явлені претензії щодо відшкодування шкоди, заподіяної Застрахованою особою, за згодою Страховика відшкодувала збитки самостійно, документи, що підтверджують факт та розмір виплати компенсації шкоди третій особі;

10.3.7. Інші документи на письмовий запит Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати або про відмову здійснити виплату страхового відшкодування та розрахунок розміру страхового відшкодування (довідки, висновки експертів, які мають право на провадження такої діяльності; інші документи компетентних органів тощо).

10.4. Зазначені у пп. 10.1 - 10.3.7. Договору документи надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливість звернення копії цих документів з їх оригіналами.

10.5. Якщо документи, необхідні для здійснення виплати страхового відшкодування, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо виплати страхового відшкодування не здійснюється (відстрочується) до усунення (виправлення) недоліків або надання необхідних документів. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страховальникові в письмовій формі.

10.6. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку і які повинні бути надані Страховику.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

11.1. Страхова виплата здійснюється (страхове відшкодування підлягає виплаті) після повного встановлення обставин, причин і розмірів заподіяної шкоди та (або) завданих збитків наслідком настання страхового випадку.

11.2. При страхованні від нещасних випадків та страхованні здоров'я на випадок хвороби:

11.2.1. Протягом 10 (десяти) робочих днів з дати одержання Страховиком документів, передбачених розділом 10 Договору, (зазначений строк рахується від дня одержання Страховиком останнього документа), Страховик:

11.2.1.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати, складає страховий акт із зазначенням розміру страхової виплати і протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складання страхового акта здійснює страхову виплату;

11.2.1.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

11.2.2. Страховик має право відсторонити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати:

11.2.2.1. У разі об'єктивної необхідності проведення додаткових заходів із розслідування обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру збитку;

11.2.2.2. Якщо органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, або розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страховальника, Застраховану особу (якщо особа досягла віку, в якому вона несе кримінальну відповідальність), (Вигодонабувача) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову здійснити виплату страхового відшкодування приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, завершення досудового розслідування або винесення вироку суду.

При цьому, максимальний строк такого відсторонення не може перевищувати 6 місяців з дати отримання Страховиком останнього з документів, передбачених п.10 Договору.

11.2.3. Страховик із обґрунтованими причинами письмово повідомляє (Страховальника, Застраховану особу, Вигодонабувача) про прийняття одного з рішень, передбачених пунктами 11.2.1.2 і 11.2.2 Договору, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

11.2.4. У разі настання страхового випадку страхові виплати здійснюються:

11.2.4.1. При травматичному ушкодженні чи іншому розладі здоров'я Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку – у розмірі визначеного відсотку страхової суми, встановленої в Договорі для Застрахованої особи за страхуванням від нещасних випадків, залежно від характеру травми, розладу здоров'я і відповідно до таблиці страхових виплат (додаток 1 до Договору). Якщо Застрахована особа отримала кілька травм у результаті одного страхового випадку, Страховик здійснює страхову виплату відповідно до таблиці страхових виплат за кожною і всіма травмами;

11.2.4.2. При виникненні у Застрахованої особи хвороби (гострого захворювання), зазначеної у пункті 2.2 Договору, – у розмірі визначеного відсотку страхової суми, встановленої в Договорі для Застрахованої особи за страхуванням здоров'я на випадок хвороби, залежно від характеру хвороби і відповідно до Переліку хвороб та розмірів страхових виплат (додаток 2 до Договору);

11.2.4.3. У разі встановлення інвалідності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – у розмірі 80 % страхової суми, встановленої за відповідним видом страхування;

11.2.4.4. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку – у розмірі 100 % страхової суми, встановленої в Договорі для Застрахованої особи за відповідним видом страхування.

11.2.5. Якщо При травматичному ушкодженні чи іншому розладі здоров'я Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку була здійснена страхова виплата, а надалі за наслідками цього ж страхового випадку настала смерть Застрахованої особи або встановлена інвалідність, страхова виплата здійснюється у розмірі, передбаченому умовами пунктів 11.2.4.3 – 11.2.4.4 Договору з врахуванням раніше здійсненої страхової виплати.

11.3. При добровільному страхуванні відповідальності перед третіми особами:

11.3.1. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати одержання Страховиком документів, передбачених розділом 10 Договору, (зазначений строк рахується від дня одержання Страховиком останнього документа), Страховик:

11.3.1.1. Приймає рішення про здійснення виплати страхового відшкодування та складає страховий акт. Виплата страхового відшкодування здійснюється впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складання страхового акта;

11.3.1.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову здійснити виплату та протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страховальника (іншу особу, яка має право на отримання страхового відшкодування) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

11.3.2. Страховик виплачує страхове відшкодування у розмірі прямого (реального) збитку за вирахуванням:

11.3.2.1. Суми, що підлягає відшкодуванню іншими особами, також визнаних винними в настанні страхового випадку;

11.3.2.2. Розміру збитків, відшкодованих одержувачу страхового відшкодування іншими страховиками у зв'язку з цим страховим випадком;

11.3.2.3. Суми зменшення розміру страхового відшкодування у інших випадках, передбачених цим Договором.

