

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний Директор

ПрАТ "Страхова компанія "Кардіф"



/Романенко О. О./

"01" вересня 2010 року

ПрАТ "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "КАРДІФ"

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (нова редакція)

Київ - 2010

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	5
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ	6
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	10
9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	12
10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	13
11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	14
12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	16
13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	16
14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	18
15. СТРАХОВІ ТАРИФИ	18
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	18
Додаток № 1	19

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила добровільного страхування від нещасних випадків (надалі - "Правила") розроблені згідно з Законом України "Про страхування" і визначають порядок укладання, виконання та припинення договорів добровільного страхування від нещасних випадків.

1.2. В цих Правилах терміни вживаються у такому значенні:

1.2.1. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні договору страхування для отримання страхових виплат у разі настання страхового випадку. Якщо на момент подання заяви про страхову виплату Вигодонабувач не був призначений або помер, то страхова виплата у разі смерті Застрахованої особи виплачується спадкоємцю (спадкоємцям) Застрахованої особи.

1.2.2. **Грубе порушення** – порушення Застрахованою особою встановлених законодавством України норм та правил, які передбачені цими Правилами та які стали прямою чи опосередкованою причиною настання страхового випадку.

1.2.2.1. Під грубим порушенням правил дорожнього руху розуміється будь-що з наведеного нижче, якщо інше не передбачено договором страхування:

- 1) перевищення встановлених обмежень швидкості руху більше ніж на 20 км/год;
- 2) проїзд на заборонний сигнал регулювання дорожнього руху;
- 3) порушення правил проїзду перехресть або залізничних переїздів, виїзд на смугу зустрічного руху в місцях, де такий виїзд заборонено;
- 4) керування транспортними засобами особами, які перебувають у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, або передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння, або особі, що не має дійсного посвідчення водія відповідної категорії;
- 5) непокоря сигналам регулювання дорожнього руху, перехід проїзної частини у невстановлених місцях або безпосередньо перед транспортними засобами, що наближаються;
- 6) експлуатація транспортних засобів та їх обладнання, якщо таку експлуатацію заборонено відповідно до Правил дорожнього руху.

1.2.2.2. Під грубим порушенням правил техніки безпеки розуміється будь-що з наведеного нижче, якщо інше не передбачено договором страхування:

- 1) порушення техніки безпеки під час експлуатації електроприладів, устаткування, машин та механізмів;
- 2) порушення правил безпеки при ремонті та обслуговуванні електроприладів, устаткування, машин та механізмів, транспортних засобів;
- 3) порушення правил безпеки при користуванні пляжами, місцями масового відпочинку громадян на воді та плавальними басейнами;

4) недотримання Застрахованою особою вимог з охорони праці.

1.2.2.3. Під грубим порушенням правил пожежної безпеки розуміється порушення вимог пожежної безпеки, що спричинило (сприяло) виникненню пожежі, якою заподіяно шкоду здоров'ю людей, якщо інше не передбачено договором страхування.

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

1.2.4. **Застрахована особа** – фізична особа, про страхування якої укладається договір страхування. За цими Правилами, на дату укладення договору страхування вік Застрахованої особи може становити від 1 до 75 років, якщо інше не передбачено договором страхування.

1.2.5. **Небезпечні види діяльності** – якщо інше не передбачено договором страхування, під небезпечними видами діяльності розуміють види робіт з підвищеною небезпекою, що передбачені законодавством України, включаючи:

- оперативно-розшукову діяльність та діяльність, пов'язану з використанням засобів фізичного впливу, спеціальних засобів та зброї;
- діяльність, що зумовлена гасінням пожеж, аварійно – рятувальними роботами тощо.

1.2.6. **Небезпечні види спорту** – будь-який вид спорту, яким Застрахована особа займається в якості спортсмена-професіонала (включаючи участь у змаганнях) та екстремальні види спорту, якими Застрахована особа займається як спортсмен-професіонал так і на аматорському рівні, або у якості активного відпочинку. До екстремальних видів спорту відносяться, якщо інше не передбачено договором страхування: будь-які види стрибків з парашутом, планерний, парапланерний, дельтопланерний спорт, літаковий спорт, альпінізм, спелеологія, скелелазання, фристайл, стрибки на лижах з трампліну, катання на лижах на непристосованих трасах, мотоспорт, автоспорт (крім картів з об'ємом двигуна до 1000 куб. см.), маунтенбайк, скейтбординг, роллерспорт, стрибки у воду.

1.2.7. **Період виключення** – проміжок часу між датою набрання чинності договором страхування та початком настання відповідальності Страховика (початком дії страхового захисту) за таким договором страхування. Період виключення вказується у договорі страхування та не може перевищувати 6 (шести) місяців, якщо інше не передбачено договором страхування. Будь-які події, що сталися протягом періоду виключення, не вважаються страховими випадками, та страхові виплати у разі настання таких подій Страховиком не здійснюються.

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

1.2.9. **Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами договору страхування.

1.2.10. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство “Страхова компанія “Кардіф”.

1.2.11. **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування.

1.3. У випадку, коли Страхувальник уклав договір страхування відносно себе, або у випадку, коли в договорі страхування окремо не зазначена Застрахована особа, Страхувальник одночасно вважається Застрахованою особою.

1.4. Страхувальники можуть укласти із Страховиком договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

3.2. Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання договору страхування.

3.3. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, договору страхування у цілому.

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

3.5. Якщо договір страхування укладається відносно Застрахованої особи, яка є позичальником за кредитним договором, страхова виплата згідно з умовами договору страхування може здійснюватися по одному із зазначених варіантів:

3.5.1. Одноразово у розмірі непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання страхового випадку, але не більше непогашеного залишку заборгованості на дату страхової виплати, якщо інше не передбачено договором страхування.

Якщо інше не передбачено договором страхування, то непогашений залишок заборгованості означає:

- залишок основної суми кредиту (“тіла” кредиту);

- нараховані відсотки за користування кредитом не більше ніж за перші 2 місяці з дати, коли позичальник припинив сплачувати платежі за кредитним договором до дати настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування;

3.5.2. У вигляді періодичних виплат, розмір яких визначається у договорі страхування.

Розмір періодичних виплат за договором страхування дорівнює розміру періодичних внесків по основній сумі кредиту та відсоткам за користування кредитом відповідно до умов кредитного договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

Загальний розмір періодичних виплат за договором страхування не може перевищувати розмір непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

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

4.2. **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

4.3. Згідно з умовами цих Правил страховими ризиками є наступні події:

4.3.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

4.3.2. Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок нещасного випадку;

4.3.3. Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи) внаслідок нещасного випадку;

4.3.4. Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи) внаслідок нещасного випадку;

4.3.5. Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

4.3.6. Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

4.4. Події, вказані в підпунктах 4.3.1 - 4.3.5 пункту 4.3 визнаються страховими випадками, якщо вони відбулися під час дії договору страхування (з урахуванням положень щодо періоду виключення), підтверджені документами, вказаними в пункті 10.1 цих Правил, та настали внаслідок нещасного випадку, за виключенням випадків, передбачених в розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.5. Подія, вказана в підпункті 4.3.6 пункту 4.3, визнається страховим випадком, якщо вона відбулася під час дії договору страхування (з урахуванням положень щодо періоду виключення), відповідає визначенню, передбаченому пунктом 4.7 цих Правил, підтверджена документами, вказаними в пункті 10.1 цих Правил, та настала внаслідок нещасного

випадку, за виключенням випадків, передбачених в розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.6. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і яка призвела до отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та функціональних розладів здоров'я, настання непрацездатності або смерті.

4.7. Госпіталізація – це безперервне перебування в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні) не менш ніж 7 (сім) календарних днів, якщо інший строк не встановлений в договорі страхування.

4.7.1. Якщо протягом строку дії договору страхування, повторна госпіталізація з тієї самої причини відбувається протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дня виписки зі стаціонару лікарні, то це вважається одним страховим випадком, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.7.2. Строк перебування на госпіталізації, по одному страховому випадку, що приймається для розрахунку страхових виплат, не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.7.3. Загальний строк перебування на госпіталізації, протягом дії договору страхування, що приймається для розрахунку страхових виплат, не може перевищувати 180 (сто вісімдесят) календарних днів, якщо інше не передбачено договором страхування. Строк перебування на госпіталізації визначається згідно з датами реєстрації прибуття та виписки з лікарні (стаціонару).