11.3.3. Розмір прямого (реального) збитку визначається:

11.3.3.1. У порядку, передбаченому п. 11.3.3.3 Договору за добровільним (досудовим) врегулюванням, при наявності сукупності наступних обставин:

а) особа, до якої пред'явлені претензії потерпілою третьою особою щодо відшкодування шкоди заподіяної Застрахованою особою, добровільно визнала претензії третьої особи щодо відшкодування збитків, завданих Застрахованою особою;

б) між Страховиком, Страховальником та потерпілою третьою особою досягнута згода щодо факту, обставин завдання шкоди та розміру збитку, що підлягає відшкодуванню потерпілій третій особі, що підтверджено письмово;

11.3.3.2. У разі незастосування згоди між Сторонами та потерпілою третьою особою щодо досудового врегулювання страхового випадку, – на підставі рішення суду, що набуло законної сили, щодо

відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю або майну третьої особи – у розмірі задоволених позовних вимог третьої особи, встановлених до виплати таким рішенням, але не більше розміру страхової суми, належним чином позначеної у пункті 3.1.3 Договору, та ліміту зобов'язань Страховика, зазначеного у пункті 3.2 Договору, 11.3.3.3. При досудовому врегулюванні страхового випадку розмір прямого (реального) збитку визначається наступним чином:

11.3.3.3.1. Щодо шкоди, заподіяної життю, здоров'ю третій особі: а) у разі тимчасової втрати працездатності потерпілою особою (тимчасового розладу її здоров'я – для непрацюючих) – у розмірі 1 % страхової суми, належним чином позначеної у пункті 3.1.3 Договору, за кожний день непрацездатності (лікування – для непрацюючих), установленної медичним закладом при безперервному амбулаторному або стаціонарному лікуванні, але не більше 20 % від страхової суми, належним чином позначеної у пункті 3.1.3 Договору;

б) при встановленні потерпілій особі інвалідності (в т.ч. зміни групи інвалідності на шкodu): I групи – у розмірі 100 % ліміту зобов'язань Страховика за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю третій осіб, зазначеного у пункті 3.2 Договору; II групи або категорії "дитина - інвалід" – 80 % та III групи – 60 % відповідно;

в) у разі смерті потерпілої особи – 100 % від ліміту зобов'язань Страховика за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю третій осіб, зазначеного у пункті 3.2 Договору.

11.3.3.3.2. Щодо майнових збитків – у розмірі фактично завданих збитків, що документально підтверджені та (або) визначені за згодою між Страховальником, Страховиком та потерпілою третьою особою, але не більше розміру страхової суми, належним чином позначеної у пункті 3.1.3 Договору, та ліміту зобов'язань Страховика, зазначеного у пункті 3.2 Договору;

а) при знищенні майна – у розмірі дійсної вартості майна на дату завдання збитків до настання страхового випадку з вирахуванням дійсної вартості майна (частин майна) після настання страхового випадку, якщо воно має певну цінність (в тому числі придатне для подальшого використання або реалізації).

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

б) у разі пошкодження майна – у розмірі поточної вартості витрат на відновлення з урахуванням ступеня, характеру пошкодження, зафіксованого у відповідному акті огляду пошкодженого майна, але не більше дійсної вартості майна на дату завдання збитків до настання страхового випадку.

11.3.4. Дійсна вартість – вартість придбання (створення) майна, подібного за функціональними, зовнішніми та вартісними характеристиками до пошкодженого (знищеного) майна, з урахуванням місяця його розташування та особливостей фізичного стану (знос) майна на дату завдання збитків до настання страхового випадку;

11.3.5. Якщо розрахована відповідно до умов Договору страхове відшкодування потерпілим третім особам внаслідок настання однієї події перевищує ліміти зобов'язань, встановлені у Договорі для окремого страхового випадку, розмір страхового відшкодування кожній потерпілій третій особі зменшується пропорційно співвідношенню ліміту зобов'язань її розрахованої величини страхового відшкодування для всіх потерпілих третій осіб. При цьому загальний розмір страхового відшкодування не може перевищувати розмір лімітів зобов'язань, встановлених в Договорі для окремого страхового випадку.

11.3.6. Якщо шкода, заподіяна потерпілим третім особам, підлягає відшкодуванню не лише Страховальником, а й іншими особами, відповідальними за її заподіяння, то Страховик відшкодує в межах страхової суми та ліміту зобов'язань Страховика, встановлених в Договорі, різницю між розміром заподіяної шкоди та сумою, що підлягає стягненню з інших осіб, відповідальних за заподіяння шкоди. Страховальник зобов'язаний повідомити Страховика про наявність таких осіб та про суми відшкодування, що підлягають стягненню з них.

11.3.7. Якщо на момент настання страхового випадку Страховальник має чинний договір страхування також з іншим страховиком щодо предмета Договору, то при настанні страхового випадку страхове відшкодування розподіляється пропорційно співвідношенню страхових сум та лімітів зобов'язань, встановлених кожним страховиком, а Страховик виплачує страхове відшкодування лише в своїй частині зобов'язань.

11.3.8. Сукупність усіх вимог за шкоду, заподіяну внаслідок однієї події або декількох взаємопов'язаних подій, обставин, шкідливого впливу, що виникли послідовно або одночасно, є одним страховим випадком.

11.3.9. Виплата страхового відшкодування здійснюється:

11.3.9.1. Потерпілій третій особі (іншій особі, яка відповідно до чинного законодавства України має право на отримання страхового відшкодування), або

11.3.9.2. Особі, до якої пред'явлені претензії щодо відшкодування шкоди, але лише в разі, якщо вона відшкодувала шкоду потерпілій третій особі самостійно, що документально підтверджено та за умов отримання попередньої письмової згоди на це Страховика.

11.3.10. У разі виникнення спорів між Сторонами про факт, обставини та причини настання страхового випадку і розмір збитку кожна зі Сторін має право замовити проведення експертизи. Експертиза проводиться за рахунок Сторони, яка її замовила. Якщо за результатами експертизи буде встановлено, що відмова Страховика здійснити виплату страхового відшкодування (частину виплати страхового відшкодування) була необґрунтована, Страховик бере на себе частину витрат на експертизу, що відповідає співвідношенню суми, у виплаті якої було відмовлено, і суми відшкодування, виплаченої після проведення експертизи.

11.4. Загальна сума виплат (відшкодування) за одним та всіма страховими випадками за окремим видом страхування, що сталися в період дії Договору, не може перевищувати страхову суму, належним чином позначеною в Договорі для відповідного виду страхування.

11.5. У разі здійснення виплати страхового відшкодування (страхової виплати) максимальний обсяг зобов'язань Страховика за видом страхування, який на момент укладення Договору дорівнює

страховій сумі, зменшується на розмір виплаченого відшкодування (страхової виплати). У кожному разі рішення Страховика про здійснення виплати або відмову здійснити виплату за наступним страховим випадком Страховик приймає після прийняття ним рішення про здійснення виплати або відмову здійснити виплату страхового відшкодування за попереднім страховим випадком.

11.6. Договір, за яким сплачене страхове відшкодування (здійснена страхова виплата), розмір якого менший за розмір страхової суми, зберігає чинність до кінця обумовленого строку дії.

12. ПРИБУТКИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

12.1.1. Навмисні дії Страховальника, Застрахованої особи (її батьків, усиновлювачів, піклувальників, опікунів), (якщо особа є неповнолітньою на момент настання події, що може бути визнана страховим випадком), або особи, на користь якої укладений Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на події, пов'язані з виконанням ними громадського або службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб визначається відповідно до чинного законодавства України;

12.1.2. Винячення або спроби винячення Страховальником, Застрахованою особою (якщо на момент настання події, що може бути визнана страховим випадком, особа досягла віку, в якому вона несе кримінальну відповідальність), особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвело до настання страхового випадку;

12.1.3. Подання Страховальником (Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

12.1.4. Неповідомлення Страховика про змінення обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;

12.1.5. Неповідомлення або несвочасне повідомлення Страховика без поважних причин про настання страхового випадку у передбачений Договором строк, або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

12.1.6. Невиконання Страховальником своїх зобов'язань, зазначених у пп. 8.1.1 - 8.1.8 Договору;

12.1.7. Настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням зі страхових випадків та (або) обмеженням страхування згідно з розділом 7 Договору;

12.1.8. Шахрайство або інші дії Страховальника (Вигодонабувача), направлених на отримання незаконної вигоди від страхування;

12.1.9. Інші випадки, передбачені законом.

13. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Зміни до умов Договору вносяться за згодою Сторін, шляхом укладення додаткового договору до Договору на підставі повідомлення Сторони про бажання внести зміни до Договору не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до бажаної дати їх внесення.

13.1.1. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників 8 (вісьмою).

13.1.2. Для цього Договору призначається та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

13.1.3. Закінчення строку дії Договору;

13.1.4. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі;

13.1.5. Ликвідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

13.1.6. Смерті Страховальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»;

13.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору недійсним;

13.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

13.2. Дію Договору може бути припинено на вимогу Страховальника або Страховика. У такому разі Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страховальник або Страховик) направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору.

Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься відповідно до частини 3 статті 651 Цивільного кодексу України односторонньою відмовою від Договору.

13.3. У разі дострокового припинення дії цього Договору на вимогу Страховальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страховальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

13.4. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика Страховальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов Договору, то Страховик повертає Страховальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

13.5. За цим Договором нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу, становлять 40 % страхового платежу;

13.6. Належна до повернення частина страхового платежу повинна бути виплачена протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення строку дії цього Договору.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ, ІНШІ УМОВИ

14.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов цього Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

14.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями цього Договору та положеннями Правил, застосовуються умови, визначені цим Договором.

14.3. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України

Таблиця страхових виплат за добровільним страхуванням від нещасних випадків
(у відсотках від страхової суми)