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. До страхових випадків не відносяться події, перелічені нижче, а також події, прямою або опосередкованою причиною настання яких було будь-що з переліченого нижче:

5.1.1. Скоєння Застрахованою особою протиправних дій;

5.1.2. Самогубство або замах на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.1.3. Навмисне спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

5.1.4. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, що не має дійсного посвідчення водія відповідної категорії;

5.1.5. Грубе порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

5.1.6. Психічний або нервовий розлад або будь-який стан психічно-невропатичного походження;

- 5.1.7. Незаконні хірургічні операції;
- 5.1.8. Споживання алкоголю або прийом наркотичних чи психотропних речовин або їх аналогів, за винятком тих, що приймалися за призначенням або під наглядом кваліфікованого медичного працівника;
- 5.1.9. Робота або тренування в якості професійного спортсмена;
- 5.1.10. Робота в якості аквалангіста, шахтаря, верхолаза, виконавця трюків або у виробництві з використанням вибухових речовин при виконанні ними службових обов'язків;
- 5.1.11. Служба в армії, або участь у військових операціях;
- 5.1.12. Авіаполіт (за винятком польоту в якості пасажирів за плату літаком, що здійснює пасажирські авіаперевезення, належно допущеним до виконання польоту);
- 5.1.13. Зайняття небезпечними видами спорту або небезпечними видами діяльності;
- 5.1.14. Дія радіоактивного забруднення внаслідок використання ядерного пального або його складової тощо;
- 5.1.15. Радіоактивні, токсичні, вибухові або інші небезпечні якості будь-якої вибухової ядерної установки;
- 5.1.16. Будь-який стан, що прямо або опосередковано пов'язаний із Синдромом набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ);
- 5.1.17. Дія обставин форс-мажору (стихійні лиха, громадські заворушення, революція, заколот, повстання, страйк, путч, терористичний акт, військові дії будь-якого роду, надзвичайний стан, оголошений органами влади, війна або будь-яка подія, викликана війною (оголошеною або неоголошеною)).
- 5.2. У разі страхування на випадок події, зазначеної у підпункті 4.3.6 пункту 4.3 цих Правил, додатково до пункту 5.1 цих Правил не відноситься до страхових випадків:
 - 5.2.1. Госпіталізація, яка відбулась протягом першого місяця дії договору страхування, якщо інший строк не встановлений договором страхування;
 - 5.2.2. Госпіталізація на строк менше 7 (семи) календарних днів, якщо інший строк не встановлений договором страхування;
 - 5.2.3. Госпіталізація з метою здійснення будь-яких медичних маніпуляцій, хірургічних втручань, проведених без ліцензії на провадження діяльності з медичної практики;
 - 5.2.4. Госпіталізація з метою проведення стерилізації, штучного запліднення, діагностування та лікування безпліддя.
- 5.3. Якщо інше не буде узгоджено при укладанні договору страхування або передбачено його умовами, не можуть бути Застрахованими наступні особи:
 - 5.3.1. Які знаходяться на стаціонарному лікуванні;
 - 5.3.2. ВІЛ – інфіковані, хворі на СНІД;

5.3.3. Визнані недієздатними у порядку, визначеному чинним законодавством;

5.3.4. Які є онкологічно хворими;

5.3.5. Інваліди I, II, III груп;

5.3.6. Які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, під наглядом у фтизіатра.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається на строк 1 (один) рік, якщо інше не зазначено у договорі страхування.

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

6.3. Договором страхування можуть бути передбачені страхові періоди, кожен з яких починає свою дію з моменту сплати чергового страхового платежу.

6.4. Дія договору страхування припиняється о 24 годині доби, що визначена як дата його закінчення, якщо інше не зазначено в договорі страхування.

6.5. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено договором страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

7.2. Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

7.3. При укладанні договору страхування Страховик має право вимагати від Страхувальника надання таких документів:

1) копії паспорту громадянина України та ідентифікаційного номеру Страхувальника та Застрахованої особи;

2) медичні довідки, виписку з історії хвороби та інші медичні документи щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

3) інші документи, необхідні для оцінки страхового ризику та укладання договору страхування, стосовно Застрахованої особи та Страхувальника, на вимогу Страховика.

7.4. У разі ненадання Страхувальником (Застрахованою особою) вищезазначених документів на вимогу Страховика, останній має право відмовити в укладанні договору страхування.

Страховик залишає за собою право перевірити достовірність наданих Страхувальником (Застрахованою особою) даних. У разі встановлення того, що інформація, надана про Страхувальника або Застраховану особу, є недостовірною, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні договору страхування.

7.5. У випадку страхування групи осіб до договору страхування додається список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною договору страхування.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страховик зобов'язаний:

- 1) ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
- 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;
- 3) при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом;
- 4) відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування;
- 5) за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести відповідні зміни до договору страхування (переукласти з ним договір страхування);
- 6) не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8.2. Страховик має право:

- 1) перевіряти подану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію, а також контролювати виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог та умов договору страхування;
- 2) робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють необхідною інформацією про виконання умов договору страхування та обставини страхового випадку. Страховик також має право самостійно з'ясувати такі відомості;
- 3) вимагати внесення змін до договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ступеню страхового ризику, якщо йому стало відомо або він був повідомлений Страхувальником про обставини, що призводять до збільшення ступеню страхового ризику. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ступеню страхового ризику, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування;
- 4) у випадку подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей або неповної інформації про предмет договору страхування, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування або відмовити у страховій виплаті, якщо це передбачено договором страхування;

5) при укладанні договору страхування вимагати результати медичного обстеження особи, стосовно якої укладається договір страхування, та за його результатами приймати рішення щодо можливості укладання договору страхування;

6) відмовити в укладанні договору страхування згідно з п. 7.4 цих Правил та в інших випадках, якщо це не суперечить Закону;

7) відстрочити, якщо це передбачено договором страхування, прийняття рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати, якщо за фактом смерті Застрахованої особи порушено кримінальну справу, до закінчення її розгляду (винесення вироку або закриття справи), а також, якщо у Страховика є підстави для сумнівів в правомірності одержання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) страхової виплати - до закінчення розслідування страхового випадку Страховиком та отримання відповідей на запити від компетентних органів, але на строк не більше, ніж 6 (шість) місяців;

8) ініціювати внесення змін до договору страхування або достроково припинити дію договору страхування відповідно до умов договору страхування та законодавства України;

9) відмовити у страховій виплаті з підстав, передбачених Законом.

8.3. Страхувальник зобов'язаний, якщо це передбачено договором страхування:

1) при укладанні договору страхування правдиво та повно відповісти на всі питання Страховика та надалі невідкладно інформувати про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та про будь-яку зміну ступеню страхового ризику;

2) своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та строки, визначені договором страхування;

3) при укладанні договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

4) при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування;

5) вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

6) повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування;

7) дотримуватися умов договору страхування;

8) надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні договору страхування, а також, при необхідності, надати Страховику можливість проведення медичного обстеження Застрахованої особи;

- 9) інформувати Страховика про зміни місця проживання/ місцезнаходження, роботи та банківських реквізитів Страхувальника і Застрахованої особи;
- 10) надавати документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, в обсязі і строки, передбачені договором страхування;
- 11) не розголошувати відомостей, що становлять комерційну таємницю Страховика та стали відомі Страхувальнику при укладанні договору страхування;
- 12) забезпечити надійне зберігання документів, наданих Страховиком.

8.4. Страхувальник має право:

- 1) ініціювати внесення змін до договору страхування;
- 2) достроково припинити договір страхування відповідно до умов договору страхування та законодавства України;
- 3) оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати.

8.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки і права Страховика та Страхувальника, що не суперечать Закону.

8.6. У разі смерті Страхувальника, який уклав договір особистого страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих.

8.7. Якщо Страхувальник - юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника.

8.8. У разі визнання судом Страхувальника-фізичну особу недієздатною, його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна. У разі визнання судом Страхувальника - фізичної особи обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Якщо інше не передбачено договором страхування, то при настанні страхового випадку Страхувальник повинен повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня настання страхового випадку способом, зазначеним в договорі страхування.

9.2. Письмова заява про страховий випадок направляється Страховику Страхувальником (Застрахованою особою) або, залежно від характеру страхового випадку, представником, родичем, спадкоємцем чи Вигодонабувачем за формою, що встановлена Страховиком або, якщо такої форми не встановлено, у довільній формі в строк, зазначений в п. 9.1. цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

9.3. У разі виникнення поважних причин, за якими Страхувальник (Застрахована особа) або, залежно від характеру страхового випадку, представник, родич, спадкоємець чи Вигодонабувач не повідомили

Страховика про настання страхового випадку у строк, передбачений цими Правилами, та за умови надання обґрунтованих пояснень з боку Страхувальника (Застрахованої особи) або, залежно від характеру страхового випадку, представника, родича, спадкоємця чи Вигодонабувача, Страховик може прийняти письмове повідомлення про страховий випадок протягом 6 (шести) місяців з дня настання страхового випадку.

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

10.1. Для здійснення страхової виплати в залежності від характеру страхового випадку вимагається подання таких документів:

- повністю заповненої заяви про страхову виплату;
- документу, що посвідчує особу Вигодонабувача або іншої особи, що має право на отримання страхової виплати відповідно до договору страхування;
- оригіналу договору страхування;
- оригіналу свідоцтва про смерть або нотаріально засвідченої копії;
- довідки про причину смерті;
- копії листка непрацездатності або довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих та дітей), підписаної відповідальною особою та завіреної печаткою медичного закладу;
- довідки МСЕК про встановлення I, або II, або III групи інвалідності;
- документів, що свідчать про результати розслідування причин настання страхового випадку (протоколи, постанови, рішення, акти, складені відповідно до вимог законодавства України (країни тимчасового перебування) при проведенні розслідування настання страхового випадку компетентними органами);
- довідка про наявність/відсутність у Застрахованої особи сп'яніння будь-якого виду під час керування транспортним засобом та інших дій, залежно від характеру страхового випадку;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір витрат та є необхідними для здійснення страхової виплати, відмінних від зазначених вище, що надаються виключно за вимогою Страховика, якщо це передбачено договором страхування.

10.2. У випадку, якщо Застрахована особа пропала безвісти за обставин, що загрожували їй смертю або дають підставу припускати її загибель від певного нещасного випадку, страхова виплата здійснюється Страховиком тільки у разі наявності рішення суду щодо цієї особи, за яким Застраховану особу оголошено померлою внаслідок настання нещасного випадку в порядку, встановленому законодавством України.

10.3. Заява про страхову виплату подається за адресою, зазначеною Страховиком в договорі страхування разом з документами, що підтверджують настання страхового випадку відповідно до п.10.1 цих Правил.

10.4. Будь-які витрати на отримання документів, перелік яких наведено у п. 10.1 цих Правил, несе Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємці).

10.5. При настанні страхового випадку за кордоном, всі вищезазначені документи надаються з офіційним перекладом на державну мову, а також мають бути нотаріально посвідчені та/або легалізовані (апостильовані).

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страхова виплата здійснюється згідно з договором страхування на підставі письмової заяви про страхову виплату Страхувальника та/або осіб, які мають право на отримання страхової виплати згідно з договором страхування та страхового акту.

11.2. У разі смерті Застрахованої особи або встановлення I групи інвалідності – страхова виплата здійснюється у розмірі 100% страхової суми, якщо інший розмір не передбачений договором страхування.

11.3. У разі встановлення II групи інвалідності страхова виплата здійснюється у розмірі 70% страхової суми, якщо інший розмір не передбачений договором страхування.

11.4. У разі встановлення III групи інвалідності страхова виплата здійснюється в розмірі 30% страхової суми, якщо інший розмір не передбачений договором страхування.

11.5. У разі тимчасової непрацездатності або госпіталізації Застрахованої особи страхова виплата здійснюється у фіксованому розмірі або у відсотку від страхової суми за кожен день непрацездатності або госпіталізації, починаючи з 7 (сьомого) календарного дня, якщо інший строк не передбачений договором страхування. Конкретна сума страхової виплати або відсоток від страхової суми за кожен день тимчасової непрацездатності або госпіталізації визначається у договорі страхування

11.5.1. Якщо строк перебування Застрахованої особи на госпіталізації по одному страховому випадку, протягом дії договору страхування, перевищує 90 (дев'яносто) календарних днів, страхова виплата здійснюється виключно за перші 90 (дев'яносто) календарних днів, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.5.2. Якщо загальний строк перебування на госпіталізації, протягом дії договору страхування, перевищує 180 (сто вісімдесят) календарних днів, страхова виплата здійснюється виключно за 180 (сто вісімдесят) календарних днів.

11.6. Якщо договір страхування укладається із Страхувальником, який є позичальником за кредитним договором, страхова виплата може здійснюватися:

11.6.1. Одноразово у розмірі непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання

страхового випадку, але не більше непогашеного залишку заборгованості на дату страхової виплати, якщо інше не передбачено договором страхування.

Непогашений залишок заборгованості означає:

- залишок основної суми кредиту (“тіла” кредиту);
- нараховані відсотки за користування кредитом не більш, ніж за перші 2 місяці з дати, коли позичальник припинив сплачувати платежі за кредитним договором до дати настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.6.2. У вигляді періодичних виплат, розмір яких визначається у договорі страхування.

Розмір періодичних виплат за договором страхування дорівнює розміру періодичних внесків по основній сумі кредиту та відсоткам за користування кредитом відповідно до умов кредитного договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

Загальний розмір періодичних виплат не може перевищувати розмір непогашеного залишку заборгованості Застрахованої особи за кредитним договором станом на дату настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.7. Загальний розмір страхових виплат за договором страхування не може перевищувати страхову суму щодо конкретного страхового випадку, групи страхових випадків або договору страхування в цілому.

11.8. Якщо на дату прийняття Страховиком рішення про страхову виплату страховий платіж був сплачений не повністю (у випадку його сплати частинами), Страховик має право вирахувати із страхової виплати несплачену частину страхового платежу або визначити розмір страхової виплати пропорційно до розміру фактично сплаченого страхового платежу, якщо це передбачено договором страхування.

11.9. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня отримання всіх документів, передбачених п. 10.1 цих Правил.

11.10. Якщо Страховик не завершив вивчення документів протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів з дня отримання ним всіх необхідних документів, він зобов'язаний письмово повідомити Страхувальника та іншу особу, що має право на отримання страхової виплати про причини затримки.

11.11. У разі прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати, страхова виплата здійснюється відповідно до умов страхування Застрахованій особі (Вигодонабувачу або іншій особі, що визначена умовами страхування) протягом 10 (десяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

- 1) навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 2) вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 3) подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- 4) несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою або Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 5) випадки, зазначені у розділі 5 “Виключення із страхових випадків та обмеження страхування” цих Правил, якщо це передбачено умовами договору страхування;
- 6) інші випадки, передбачені законом.

12.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у здійсненні страхових виплат.

12.3. Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати протягом 45 (сорока п'яти) календарних днів після отримання всіх документів, передбачених п. 10.1 цих Правил, та повідомляє про прийняте рішення Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача або іншу особу, яка має право на отримання страхової виплати), у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту прийняття такого рішення Страховиком.

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

13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку його дії;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

3) несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором страхування строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;

4) ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України “Про страхування”;

5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

7) в інших випадках, передбачених законодавством України.

13.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Дія договору особистого страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

13.3. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (їх частин), що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

13.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (їх частин), що були здійснені за цим договором страхування.

13.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення договору страхування.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Спори, що виникають з договору страхування, вирішуються шляхом переговорів.

14.2. Якщо сторони договору страхування шляхом переговорів не дійшли згоди, то вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому законодавством України.

15. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

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

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

15.3. Розмір страхового платежу визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхових тарифів, що наведені у Додатку № 1 до цих Правил, на умовах та у порядку, передбаченому договором страхування.

15.4. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов договору страхування.

15.5. Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика (агента Страховика) або шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика.

15.6. Конкретний розмір страхового тарифу та страхового платежу визначається у договорі страхування.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Усі заяви та повідомлення, передбачені умовами договору страхування, повинні здійснюватися Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, іншими особами, що мають право на отримання страхових виплат) у письмовій формі.

16.2. Зміни та доповнення до договору страхування можуть бути внесені виключно за взаємною згодою сторін договору страхування шляхом укладання додаткової письмової угоди до договору страхування.

16.3. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом, повинні бути передбачені договором страхування.

Страхові тарифи


1. Норматив витрат на ведення справи становить 40%.
2. При укладенні договорів страхування застосовуються базові річні страхові тарифи (у % від страхової суми), які наведені в Таблиці 1.

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи

Страховий випадок	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,28
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок нещасного випадку	0,015
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи) внаслідок нещасного випадку	0,083
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи) внаслідок нещасного випадку	0,116
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,12
Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,12

3. В залежності від стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення), статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, способу життя, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, можливих обмежень страхування, та інших умов, визначених договором страхування, а також у залежності від інших об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику, остаточний розмір страхового тарифу розраховується з використанням підвищувальних (від 1,0 до 10,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,1) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на вищевказані базові страхові тарифи.

Актуарій


(підпис)

/О.М. Соловейко/
(Диплом №03-001 від 18.12.2008)

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Генеральний директор

Приватного акціонерного товариства

«Страхова компанія «Кардіф»



Романенко О.О.

04 листопада 2014 року

Зміни № 1

до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція)» від 01.09.2010 р. (реєстраційний номер 0210557 від 25.10.2010 р.) (надалі – Правила)

Внести наступні зміни до Правил:

1. Доповнити пункт 4.3 Правил підпунктом 4.3.7 в наступній редакції:

«4.3.7. Травматичне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що вимагає консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування. При цьому під травматичними ушкодженнями розуміються наступні травматичні ушкодження, що прямо передбачені договором страхування з наступного переліку:

- 1) ушкодження головного мозку;
- 2) вивих суглобу (за умови накладання ортопедичної фіксуючої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено);
- 3) розтягнення зв'язок другого та третього ступеню тяжкості;
- 4) хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню;
- 5) перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг. При цьому у договорі страхування може бути передбачено конкретний перелік кісток плеча, рук та ніг;
- 6) інші травматичні ушкодження, прямо передбачені в договорі страхування».