№	Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	%
1.	Перелом кісток черепа	
1.1	перелом зовнішньої пластинки кісток склепіння, розбіжність шва	5
1.2	перелом склепіння	15
1.3	перелом основи	20
1.4	перелом склепіння і основи	25
<i>Примітка до п.1: у випадку відкритого перелому додатково виплачується 5% страхової суми</i>		
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми:	
2.1	субарахноїдальна	15
2.2	епідуральна	20
2.3	субдуральна	25
3.	Ушкодження головного мозку:	
3.1	струс головного мозку, посттравматична вегето-судинна дистонія, діагностовані невропатологом, при якому потрібне лікування протягом 10 – 15 днів	5
3.2	струс головного мозку, діагностований невропатологом, при якому потрібне лікування протягом 16 днів і більше	10
3.3	забій головного мозку	15
3.4	не видалені сторонні тіла в порожнині черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	20
3.5	розчавлення речовини головного мозку	50
<i>Примітки до п.3: 1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводились оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 10 % страхової суми одноразово.</i>		
<i>2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одному пункті, страхова виплата проводиться за одним з підпунктів, яким враховане найтяжче ушкодження.</i>		
<i>При ушкодженнях, вказаних у різних пунктах, страхова виплата проводиться з урахуванням кожного з них шляхом їх сумування.</i>		
4.	Травматичне ушкодження нервової системи, що спричинило за собою:	
4.1	парез однієї кінцівки (верхньої або нижньої монопарез)	30
4.2	гемі- або парапарез (парез будь-якої пари кінцівок)	40
4.3	моноплегію (параліч однієї кінцівки)	60
4.4	тетраплегію (парез верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації руху, слабоумство (деменція)	70
4.5	гемі-, пара-, тетраплегію, втрату мови, декортикацію, порушення функцій тазових органів	100
<i>Примітки до п.4: 1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними в п. 4, проводиться за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у випадку, коли вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3 місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, проведеної у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплати не може перевищувати 100%.</i>		
<i>2. У випадку, коли Застрахованою особою подані довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, страхова виплата проводиться за пунктами 1,2, 3,4, 5, 6 шляхом їх сумування.</i>		
<i>3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху внаслідок черепно-мозкової травми Страхова виплата проводиться з урахуванням цієї травми і вказаних ускладнень за відповідними статтями шляхом підсумовування .</i>		
<i>4. Страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми</i>		
5.	Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, в тому числі кіньського хвоста:	
5.1	струс	5
5.2	забій	10
5.3	частковий розрив	50
5.4	повний розрив	100
<i>Примітки до п.5: 1. У тому випадку, коли страхова виплата була проведена за п. 6, а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст. 4 і підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, страхова виплата за п. 4 проводиться додатково до виплаченої раніше.</i>		
<i>2.Якщо у зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково виплачується 15% страхової суми одноразово.</i>		
6.	Периферичне ушкодження черепно-мозкових нервів. (Не застосовується, якщо виплата зроблена по розділу 1.)	10
7.	Ушкодження шийного, плечового, поперекового, крижового нервових сплетень і їхніх нервів:	
7.1	ушкодження шийного, грудного, поперекового відділу хребта, що призвели до радикулярного синдрому	5
7.2	частковий розрив сплетення	40
7.3	розрив сплетення	70
7.4	Розрив нервів:	
7.4.1	гілки променевого, ліктьового, середнього, пальцевих нервів	5
7.4.2	на рівні промене-зап'ясткового суглобу, гомілковостопного суглобу	10
7.4.3	на рівні передпліччя, гомілки	20
7.4.4	на рівні плеча, ліктьового суглобу, стегна, колінного суглобу	40
8.	Ушкодження періорбітальної області, що спричинили за собою	
8.1	проникаюче поранення очного яблука, іридоцикліт, хоріоретиніт, дефект райдужної оболонки	10
8.2	перелом орбіти	10
8.3	геміанопсію, параліч акомодатції, пульсуючий екзофтальм, звуження поля зору, необоротне порушення функції слезопровідних шляхів, травматичну косоокість, птоз (одного ока).	15
8.4	опік II - III ступеня, зміщення кристалика, немагнітні сторонні тіла очного яблука або очної ямки, рубці оболонок очного яблука, що не призводять до зниження зору (поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для виплати)	15
8.5	повну втрату зору одного ока	50
8.6	повну втрату зору єдиного ока, що володіло будь-яким зором, або обох очей, що володіли будь-яким зором (сума виплат не повинна перевищувати 50% на одне око)	100
<i>Примітка до п.п.8.1-8.4: страхова виплата здійснюється не раніше 3 місяців з дня травми</i>		
9.	Ушкодження вушної раковини, що спричинило за собою:	
9.1	рубцеву деформацію або відсутність вушної раковини до 1/3	5
9.2	відсутність вушної раковини до 2/3	15
9.3	повну відсутність вушної раковини	20
10.	Ушкодження вуха, яке призвело до втрати слуху:	
10.1	травматичне зниження слуху, підтверджене аудіометрією	10
10.2	повна глухота (розмовна мова - 0)	25

№	Вид травматичного uszkodження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	%
<i>Примітка до п.п.9,10: страхова виплата здійснюється не раніше 3 місяців з дня травми</i>		
11	Розрив барабанної перетинки без зниження слуху, крім випадків, що привели до розриву барабанної перетинки в результаті перелому основи черепа (страхова виплата згідно п.п.1.2, 1.3, 1.4), а також uszkodжень вуха (страхова виплата згідно п.10)	5
12	Перелом кісток носа, передньої стінки гайморової пазухи, решітчастої кістки	
12.1	без зміщення	5
12.2	зі зміщенням	10
13.	Ушкодження легенів, гемоторакс, пневмоторакс, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:	
13.1	з однієї сторони	5
13.2	з двох сторін	10
14.	Ушкодження легенів, що спричинило за собою:	
14.1	легеневу недостатність, крім випадків, що вказані у п.п.14.2 і 14.3 (по закінченню 3-х місяців з дня травми)	10
14.2	видалення частини, частки легенів	40
14.3	видалення однієї легені	60
15.	Перелом груднини	10
16.	Переломи ребер:	
16.1	одного – трьох (без зміщення)	3
16.2	одного – трьох (зі зміщенням)	5
16.3	кожного наступного ребра	2
17.	Проникаюче поранення грудної клітини, викликане травмою:	
17.1	при відсутності uszkodження органів грудної порожнини	10
17.2	при uszkodженні органів грудної порожнини (крім легенів)	20
18.	Ушкодження гортані, трахеї, перелом під'язикової кістки	5
19.	Ушкодження серця, енд-, міо- і епікарду і великих магістральних судин, крім випадків, за якими страхова виплата здійснюється згідно п.20	25
20.	Ушкодження серця, енд-, міо- і епікарду і великих магістральних судин, що спричинило за собою серцево-судинну недостатність	35
21.	Ушкодження великих периферичних судин, що не спричинило за собою порушення кровообігу, на рівні:	
21.1	плеча, стегна	5
21.2	передпліччя, гомілки	10
22.	Ушкодження великих периферичних судин, що спричинило за собою серцево-судинну недостатність.	20
23.	Ушкодження щелепи:	
23.1	перелом верхньої щелепи, нижньої щелепи, виличної кістки, вивих нижньої щелепи	5
23.2	перелом двох або більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
24.	Ушкодження щелепи, що спричинило за собою:	
24.1	відсутність частини щелепи (за винятком альвеолярного відростку)	40
24.2	відсутність щелепи	60
25.	Ушкодження язика, порожнини рота (опік, поранення, відмороження), що спричинило за собою утворення грубих рубців	3
26.	Ушкодження язика, що спричинило за собою:	
26.1	відсутність язика на рівні дистальної третини	15
26.2	на рівні середньої третини	30
26.3	на рівні кореня, повна відсутність	60
27.	Ушкодження (розрив, опік, поранення) ротової порожнини, глотки, стравоходу, шлунку.	5
<i>Примітка до п.27: якщо страхові випадки, що зазначені у п.27, привели до ускладнення, і надалі проводяться виплати за п.п. 28, 29, то розмір цих виплат зменшується на суму раніше виплачених відшкодувань згідно цього пункту</i>		
28.	Ушкодження (розрив, опік, поранення) стравоходу, що призвело до:	
28.1	звуження стравоходу	40
28.2	непрохідності стравоходу (при наявності гастротомії).	100
<i>Примітка до п.28: страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми (раніше цього строку виплати здійснюються згідно п. 27)</i>		
29.	Ушкодження (розрив, опік, поранення) органів травлення черевної порожнини, що спричинило за собою:	
29.1	спайкову хворобу (стан після операції з приводу спайкової кишкової непрохідності), рубцеве звуження шлунка, кишечника, відхідникового отвору	20
29.2	кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлункової залози	40
<i>Примітка до п.29: страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми (раніше цього строку виплати здійснюються згідно п. 27)</i>		
30.	Грижа, що утворилася на місці uszkodження передньої черевної стінки, діафрагми, крім грижі, що виникла в результаті підйому ваги	5
<i>Примітка до п.30: страхова виплата здійснюється додатково до виплат, пов'язаних із травмою органів живота, якщо грижа явилася прямим наслідком цієї травми</i>		
31.	Ушкодження печінки в результаті травми, що спричинила за собою	
31.1	підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання	5
31.2	печінкову недостатність	10
32.	Ушкодження печінки, жовчного міхура в результаті травми, що спричинила за собою	
32.1	ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура	15
32.2	ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура	20
32.3	видалення частини печінки	20
32.4	видалення частини печінки і жовчного міхура	30
33.	Ушкодження селезінки, що спричинило за собою	
33.1	підкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання	5
33.2	видалення селезінки	30
34.	Ушкодження шлунка, кишечника, підшлункової залози, брижі, що спричинило за собою	
34.1	резекцію 1/3 шлунка, 1/3 кишечника	25
34.2	резекцію 1/2 шлунка, 1/2 кишечника, 1/2 хвоста підшлункової залози	35
34.3	резекцію 2/3 шлунка, 2/3 кишечника, 2/3 тіла підшлункової залози	45
34.4	резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози	60
<i>Примітка до п.34: у разі комбінованої резекції декількох органів, страхова виплата здійснюється згідно одного з підпунктів п.34, яким передбачене максимальне відшкодування</i>		
35	Ушкодження органів черевної порожнини (крім випадків, що передбачають виплати за п.п. 32-34), у зв'язку з яким була зроблена	
35.1	лапаротомія при підозрі на uszkodження органів черевної порожнини (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом)	5
35.2	лапаротомія, при uszkodженні органів черевної порожнини (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом).	10