2. Доповнити пункт 4.3 Правил підпунктом 4.3.8 в наступній редакції:

«4.3.8. Травматичне ушкодження Застрахованої особи та/або інший розлад здоров'я Застрахованої особи згідно з таблицею виплат, наведеною з Додатку № 2 до цих Правил, внаслідок нещасного випадку, що вимагає консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування».

3. Доповнити пункт 4.3 Правил підпунктом 4.3.9 в наступній редакції:

«4.3.9. Госпіталізація Застрахованої особи у невідкладному стані внаслідок нещасного випадку за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на спеціалізованому санітарному транспорті, що підтверджено документально».

4. Доповнити пункт 4.3 Правил підпунктом 4.3.10 в наступній редакції:

«4.3.10. Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку при травматичному ушкодженні. При цьому під травматичними ушкодженнями розуміються наступні травматичні ушкодження, що прямо передбачені договором страхування з наступного переліку:

- 1) ушкодження головного мозку;
- 2) вивих суглобу (за умови накладання ортопедичної фіксуючої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено);
- 3) розтягнення зв'язок другого та третього ступеню тяжкості;

- 4) хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню;
- 5) перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг. При цьому у договорі страхування може бути передбачено конкретний перелік кісток плеча, рук та ніг;
- 6) інші травматичні ушкодження, прямо передбачені в договорі страхування».

5. В пункті 4.4 Правил вираз «в підпунктах 4.3.1-4.3.5» змінити на вираз «в підпунктах 4.3.1-4.3.10».

6. Доповнити пункт 4.6 Правил підпунктом 4.6.1 в наступній редакції:

«4.6.1. Якщо інше не передбачено договором страхування, класифікація травматичних ушкоджень та інших функціональних розладів здоров'я, що передбачені п. 4.3 Правил, здійснюється за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ), яка є чинною на момент настання страхового випадку».

7. Пункт 4.7 Правил викласти в наступній редакції:

«4.7. **Госпіталізація** – це безперервне перебування в стаціонарі лікарні (на стаціонарному лікуванні, включаючи, якщо це передбачено умовами договору страхування, перебування на денному стаціонарі) не менше 7 (семи) календарних днів поспіль, якщо інший строк не встановлений в договорі страхування».

8. Доповнити розділ 4 Правил пунктом 4.8 в наступній редакції:

«4.8. Якщо це передбачено умовами договору страхування, то Страховик відшкодовує витрати, що понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків. Договором страхування, що укладається на підставі цих Правил, може бути також передбачено відшкодування інших витрат, що пов'язані з настанням страхового випадку. Перелік таких витрат та умови їх відшкодування обов'язково визначаються у такому договорі страхування за згодою сторін договору страхування».

9. Підпункт 5.1.1 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.1. Скоєння Застрахованою особою протиправних дій або участь в них».

10. Підпункт 5.1.2 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.2. Самогубство (спроба самогубства), що сталося протягом дії договору страхування, якщо інший строк не передбачений договором страхування, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб».

11. Підпункт 5.1.3 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.3. Навмисне спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, в тому числі внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану».

12. Підпункт 5.1.4 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.4. Керування будь-яким транспортним засобом без дійсного посвідчення водія (свідоцтва) відповідної категорії; керування будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння».

13. Підпункт 5.1.17 пункту 5.1 Правил викласти в наступній редакції:

«5.1.17. Стихійні лиха, громадські заворушення, революція, заколот, повстання, страйк, путч, терористичний акт або будь-які дії терористів, військові дії будь-якого роду, надзвичайний стан, оголошений органами влади, війна або будь-яка подія, викликана війною (оголошеною або неоголошеною)».

14. Доповнити пункт 5.1 Правил підпунктами 5.1.18 – 5.1.20 в наступній редакції:

«5.1.18. Вроджені вади, спадкові вади;

5.1.19. Будь-які косметичні процедури чи операції, пластичні операції, крім таких, що необхідні для подолання наслідків нещасного випадку;

5.1.20. Нещасні випадки, переломи чи госпіталізація, що мали місце до початку дії договору страхування».

15. В пункті 5.2 Правил вираз «у підпункті 4.3.6» змінити на вираз «у підпунктах 4.3.6, 4.3.9».

16. Доповнити пункт 5.2 Правил підпунктами 5.2.5 – 5.2.8 в наступній редакції:

«5.2.5. Госпіталізація, що пов'язана з вагітністю або пологами (в тому числі передчасними), декретним періодом, доглядом за дитиною;

5.2.6. Вроджені вади, спадкові вади, травматичні ушкодження, переломи або інший функціональний розлад здоров'я внаслідок патологічних станів чи процесів;

5.2.7. Госпіталізація, що пов'язана зі спробою самогубства; травматичні ушкодження, переломи або інший функціональний розлад здоров'я, що пов'язані зі спробою самогубства;

5.2.8. Повторна госпіталізація – госпіталізація Застрахованої особи, яка відбулась з тієї самої причини, що і попередня госпіталізація (незалежно від дати та строку попередньої госпіталізації), якщо інше не передбачено умовами договору страхування».

17. Доповнити розділ 5 Правил пунктами 5.4 – 5.7 в наступній редакції:

«5.4. Умовами договору страхування може бути передбачено страхування на випадок настання нещасного випадку внаслідок деяких подій, передбачених пунктами 5.1 – 5.3 цих Правил, за умови сплати додаткового страхового платежу.

5.5. Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик не несе відповідальності за несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії договору страхування.

5.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші випадки звільнення Страховика від обов'язку щодо здійснення страхової виплати та інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать закону України.

5.7. Будь-яке з виключень чи обмежень, що передбачені у пунктах 5.1 – 5.6 цих Правил, може бути зняте при укладанні договору страхування за згодою сторін по договору страхування».

18. Доповнити розділ 10 Правил пунктом 10.6 в наступній редакції:

«10.6. У відношенні до кожного страхового випадку по договору страхування за згодою сторін може бути передбачена заміна переліку всіх або частини документів, що підтверджують настання страхового випадку (пункт 10.1 цих Правил). Страховик має право звільнити Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) від обов'язку надавати частину документів із вищезазначеного переліку документів чи зобов'язати надати інші документи, що не передбачені переліком пункту 10.1 цих Правил, якщо це передбачено договором страхування».

19. Доповнити пункт 11.1 Правил підпунктом 11.1.1 в наступній редакції:

«11.1.1. Розмір страхової виплати визначається в порядку, передбаченому в договорі страхування, згідно з одним із наступних варіантів залежно від умов страхування:

- у відсотку від страхової суми за договором страхування з урахуванням умов пунктів 11.2 – 11.5, 11.7 Правил;

- у фіксованому розмірі або у вигляді періодичних виплат, що передбачені у договорі страхування по факту настання страхового випадку, з урахуванням умов пунктів 11.5 – 11.6 Правил;

- відповідно до інших умов, викладених у договорі страхування».

20. Пункт 11.7 Правил викласти в наступній редакції:

«11.7. При настанні страхових випадків, передбачених підпунктом 4.3.7 Правил та підпунктом 4.3.10 Правил, страхова виплата може проводитись згідно розмірів, що визначені у таблиці виплат, яка наведена в Додатку № 3 до цих Правил, або умов, наведених у договорі страхування.

11.7.1. При настанні страхового випадку, передбаченого підпунктом 4.3.8 Правил, страхова виплата проводиться згідно розмірів, що визначені у таблиці виплат, яка наведена в Додатку № 2 до цих Правил, або умов, наведених у договорі страхування».

21. Доповнити розділ 11 Правил пунктами 11.12 – 11.13 в наступній редакції:

«11.12. Загальний розмір страхових виплат за договором страхування не може перевищувати страхову суму щодо конкретного страхового випадку, групи страхових випадків або договору страхування в цілому.

11.13. В залежності від умов страхування та/або потреб Страхувальника (Застрахованої особи) договором страхування можуть бути передбачені також інші умови щодо порядку та умов здійснення страхової виплати, що не суперечать вимогам закону України».

22. Доповнити розділ 16 Правил пунктами 16.4 – 16.8 в наступній редакції:

«16.4. Договором страхування по страховим випадкам, передбаченим підпунктами 4.3.1 – 4.3.4 Правил, може бути передбачено розширений період для повідомлення про настання страхового випадку. При цьому, якщо інше не передбачено умовами договору страхування, такий розширений період:

16.4.1. надається виключно за умови, якщо подія, яка призвела до настання страхового випадку, мала місце під час дії договору страхування;

16.4.2. не може перевищувати 6 (шести) календарних місяців з дати закінчення дії договору страхування, якщо інший строк не встановлений договором страхування;

16.4.3. не застосовується та не діє при достроковому припиненні договору страхування.

16.5. У кожний договір страхування відповідно до умов статті 16 Закону України «Про страхування» та виключно за взаємною згодою сторін можуть бути включені інші умови страхування, якщо ці умови не суперечать закону України та цим Правилам.

16.6. Страховик може розробити у відповідності з цими Правилами програми страхування, у тому числі із страховими тарифами в межах страхових тарифів, зазначених в Додатку № 1 до цих Правил.

16.7. Умови, що не врегульовані цими Правилами, регулюються договором страхування та законом України.

16.8. У випадку, якщо договір страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, то пріоритетну силу мають положення договору страхування».

23. Викласти Додаток № 1 до Правил в редакції, що наведена у Додатку № 1 до цих змін № 1 до Правил.

24. Доповнити Правила Додатком № 2, який викласти в редакції, що наведена у Додатку № 2 до цих змін № 1 до Правил.

25. Доповнити Правила Додатком № 3, який викласти в редакції, що наведена у Додатку № 3 до цих змін № 1 до Правил.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Розмір страхового тарифу залежить від умов страхування та інших додаткових істотних факторів, визначених у кожному конкретному договорі страхування.
2. Базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню від нещасних випадків наведені у таблиці № 1:

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи

Страховий випадок	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,497
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок нещасного випадку	0,103
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи) внаслідок нещасного випадку	0,568
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи) внаслідок нещасного випадку	0,795
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	6,733
Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,905
Травматичне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що вимагає консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування. При цьому під травматичними ушкодженнями розуміються наступні травматичні ушкодження, що прямо передбачені договором страхування з наступного переліку:	
1) Ушкодження головного мозку	2,329
2) Вивих суглобу (за умови накладання ортопедичної фіксуєчої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено)	1,079
3) Розтягнення зв'язок другого та третього ступеню тяжкості	1,079
4) Хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню	0,668
5) Перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг. При цьому у договорі страхування може бути передбачено конкретний перелік кісток плеча, рук та ніг	3,767
6) Інші травматичні ушкодження, прямо передбачені в договорі страхування	1,079 (за кожне)
Травматичне ушкодження Застрахованої особи та/або інший розлад здоров'я Застрахованої особи згідно з таблицею виплат, наведеною в Додатку № 2 до цих Правил, внаслідок нещасного випадку, що вимагає консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування	1,206
Госпіталізація Застрахованої особи у невідкладному стані внаслідок нещасного випадку за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на спеціалізованому санітарному транспорті, що підтверджено документально	0,938

Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку при травматичному ушкодженні. При цьому під травматичними ушкодженнями розуміються наступні травматичні ушкодження, що прямо передбачені договором страхування з наступного переліку:	
1) Ушкодження головного мозку	2,329
2) Вивих суглобу (за умови накладання ортопедичної фіксуєючої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено)	1,079
3) Розтягнення зв'язок другого та третього ступеню тяжкості	1,079
4) Хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню	0,668
5) Перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг. При цьому у договорі страхування може бути передбачено конкретний перелік кісток плеча, рук та ніг	3,767
6) Інші травматичні ушкодження, прямо передбачені в договорі страхування	1,079 (за кожне)

2.1. В залежності від віку Застрахованої особи до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт K1 (таблиця 2):

Таблиця 2.

Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту K1

Вік Застрахованої особи, роки	Коригуючий коефіцієнт K1
Для осіб віком до 3 років	2,0-7,0
Для осіб віком від 3 до 16 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 17 до 65 років включно	1,0
Для осіб віком від 66 до 75 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 76 років	2,0-7,0

2.2. В залежності від строку дії договору страхування до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт K2 (таблиця 3):

Таблиця 3.

Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту K2

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коригуючий коефіцієнт K2, %	0,3	0,4	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95

3. В залежності від конкретних умов договору страхування, стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення) або визначеного у відповідній декларації про стан здоров'я, статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, способу життя, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, можливих обмежень страхування та інших суттєвих в кожному конкретному випадку факторів, до базових річних страхових тарифів, які зазначені у таблиці 1 цього Додатку, можуть застосовуватись інші коригуючі коефіцієнти від 0,01 до 10,0 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін по договору страхування.

5. Норматив витрат на ведення справи становить 40%.

5.1. Вказаний розмір нормативу витрат на ведення справи використовується при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону для розрахунків відповідних сум при поверненні Страховиком страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії договору страхування.

5.2. Для визначення відповідних сум при поверненні Страховиком страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, Страховик, для визначення по кожному договору страхування суми страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, може використовувати наступні методи розрахунку:

5.2.1. I метод. Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від фактичної кількості днів дії договору страхування:

$$P = S - (S / n \times k), \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування в днях;

k – фактична кількість днів дії договору страхування.

5.2.2. II метод. Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від місяця, в якому достроково припиняється дія договору страхування:

$$P = (S - S_p) \times (n - k) / n \times K3, \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

S_p – зароблений страховий платіж на дату початку дії договору страхування, розмір якого визначається згідно вимог закону щодо порядку формування величини резервів незароблених премій (резерву премій);

n – строк дії договору страхування в місяцях;

k – фактична кількість місяців дії договору страхування (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний);

K3 – коригуючий коефіцієнт, що визначає сталий еквівалент змінного профілю ризику. Коефіцієнт K3 може набувати значення з проміжку від 0,5 до 1,0.

5.3. Для розрахунку суми, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону, використовується наступна методика розрахунку:

$$R_p = P - C - V, \text{ де:}$$

R_p – розрахована сума, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону;

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

V – сума фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за договором страхування;

C – сума витрат на ведення справи при достроковому припиненні дії договорів страхування, яка розраховується наступним чином:

$$C = S \times (n - k) / n \times N, \text{ де:}$$

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування в днях (місяцях);

k – фактична кількість днів (місяців) дії договору страхування (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний);

N – норматив витрат на ведення справи.

Таблиця страхових виплат при настанні страхового випадку,
вказаного у підпункті 4.3.8 пункту 4.3 Правил

№ статті	Найменування	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
1	2	3
Травми кісток черепа, нервової системи		
1.	Перелом кісток черепа: а) зовнішньої пластинки кісток склепіння; б) склепіння; в) основи; г) склепіння і основи.	 5 15 20 25
2.	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: а) епідуральна; б) субдуральна, внутрішньомозкова; в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова).	 10 15 20
3.	Ушкодження головного мозку: а) струс головного мозку при терміні стаціонарного лікування від 3 до 13 днів; б) струс головного мозку при терміні стаціонарного лікування 14 і більше днів; в) ушиб головного мозку і субарахноїдальний крововилив; г) невидалені сторонні тіла з порожнини черепа (крім шовного і пластичного матеріалу); г) розміжчування речовини головного мозку (без описання симптоматики). Примітки: 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. 2. У випадку, коли внаслідок однієї травми настануть ушкодження, перелічені в одній статті, страхова виплата здійснюється за одним з підпунктів, в якому враховане найтяжче ушкодження. При ушкодженнях, вказаних у різних статтях цього Додатку, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	 3 5 10 15 50

<p>4.</p>	<p>Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що призвело до:</p> <p>а) астеничного синдрому, дистонії, енцефалопатії у дітей віком до 16 років;</p> <p>б) арахноїдиту, енцефаліту, арахноенцефаліту;</p> <p>в) епілепсії;</p> <p>г) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки);</p> <p>г) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті);</p> <p>д) моноплегії (параліча однієї кінцівки);</p> <p>е) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, недоумства (деменції);</p> <p>є) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів.</p> <p><u>Примітки:</u></p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми нервової системи, вказаними в цій статті, проводиться за одним з підпунктів, який враховує найважчі наслідки травми, у випадку, коли вони встановлені лікувально-профілактичним закладом не раніше 3 (трьох) місяців від дня травми й підтверджені довідкою цього закладу. При цьому, страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати у зв'язку із страховими випадками, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума страхової виплати не може перевищувати 100% страхової суми.</p> <p>2. У випадку, коли Страхувальником подані довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, страхова виплата проводиться за статтями 1, 2, 3, 5, 6 цього Додатку і цієї статті шляхом підсумовування.</p> <p>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 цього Додатку шляхом підсумовування.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>30</p> <p>40</p> <p>60</p> <p>70</p> <p>100</p>
<p>5.</p>	<p>Периферичне ушкодження одного чи декількох черепно-мозкових нервів.</p> <p><u>Примітка:</u> якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється згідно із статтею 1 цього Додатку. Дана стаття при цьому не застосовується.</p>	<p>10</p>
<p>6.</p>	<p>Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт, без зазначення симптомів:</p> <p>а) струс спинного мозку;</p> <p>б) ушиб спинного мозку;</p> <p>в) здавлення спинного мозку, гематомієлія, поліомієліт;</p> <p>г) частковий розрив спинного мозку;</p> <p>д) повний розрив спинного мозку.</p> <p><u>Примітка:</u></p> <p>1. У тому випадку, коли страхова виплата була проведена згідно з підпунктами «а», «б», «в», «г» цієї статті а надалі виникли ускладнення, перелічені у ст.4 цього Додатку, що підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу, страхова виплата за ст.4 цього Додатку здійснюється додатково до виплаченого раніше.</p> <p>2. Якщо у зв'язку із травмою хребта і спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково виплачується 15% страхової суми одноразово.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>30</p> <p>50</p> <p>100</p>
<p>7.</p>	<p>Травматичні неврити на одній кінцівці (за винятком невритів</p>	<p>5</p>