№	Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	%
<i>Примітка до п.п. 32-35: страхові виплати здійснюються в разі операцій, що сталися безпосередньо після й у зв'язку з нещасним випадком</i>		
36.	Ушкодження нирки, що спричинило за собою:	
36.1	забій нирки, підтверджений клініко-лабораторними проявами, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання	5
36.2	видалення частини нирки	20
36.3	видалення нирки	40
37.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинило за собою:	
37.1	гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит	10
37.2	зменшення об'єму сечового міхура	10
37.3	звуження сечовода, сечовипускального каналу	20
37.4	непрохідність сечовода, сечовипускального каналу, сечостатевої свищі	30
<i>Примітка до п.37: у разі порушення функції декількох органів сечовидільної системи страхова виплата здійснюється згідно одного з підпунктів п.37, яким передбачене максимальне відшкодування; страхові виплати за пунктами 37.2 - 37.4 здійснюються не раніше 6 місяців з дня травми</i>		
38.	Ушкодження органів жіночої статеві системи, що призвело до:	
38.1	втрати однієї маткової труби	15
38.2	Утрати двох яєчників, двох маткових труб	20
38.3	утрати матки з трубами або без	25
39.	Ушкодження органів чоловічої статеві системи, що призвело до:	
39.1	утрати яєчка	15
39.2	утрати 2-х яєчок, частини статевого члена	30
39.3	утрати статевого члена	40
<i>Примітка до п.40: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 1 місяця з дня травми</i>		
40.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин (крім випадків, за якими страхова виплата здійснюється згідно п.9), що призвело до	
40.1	утворення рубців із площею від 5 до 9 кв. см	3
40.2	утворення рубців із площею від 10 до 19 кв. см	10
40.3	утворення рубців із площею від 20 до 30 кв. см	30
40.4	значних змін натурального виду обличчя (спотворюванню) або утворення рубців із площею більш 30 кв. см. (до косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, утягнені або виступаючі над її поверхнею, що стягують тканини)	55
<i>Примітка до п.40: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 1 місяця з дня травми</i>		
41.	Ушкодження м'яких тканин волоссяної частини голови, тулуба, кінцівок, що призвело до утворення рубців, а також опіків III - IV ступеня і поранень площею:	
41.1	від 1% до 3% поверхні тіла	5
41.2	від 4% до 6% поверхні тіла	20
41.3	від 7% до 9% поверхні тіла	25
41.4	від 10% до 12% поверхні тіла	30
41.5	13% і більше	35
41.6	поранення м'яких тканин голови, тулуба, кінцівок (при строку лікування 10 днів та більше), що призвело до накладання швів, утворення рубців, глибокої гематоми м'язів	5
<i>Примітка до п.41: рішення про розмір виплати приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 1 місяця з дня травми. Якщо проводяться виплати за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, переломах кісток, пластикі сухожилля, зшиванні судин, нервів і ін.), п.41 не застосовується</i>		
42.	Опіки м'яких тканин тулуба і кінцівок I - II ступеня площею:	
42.1	від 4% до 10% поверхні тіла	5
42.2	від 10% і більше поверхні тіла	10
<i>Примітка до п.42: рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 1 місяця з дня травми Загальна сума виплат за розділами 40, 41, 42 не може перевищувати 40%</i>		
43.	Опікова хвороба, опіковий шок	20
44.	Перелом або вивих тід, дужок, суглобних відростків хребців (за винятком крижі і куприка):	
44.1	одного-двох	15
44.2	трьох і більше	25
<i>Примітка до п.44: рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 1 місяця з дня травми</i>		
45.	Частковий або повний розрив міжхребцевих зв'язок (при строку лікування менше 14 днів) за винятком куприка	5
<i>Примітка до п.45: у випадку рецидиву підвивиху хребця страхова виплата не здійснюється</i>		
46.	Перелом поперечних або остистих відростків хребців:	
46.1	одного-двох	5
46.2	трьох або більше	10
47.	Перелом крижової кістки.	10
48.	Ушкодження куприка:	
48.1	вивих, перелом куприкових хребців	5
48.2	видалення куприкових хребців внаслідок травми	10
49.	Перелом лопатки, ключиці, розрив акроміально-ключичного або груднино-ключичного зчленувань	
49.1	перелом однієї кістки або розрив одного зчленування	5
49.2	перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом однієї кістки і розрив одного зчленування, перелома-вивих ключиці	10
50.	Ушкодження плечового суглоба (суглобової западини, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, зв'язок, суглобної сумки):	
50.1	перелом суглобової западини лопатки, підвивих і повний або частковий розрив сухожилля, капсули плечової сумки, відриві кісткових фрагментів, включаючи горбик	10
50.2	перелом двох кісток, перелом лопатки, вивих плеча	10
50.3	перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелома-вивих плеча, перелом, який не зрізся (при лікуванні не менше 9 місяців)	15
51.	Ушкодження плечового суглобу, що призвело до:	
51.1	анкілозу	30
51.2	формування розбобтаного суглобу, як результат резекції суглобних поверхонь складових його кісток.	40
<i>Примітка до п.51: рішення про розмір виплати приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.50.</i>		