	пальцевих нервів).	
8.	Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь: а) травматичний плексит сплетіння; б) частковий розрив сплетіння; в) повний розрив сплетіння; <u>Примітки:</u> 1. Статті 7 та 8 цього Додатку одночасно не застосовуються. 2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою не дають підстав для страхової виплати.	10 40 70
9.	Розрив нервів: а) гілок променевого, ліктьового або серединного (пальцевих нервів) на кисті руки; б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів; в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променевоzap'ястного суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів; г) одного: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового; г) двох і більше: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового. <u>Примітка:</u> ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи і кисті руки не дає підстав для страхової виплати.	5 10 20 25 40
Травми органів зору		
10.	Параліч акомодатії одного ока.	15
11.	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока), ушкодження м'язів очного яблука (травматична косоокість, птоз, диплопія)	15
12.	Звуження поля зору одного ока: а) неконцентричне; б) концентричне.	10 15
13.	Пульсуючий екзофтальм одного ока.	20
14.	Ушкодження ока, що не призвело до зниження гостроти зору: а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема; б) проникаюче поранення очного яблука, опіки I-III ступеню, гемофтальм. <u>Примітки:</u> 1. Опіки ока без зазначення ступеню, а також опіки ока I ступеню, що не призвели до паралогічних змін, не дають підстав для страхової виплати. 2. У випадку, коли узгодження, перелічені цій статті, призведуть до зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється відповідно до ст. 20 цього Додатку. Дана стаття при цьому не застосовується. Якщо у зв'язку з ушкодженням очного яблука проводилася страхова виплата згідно з цією статтею, а в подальшому травма призвела до зниження гостроти зору і це дає підставу для страхової виплати в більшому розмірі, то така виплата зменшується на раніше виплачену суму. 3. Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не дають підстав для страхової виплати.	3 5
15.	Ушкодження сльозопровідних шляхів одного ока: а) що не призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів; б) що призвели до порушення функції сльозопровідних шляхів.	5 10
16.	Наслідки травми ока:	

	<p>а) кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, хоріоретиніт; б) дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот віка, не видалені сторонні тіла в очному яблуці та на тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука та вік (крім шкіри).</p> <p>Примітки: 1. Якщо внаслідок однієї травми настане декілька патологічних змін, перелічених у цій статті, страхова виплата здійснюється з урахуванням найтяжчого наслідку одноразово. 2. У випадку, коли лікар-окуліст не раніше, ніж через три місяці після травми ока встановить, що мають місце патологічні зміни, що перелічені у статтях 10, 11, 12, 13, 15б, 16 цього Додатку і зниження гостроти зору, то страхова виплата проводиться з урахуванням всіх наслідків шляхом підсумовування, але не більше 50% за одне око.</p>	<p>5 10</p>
17.	Ушкодження ока (очей), що призвело до повної втрати зору єдиного ока або обох очей, що мали зір не нижче 0,01.	100
18.	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока.	10
19.	Перелом орбіти ока.	10
20.	<p>Зниження гостроти зору: а) до 50 % б) на 50 % і більше</p> <p>Примітки: 1. Рішення про страхову виплату у зв'язку із зниженням внаслідок травми гостроти зору та іншими наслідками приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 (трьох) місяців від дня травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) та інших наслідків перенесеної травми. В таких випадках попередньо може бути проведена страхова виплата з урахуванням факту травми за статтями 14, 15а, 19. 2. Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до одержання травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою ж, як неушкодженого. Проте, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче, ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0. 3. Якщо внаслідок травми були ушкоджені обидва ока та дані про гостроту зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що гострота зору дорівнювала 1,0. 4. У випадку, коли у зв'язку з після травматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталик або застосована коригуюча лінза, страхова виплата проводиться з урахуванням гостроти зору до операції.</p>	<p>10 30</p>
Травми органів слуху		
21.	<p>Ушкодження вушної раковини, що призвели до: а) перелому хряща; б) відсутності до 1/3 частини вушної раковини; в) відсутності 1/3 - 1/2 частини вушної раковини; г) відсутності більше 1/2 частини вушної раковини.</p> <p>Примітка: рішення про страхову виплату згідно з підпунктами «б», «в», «г» цієї статті приймається на підставі даних лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. Якщо страхова виплата проведена згідно з цією статтею, ст. 58 цього Додатку не застосовується.</p>	<p>3 5 10 30</p>
22.	<p>Ушкодження одного вуха, що призвело до зниження слуху: а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м;</p>	5

	<p>б) шепітна мова – до 1 м; в) цілковита глухота (розмовна мова - 0).</p> <p>Примітка: рішення про страхову виплату у зв'язку із зниженням слуху внаслідок травми приймається після закінчення лікування, але не раніше 3 (трьох) місяців від дня одержання травми. Після закінчення цього строку Застрахована особа направляється до лікаря-оториноларинголога для визначення наслідків перенесеної травми. В таких випадках попередньо може бути проведена страхова виплата з урахуванням факту травми відповідно до умов цієї статті та підпункту «а» статті 24 цього Додатку (якщо є підстави).</p>	<p>15 25</p>
23.	<p>Розрив однієї барабанної перепонки, що настав внаслідок травми і не призвів до зниження слуху.</p> <p>Примітки: 1. Якщо внаслідок травми стався розрив барабанної перепонки та настало зниження слуху, страхова виплата розраховується відповідно до ст. 22 цього Додатку. Дана стаття в такому випадку не застосовується.</p>	5
24.	<p>Ушкодження одного вуха, що призвело до після травматичного отиту: а) гострого гнійного отиту; б) хронічного отиту.</p> <p>Примітка: страхова виплата згідно з підпунктом «б» цієї статті проводиться у випадку, коли це ускладнення травми буде встановлене лікарем-оториноларингологом через три місяці після травми. Раніше цього строку страхова виплата з урахуванням факту травми проводиться за відповідною статтею цього Додатку.</p>	<p>3 5</p>
Травми органів дихальної системи		
25.	<p>Підвивих носової перегородки, перелом носового хряща, кісток носу, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, гратчастої кістки.</p> <p>Примітка: якщо у зв'язку з травмою хряща носу станеться його деформація і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу й результатами лікарського огляду, страхова виплата проводиться згідно із цією статтею та ст. 58 цього Додатку (якщо є підстави для застосування цієї статті) шляхом підсумовування.</p>	5
26.	<p>Ушкодження легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини: а) з однієї сторони; б) з обох сторін.</p> <p>Примітки: 1. Пневмонія, що розвинулась в період лікування травми або після оперативного втручання, проведеного з приводу травми (крім ушкодження грудної клітини та органів грудної порожнини) не дає підстав для страхової виплати. 2. Якщо переломи ребер, грудини призвели до ускладнень, передбачених у цій статті, страхова виплата за цією статтею здійснюється додатково до виплат, передбачених ст. 28, 29 цього Додатку.</p>	<p>5 10</p>
27.	<p>Ушкодження грудної клітки та її органів, що призвело до: а) легеневої недостатності (після 3 (трьох) місяців від дня травми); б) видалення долі, частини легені; в) видалення однієї легені.</p> <p>Примітка: при страховій виплаті згідно з підпунктами «б», «в» цієї статті, підпункт «а» цієї статті не застосовується.</p>	<p>10 40 60</p>
28.	Перелом грудини.	5
29.	Перелом ребер:	