№	Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	%
52.	Перелом плечової кістки на будь-якому рівні (крім суглобів):	
52.1	без зміщення	10
52.2	зі зміщенням	15
53.	Травматична ампутація верхньої кінцівки, включаючи лопатку, ключицю або їхні частини	70
54.	Травматична ампутація плечової кістки на будь-якому рівні або важке ушкодження, яке призвело до її ампутації	65
55.	Ушкодження області ліктьового суглоба:	
55.1	перелом однієї кістки без зміщення відломків, розрив зв'язок	5
55.2	перелом двох кісток без зміщення відломків	10
55.3	перелом кісток зі зміщенням відломків	15
56.	Ушкодження області ліктьового суглоба, що призвело до:	
56.1	анкілозу	30
56.2	формування розбовтаного суглобу, як результат резекції суглобних поверхонь складових його кісток.	40
<i>Примітка до п.56: рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.55.</i>		
57.	Перелом кісток передпліччя(за винятком ділянки променевоzap'ястного суглобу):	
57.1	піднадкiстний, епiфізеолiз	5
57.2	одні або двох кісток без зміщення	10
57.3	одні або двох кісток зі зміщенням	15
58.	Травматична ампутація або серйозне ушкодження, яке призвело до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
<i>Примітка до п.58: якщо були встановлені патологічні зміни, обговорені в розділах 49 – 59, розмір виплати не повинен перевищувати на одну руку на рівні ключиці - 70%, вище ліктя - 65%, нижче ліктя - 60% страхової суми</i>		
59.	Ушкодження ділянки променевоzap'ясткового суглобу:	
59.1	перелом однієї кістки передпліччя без зсуву, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив фрагменту (ів) кістки	5
59.2	перелом однієї кістки передпліччя зі зміщенням	7
59.3	перелом двох кісток передпліччя без зміщення, частковий розрив зв'язок	10
59.4	перелом двох кісток передпліччя зі зміщенням, повний розрив зв'язок	15
60.	Внутрішньосуглобові переломи кісток променевоzap'ясткового суглоба, що призвели до анкілозу	20
<i>Примітка до п.60: виплата здійснюється за станом застрахованого на дату не раніше 6 місяців з дня травми</i>		
61.	Перелом кісток зап'ястка, п'ясткових кісток однієї кисті:	
61.1	перелом однієї кістки без зсуву (за винятком човноподібної)	3
61.2	перелом однієї кістки з зсувом	4
61.3	двох і більше кісток без зсуву, човноподібної кістки	5
61.4	двох і більше кісток з зсувом	10
61.5	переломи, які не зрослися, однієї або двох кісток	15
<i>Примітка до п.61.5: страхова виплата здійснюється не раніше 6 місяців з дня травми</i>		
62.	Травматична ампутація або важке ушкодження кисті, що призвели до її ампутації на рівні п'ясткових кісток зап'ястка або променевоzap'ясткового суглоба.	55
<i>Примітка до п.62: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.60 – 62, загальна сума страхових виплат на одну кисть 55% страхової суми</i>		
63.	Перелом фаланг, ушкодження сухожиль пальців кисті:	
63.1.	Перелом фаланги (фаланг) без зсуву, ушкодження сухожилля пальця	3
63.2.	Перелом фаланги (фаланг) з зсувом, розрив сухожилля пальця, розрив суглобової капсули	5
64.	Ушкодження пальця кисті, що спричинило за собою відсутність рухливості	10
<i>Примітка до п.64: страхові виплати здійснюються не раніше 6 місяців з дня травми</i>		
65.	Травматична ампутація пальця кисті або ушкодження, що призвело до його ампутації на рівні:	
65.1	нігтьової фаланги і міжфалангового суглоба	3
65.2	пальця на рівні середньої фаланги (втрата двох фаланг)	5
65.3	основної фаланги, п'ястковофалангового суглоба (втрата пальця), п'ясткової кістки	7
65.4	усіх пальців однієї кисті	40
66.	Перелом кісток тазу:	
66.1	перелом крила клубової кістки	5
66.2	перелом лобкової, сідничної кістки, тіла клубової кістки, вертлужної западини	10
66.3	перелом двох і більше кісток	15
67.	Розрив лобкового, крижово-клубового зчленувань:	
67.1	одного-двох	10
67.2	більше двох	15
68.	Ушкодження кульшового суглобу:	
68.1	вивих тазостегнового суглоба з відривом кісткового фрагменту (фрагментів)	5
68.2	повний або частковий розрив зв'язок, ізольований відрив вертлюга	10
68.3	перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегнової кістки	15
69.	Ушкодження кульшового суглобу, що спричинило за собою:	
69.1	анкілоз	20
69.2	формування розбовтаного суглобу, як результат резекції голівки стегна, вертлужної западини	50
<i>Примітка до п.69: рішення про виплату приймається за станом застрахованого на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.68.</i>		
70.	Перелом стегна на будь-якому рівні (за винятком області суглобів):	
70.1	без зміщення відломків	15
70.2	зі зміщенням відломків	20
71.	Перелом стегна, що укладився утворенням несправжнього суглоба (перелом, що не зрізся)	45
72.	Травматична ампутація або важке ушкодження, яке призвело до ампутації кінцівок на будь-якому рівні стегна:	
72.1	однієї кінцівки	60
72.2	єдиної кінцівки	100
<i>Примітка до п.72: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.66 – 72, розмір виплати на одну ногу не повинен перевищувати 70% страхової суми при ампутації вище середньої частини стегна, 60% - нижче середньої частини стегна</i>		
73.	Ушкодження колінного суглоба, що спричинило за собою:	
73.1	ушкодження меніска (менісків), розрив зв'язок, відриви кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малої гомілкової кістки	5
73.2	перелом міжвиросткових підвищень, проксимального метафізу великогомілкової кістки	10
73.3	перелом проксимального метафізу великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової кістки	15
73.4	перелом кісток, що утворюють колінний суглоб (дистальний епіфіз стегна і проксимальний епіфіз великогомілкової кістки)	20