	<p>а) одного ребра; б) кожного наступного ребра.</p> <p>Примітки: 1. При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата проводиться на загальних умовах. 2. Перелом хрящової частини ребра дає підставу для проведення страхової виплати. 3. Якщо в довідках, одержаних з різних лікувально-профілактичних закладів, буде вказана різна кількість пошкоджених ребер, страхова виплата проводиться з урахуванням більшого числа поламаних ребер.</p>	<p>5 3</p>
30.	<p>Проникаючі поранення грудної клітки, тораскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою: а) торакоскопія, торакоцентез, проникаючі поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакомії; торакомія: б) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини; в) при ушкодженні органів грудної порожнини; г) повторні торакомії (незалежно від їх кількості).</p> <p>Примітки: 1. Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітки та її органів було проведено видалення легені чи її частини, страхова виплата проводиться відповідно до ст. 27 цього Додатку, дана стаття в такому випадку не застосовується. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились тораскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата проводиться з урахуванням найскладнішого втручання одноразово.</p>	<p>5 10 15 10</p>
31.	<p>Ушкодження гортані, трахеї, щитовидного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не призвели до порушення функцій. Примітка: якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія) додатково виплачується 5% страхової суми.</p>	<p>5</p>
32.	<p>Ушкодження гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитовидного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що призвели до: а) осиплості або втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше ніж три місяці після травми; б) втрати голосу, ношення трахеостомічної трубки не менше , ніж шість місяців після травми.</p> <p>Примітка: страхова виплата згідно із цією статтею проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої у зв'язку з травмою згідно із ст.31 цього додатку. У випадку, коли Застрахована особа у своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції гортані або трахеї, необхідно одержати висновок спеціаліста по закінченні 3 (трьох) місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється згідно із ст. 31 цього Додатку.</p>	<p>10 20</p>
Травми серцево-судинної системи		
33.	<p>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не призвели до серцево-судинної недостатності.</p>	<p>25</p>
34.	<p>Ушкодження серця, його оболонок та великих магістральних судин, що призвели до серцево-судинної недостатності: а) I ступеня; б) II-III ступеня.</p> <p>Примітки: 1. До великих магістральних судин слід відносити: аорту, легеневу,</p>	<p>10 25</p>

	<p>безіменну, сонну артерію, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, які забезпечують кровообіг внутрішніх органів.</p> <p>2. Якщо в довідці лікувального закладу не вказаний ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата проводиться згідно із підпунктом «а» цієї статті.</p>	
35.	<p>Ушкодження великих периферичних судин, що не призвели до порушення кровообігу, на рівні:</p> <p>а) плеча, стегна; б) передпліччя, гомілки.</p>	<p>10 5</p>
36.	<p>Ушкодження великих периферичних судин, що призвели до судинної недостатності.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. До великих периферичних судин слід відносити: підключичні, підпахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, плечеголовні, підключичні, підпахвові, стегнові й підколінні вени.</p> <p>2. Якщо Застрахована особа в своїй заяві вказала, що травма призвела до порушення функції серцево-судинної системи, слід одержати висновок спеціаліста.</p> <p>3. Страхова виплата згідно із ст. 34 цього Додатку та цією статтею здійснюється додатково, якщо вказані в цих статтях ускладнення травми будуть встановлені у лікувально-профілактичних закладах по закінченні 3 (трьох) місяців після травми, та підтвержені довідкою цього закладу. Раніше цього строку виплата здійснюється згідно із ст. 33 та 35 цього Додатку.</p> <p>4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою встановлення судинного руслу, додатково виплачується 10% страхової суми.</p>	20
Травми органів травлення		
37.	<p>Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:</p> <p>а) перелом однієї кістки, вивих щелепи; б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. При переломі щелепи, що стався випадково під час стоматологічних операцій, страхова виплата здійснюється на загальних умовах.</p> <p>2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не дає підстав для страхової виплати.</p> <p>3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводилось оперативне втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.</p>	<p>5 10</p>
38.	<p>Звичний вивих щелепи.</p> <p>Примітка: при звичному вивиху щелепи страхова виплата здійснюється додатково до виплати, що проводилась згідно із ст. 37 цього Додатку, якщо це ускладнення сталося внаслідок травми, одержаної під час дії договору страхування та протягом трьох років після неї. При рецидивах звичайного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.</p>	10
39.	<p>Ушкодження щелепи, що призвело до відсутності:</p> <p>а) частини щелепи (крім альвеолярного відростка); б) щелепи.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. При страховій виплаті у зв'язку з відсутністю щелепи або її частини врахована і втрата зубів, незалежно від їх кількості.</p> <p>2. У тих випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням</p>	<p>40 80</p>

	інших органів ротової порожнини, процент страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень за відповідними статтями шляхом підсумовування. 3. При страховій виплаті згідно із цією статтею, додаткова страхова виплата за оперативні втручання не здійснюється.	
40.	Ушкодження язика, ротової порожнини (поранення, опік, обмороження), що призвели до утворення рубців (незалежно від їх розміру).	3
41.	Ушкодження язика, що призвели до: а) відсутності кінчика язика; б) відсутності дистальної третини язика; в) відсутності язика на рівні середньої третини; г) відсутності язика на рівні кореня або повної відсутності язика.	10 15 30 60
42.	Ушкодження зубів, що призвели до: а) відлому коронки зуба, перелому зуба (коронки, шийки, кореня); б) втрати: - одного зуба; -2-3 зубів; -4-6 зубів; -7-9 зубів; -10 і більше зубів. Примітки: 1. При переломі чи втраті внаслідок травми зубів з не з'ємними протезами страхова виплата проводиться з урахуванням втрати лише опорних зубів. При ушкодженні внаслідок травми з'ємних протезів страхова виплата не проводиться. 2. При втраті або переломі молочних зубів у дітей віком до 5 (п'яти) років страхова виплата проводиться на загальних умовах. 3. При втраті зубів та переломі щелепи розмір страхової виплати визначається згідно із ст. 37 цього Додатку та цією статтею шляхом підсумовування. 4. Якщо у зв'язку з травмою зуба була проведена виплата згідно із підпунктом «а» цієї статті, а в подальшому цей зуб був видалений, то із суми, належної до виплати, вираховується раніше виплачена. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб був імплантований, то страхова виплата здійснюється на загальних умовах згідно із цією статтею. У випадку видалення цього зуба, додаткова виплата не здійснюється.	3 5 10 15 20 25
43.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунку, кишечника, а також езофагогас, розкопія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення сторонніх тіл стравоходу, шлунка, що не призвели до функціональних порушень.	5
44.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) стравоходу, що викликало: а) звуження стравоходу; б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу. Примітка: процент страхової виплати згідно із цією статтею визначається не раніше, ніж через 6 (шість) місяців від дня травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється попередньо відповідно до ст. 43 цього Додатку, та цей відсоток вираховується, коли приймається остаточне рішення.	40 100
45.	Ушкодження (поранення, розрив, опік) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що призвело до: а) холециститу, дуоденіту, гастриту, парапроктиту, ентериту, коліту,	5

	<p>проктиту, парапроктиту;</p> <p>б) рубцьового звуження (деформації) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору;</p> <p>в) спайкової хвороби, стану після операції з приводу спайкової непрохідності;</p> <p>г) кишкового свища, кишково-піхвового свища, свища підшлункової залози;</p> <p>г) проти природного заднього проходу (колостоми).</p> <p>Примітки:</p> <p>1. При ускладненнях травми, передбачених у підпунктах «а», «б», «в» цієї статті, страхова виплата здійснюється за умови, що ці ускладнення мають місце по закінченні 3 (трьох) місяців після травми, а передбачені в підпунктах «г», «г» цієї статті – по закінченні 6 (шести) місяців після травми.</p> <p>Вказані ускладнення визнаються лише в тому випадку, коли вони підтверджені довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше цих строків страхова виплата здійснюється згідно із ст. 43 цього Додатку і цей відсоток не вираховується при прийнятті остаточного рішення.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми виникнуть ускладнення, перелічені в одному підпункті, то страхова сума виплачується одноразово.</p> <p>Проте, якщо виникли патологічні зміни, перелічені в різних підпунктах цієї статті, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.</p>	<p>10</p> <p>25</p> <p>50</p> <p>100</p>
46.	<p>Грижа, що утворилась на місці ушкодження передньої черевної стінки діафрагми або в ділянці післяопераційного рубця, якщо операція проводилась у зв'язку з травмою або стан після операції з приводу такої грижі.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата згідно із цією статтею виплачується додатково до страхової виплати, призначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.</p> <p>2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-мошоночні), що виникли внаслідок підняття важких речей, не дають підстав для страхової виплати.</p>	10
47.	<p>Ушкодження печінки внаслідок травми чи випадкового гострого отруєння, що призвело до:</p> <p>а) підкапсульного розриву печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатиту, сироваткового гепатиту, що розвивувався безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатозу;</p> <p>б) печінкової недостатності.</p>	<p>5</p> <p>10</p>
48.	<p>Ушкодження печінки, жовчного міхура, що призвели до:</p> <p>а) ушивання розривів печінки чи видалення жовчного міхура;</p> <p>б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура;</p> <p>в) видалення частини печінки;</p> <p>г) видалення частини печінки та жовчного міхура.</p>	<p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>35</p>
49.	<p>Ушкодження селезінки, що призвело до:</p> <p>а) підкапсульного розриву селезінки, що не потребував оперативного втручання;</p> <p>б) видалення селезінки.</p>	<p>5</p> <p>30</p>
50.	<p>Ушкодження шлунку, підшлункової залози, кишківника, брижі, що призвели до:</p> <p>а) утворення псевдокісти підшлункової залози;</p> <p>б) резекції шлунку, кишківника, підшлункової залози;</p> <p>в) видалення шлунку.</p>	<p>20</p> <p>30</p> <p>60</p>