№	Вид травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	%
74.	Ушкодження колінного суглоба, що спричинило за собою:	
74.1	анкілоз	30
74.2	формування розбовтаного суглобу (у результаті резекції суглобних поверхонь складових його кісток)	40
<i>Примітка до п.74: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.73.</i>		
75.	Перелом кісток гомілки (за винятком області суглобів):	
75.1	малогомілкової кістки, відрив кісткових фрагментів	5
75.2	малогомілкової кістки зі зміщенням, великогомілкової кістки, подвійний перелом малогомілкової кістки	10
75.3	обох кісток, подвійний перелом великогомілкової кістки	15
76.	Травматична ампутація або важке ушкодження, яке призвело до:	
76.1	екзартикуляції в колінному суглобі	40
76.2	ампутації гомілки на будь-якому рівні	45
<i>Примітка до п.76: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.73 – 76, розмір виплати на одну ногу не повинен перевищувати у разі: ампутації нижче коліна - 50% страхової суми, до середньої третини гомілки - 45% страхової суми</i>		
77.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглобу:	
77.1	ушкодження зв'язок, перелом кісточок з краєм великогомілкової кістки	5
77.2	перелом обох кісточок з краєм великогомілкової кістки, розрив дистального міжгомілкового синдесмозу, розрив зв'язок	10
77.3	перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки, розрив дистального міжгомілкового синдесмозу з вивихом (підвивихом) ступні	15
78.	Ушкодження гомілковоступневого суглобу, що спричинило за собою:	
78.1	анкілоз	25
78.2	Формування розбовтаного суглобу (як результат резекції суглобних поверхонь складових його кісток)	30
78.3	екзартикуляцію в гомілковоступному суглобі	35
<i>Примітка до п.78: рішення про виплату приймається за станом Застрахованої особи на дату не раніше 6 місяців з дня травми з утриманням попередньої виплати згідно п.77.</i>		
79.	Розрив ахіллового сухожилля	10
80.	Ушкодження стопи:	
80.1	перелом однієї, двох кісток, розрив зв'язок (крім п'яркової кістки)	5
80.2	перелом трьох і більше кісток, п'яркової кістки	10
81.	Травматична ампутація або важке ушкодження стопи, що спричинило за собою її ампутацію на рівні:	
81.1	плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	20
81.2	усіх плеснових кісток	20
81.3	заплесни	25
81.4	таранної, п'яркової кісток, гомілковоступного суглоба (утрата ступні)	40
<i>Примітка до п.81: якщо ушкодження сталося в зв'язку з патологічними змінами, обговореними в п.п.77 – 81, загальний розмір виплат не повинен перевищувати 40% страхової суми на одну ступню</i>		
82.	Переломи фаланг (фаланги), ушкодження сухожилля (сухожилок) пальця (пальців) однієї ступні:	
82.1	перелом однієї фаланги без зміщення, ушкодження сухожилля пальця	2
82.2	перелом однієї фаланги зі зміщенням, ушкодження сухожилля пальців	3
82.3	перелом декількох фаланг, трьох-п'яти пальців	5
83.	Травматична ампутація або ушкодження стопи, що спричинило за собою ампутацію:	
83.1	великого пальця на рівні нігтьової фаланги	2
83.2	великого пальця на рівні основної фаланги (втрата пальця)	5
83.3	одного пальця на рівні нігтьової або основної фаланги (втрата пальця), окрім великого	2
83.4	двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	3
83.5	усіх пальців стопи на рівні нігтьових або середніх фаланг	15
84.	Ушкодження, що спричинило за собою розвиток посттравматичного тромбофлебиту, лімфостазу, остеомієліту, порушення трофіки (за винятком ушкодження крупних периферичних судин, нервів, а також гнійних запалень пальців ступні)	5
<i>Примітка до п.84: пункт 84 застосовується при станах, що наступили внаслідок травми опорно-рухового апарату, через 6 місяців з дня травми</i>		
85.	Травматичний шок або шок, що розвився внаслідок гострої крововтрати, пов'язаної з травмою (геморагічний шок)	10
86.	Переохолодження організму, що призвело до порушення функцій організму та лікування в умовах стаціонара	
86.1	Переохолодження організму, ускладнене функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем	5
86.2	Переохолодження організму, що призвело до порушення функцій організму та лікування в умовах стаціонара	20
87.	Укуси тварин:	
87.1	неускладнені гнійно-септичним станом	5
87.2	ускладнені гнійно-септичним станом	10
88.	Токсичні ураження хімічними речовинами, отруйними рослинами	
88.1	неускладнені	5
88.2	ускладнені функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем	20
89.	Ураження електричним струменем або блискавкою	
89.1	неускладнені	5
89.2	ускладнені функціональними і органічними порушеннями життєво важливих органів і систем	20
<i>Примітка до п.89: у випадку декількох ушкоджень, в тому числі і передбачених п.89, страхова сума виплачується по одному з пунктів, що враховує найбільш важке ушкодження</i>		
<i>Примітка: Договір страхування може передбачати інший перелік травм та розмір виплати при отриманні Застрахованою особою відповідної травми, визначений Сторонами Договору страхування в залежності від ступеня ризику та умов Договору страхування.</i>		

Перелік хвороб та розміри страхових виплат за добровільним страхуванням здоров'я на випадок хвороби

№	Хвороба (гостре захворювання)	Розмір страхової виплати (у % від страхової суми на Застраховану особу)
1.	Інфекційні хвороби:	
1.1.	Кір	6
1.2.	Вітряна віспа	5
1.3.	Дифтерія	6
1.4.	Скарлатина	4
1.5.	Харчові токсикоінфекції	5
1.6.	Менінгококова інфекція	10
1.7.	Сальмонельоз	10
1.8.	Дизентерія	6
1.9.	Лептоспіроз	10
1.10.	Тифо-паратифозні захворювання	10
1.11.	Вірусний гепатит А	6
1.12.	Вірусний гепатит В, С	10
1.13.	Ботулізм	12
1.14.	Інфекційні захворювання, а саме наступні ускладнення грипу (ОРЗ, ОРВІ):	
1.14.1.	Синусит	5
1.14.2.	Бронхіт	5
1.14.3.	Пневмонія	5
1.14.4.	Синдром Рея	5
1.14.5.	Синдром Гієна - Барре	5
2.	Гострі отруєння і раптові захворювання:	
2.1.	Отруєння ліками	5
2.2.	Отруєння хімічними речовинами	5
2.3.	Отруєння грибами	5
2.4.	Отруєння зміною отрутою при укусах змій	5
2.5.	Отруєння лугами і їх сполуками	5
2.6.	Отруєння кислотами і їх сполуками	5
2.7.	Отруєння чадним газом	5
2.8.	Гострий харчовий розлад	5
2.9.	Переохолодження і відмороження	8
2.10.	Електротравма	10
2.11.	Сонячний тепловий удар	5
3.	Хірургічні хвороби:	
3.1.	Гострий апендицит	8