	Примітка: при наслідках травми, перелічених в одному підпункті, страхова виплата здійснюється одноразово. Проте, якщо травма різних органів призведе до ускладнень, зазначених в різних підпунктах, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.	
51.	Ушкодження органів живота, у зв'язку з якими проведені: а) лапароскопія (лапароцентез); б) лапаротомія при підозрі на ушкодження органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом); в) лапаротомія при пошкодженні органів живота (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом); г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості). Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів живота є підстави для страхової виплати згідно із ст. 47-50 цього Додатку, то дана стаття (крім підпункту «г») не застосовується. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один чи декілька будуть видалені, а інший (інші) ушиті, то страхова виплата здійснюється згідно із відповідними статтями та даною статтею одноразово. 3. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми будуть пошкоджені органи системи травлення, сечовидільної чи статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюється страхова виплата згідно із ст. 55 цього Додатку (5%).	5 10 15 10
Травми сечовивідної та статевої систем		
52.	Ушкодження нирки, що призвело до: а) ушиба нирки, підкапсульного розриву нирки, що не потребував оперативного втручання; б) видалення частини нирки; в) видалення нирки.	5 30 60
53.	Ушкодження органів сечовидільної системи (нирок, сечоводу, сечового міхура, сечовипускального каналу), що призвели до: а) циститу, уретриту; б) гострої ниркової недостатності, пієліту, пієлоциститу; в) зменшення об'єму сечового міхура; г) гломерулонефриту, пієлонефриту, звуження сечоводу, сечовипускального каналу; г) синдрому тривалого роздавлювання (травматичного токсикозу, краш-синдрому, синдрому розміжчення), хронічної ниркової недостатності; д) непрохідності сечовода, сечовипускального каналу, сечостатевих свищів. Примітки: 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції декількох органів сечовидільної системи, то розмір страхової виплати визначається згідно з одним із підпунктів цієї статті, що враховує найважчі наслідки. 2. Страхова виплата у зв'язку з наслідками травми, переліченими в підпунктах «а», «в», «г», «г», «д» цієї статті здійснюється в тому випадку, якщо ці ускладнення мають місце по закінченні 3 (трьох) місяців після травми. Раніше цього строку страхова виплата здійснюється згідно із ст. 52 або ст. 55а цього Додатку і цей відсоток не вираховується, коли приймається остаточне рішення стосовно страхової виплати.	5 10 15 25 30 40
54.	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидільної системи:	

	а) цистостомія; б) при підозрі на ушкодження органів; в) при пошкодженні органів; г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості). Примітка: якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата здійснюється згідно із ст. 52 (б, в) цього Додатку. Дана стаття при цьому не застосовується.	5 10 15 10
55.	Ушкодження органів статевої або сечовидільної системи: а) поранення, розрив, опік, відмороження; б) звалтування особи у віці: - до 15 (п'ятнадцяти) років; - від 15 (п'ятнадцяти) до 18 (вісімнадцяти) років; -18 (вісімнадцять) років і більше.	5 50 30 15
56.	Ушкодження статевої системи, що призвело до: а) видалення одного ячника, маткової труби, яєчка; б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, яєчок, частини статевого члена; в) втрати матки у жінок віком: - до 40 років; - від 40 до 50 років; -50 років і більше; г) втрати статевого члена, в т.ч. разом з яєчками.	15 30 50 30 15 50
57.	Патологічні пологи, травми органів статевої системи, що призвели до: а) видалення єдиної маткової труби, єдиного яєчника; б) видалення обох маткових труб, обох яєчників; в) втрати матки (в т.ч. з придатками) у віці: - до 40 років; - від 40 до 50 років; - 50 років і більше.	15 30 50 30 15
Травми м'яких тканин		
58.	Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні ший, підщелепної ділянки, вушних раковин, що призвели після загоювання до: а) утворення рубців, пігментних плям довжиною (діаметром) від 1 до 3 см; б) утворення рубців, пігментних плям довжиною 3 см і більше; в) значного порушення косметики; г) різкого порушення косметики; г) спотворення. Примітки: 1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від оточуючої шкіри, втягнуті або ті, що виступають над поверхнею шкіри, стягують тканини. Спотворення - це різка зміна природнього вигляду обличчя людини внаслідок механічного, хімічного, термічного впливу та інших протиправних дій. 2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьової частини черепа зі зміщенням відламків була проведена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, то страхова виплата здійснюється з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичку в тому чи іншому ступені. 3. Якщо внаслідок ушкодження м'яких тканин обличчя, передньо-	3 5 10 30 70

	бокової поверхні шиї, підщелепної ділянки утворився рубець або пігментна пляма і у зв'язку з цим була здійснена відповідна страхова виплата, а потім Застрахована особа одержала травму, що призвела до утворення нових рубців (пігментних плям), то страхова виплата здійснюється знову з урахуванням наслідків повторної травми.	
59.	<p>Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що призвели після загоєння до утворення рубців площею:</p> <p>а) від 2,0 см² до 5,0 см² або довжиною 5 см і більше;</p> <p>б) від 5,0 см² до 0,5% поверхні тіла;</p> <p>в) від 0,5% до 2,0% поверхні тіла;</p> <p>г) від 2,0% до 4,0% поверхні тіла;</p> <p>ґ) від 4,0% до 6,0% поверхні тіла;</p> <p>д) від 6,0 до 8,0% поверхні тіла;</p> <p>е) від 8,0% до 10% поверхні тіла;</p> <p>є) від 10% до 15% поверхні тіла;</p> <p>ж) 15% та більше поверхні тіла.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. 1% поверхні тіла Застрахованої особи дорівнює площині поверхні долоні його кисті та пальців. Ця площа визначається у квадратних сантиметрах шляхом перемноження довжини кисті, що вимірюється від променевоzap'ястного суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця на її ширину, яка вимірюється на рівні гілок II-V п'ястних кісток (без урахування I пальця).</p> <p>2. При визначенні площі рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри.</p> <p>3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і т.ін.), дана стаття не застосовується.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p> <p>35</p> <p>40</p>
60.	<p>Ушкодження м'яких тканин тулуба, кінцівок, що призвели до утворення пігментних плям площею:</p> <p>а) від 1% до 2% поверхні тіла;</p> <p>б) від 2% до 10% поверхні тіла;</p> <p>в) від 10% до 15% поверхні тіла;</p> <p>г) 15% і більше.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Рішення про здійснення страхової виплати згідно із ст. 58, 59 цього Додатку та цією статтею приймається з урахуванням даних лікарського огляду, що проводиться після загоєння поверхонь ран, але не раніше, ніж через один місяць після травми.</p> <p>2. Загальна сума страхових виплат згідно із ст. 59 цього Додатку та цією статтею не повинна перевищувати 40% страхової суми, встановленої в договорі страхування.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
61.	<p>Опікова хвороба, опіковий шок.</p> <p>Примітка: страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що здійснюється у зв'язку з опіком.</p>	<p>10</p>
62.	<p>Ушкодження м'яких тканин:</p> <p>а) не видалені сторонні тіла;</p> <p>б) м'язова грижа, після травматичний періостит, нерозсмоктана гематома площею не менше 2 см²;</p> <p>в) розрив сухожилля, крім пальців кисті, взяття ауто трансплантата, розрив м'язів.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з нерозсмоктаною гематомою, м'язовою</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>5</p>

	грижею або після травматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо ці ускладнення травми мають місце по закінченні одного місяця від дня травми. 2. Рішення про здійснення страхової виплати згідно із підпунктом «б» цієї статті приймається з урахуванням даних лікарського обліку, проведеного не раніше ніж через один місяць після травми.	
Травми хребта		
63.	Перелом, переломо-вивих або вивих тіл, дужок, суглобових відростків хребців (крім крижів та куприка): а) одного – двох; б) трьох – п'яти; в) шести і більше.	 20 30 40
64.	Розрив міжхребцевих зв'язок (при терміні лікування не менше ніж 14 днів), підвивих хребців (крім куприка). Примітка: при рецидивах підвивиха хребця страхова виплата не здійснюється.	 5
65.	Перелом окремого остистого або поперекового відростка.	3
66.	Перелом крижів.	10
67.	Ушкодження куприка: а) підвивих куприкових хребців; б) вивих куприкових хребців; в) перелом куприкових хребців. Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижів та куприка) проводились оперативні втручання, то додатково виплачуються 10% страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох пошкоджень шляхом підсумовування. 3. У випадку, коли внаслідок однієї травми стався перелом тіла хребця, ушкодження зв'язок, перелом поперекових або остистих відростків, страхова виплата здійснюється одноразово згідно із статтею, що передбачає найважче ушкодження.	 3 5 10
Травми верхніх кінцівок		
68.	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально–ключичного, грудино–ключичного зчленувань: а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування; б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, переломо-вивиху ключиці; в) розрив двох зчленувань й перелом однієї кістки, перелом двох кісток й розрив одного зчленування; г) незрощений перелом (псевдосуглоб). Примітки: 1. У випадку, коли у зв'язку з ушкодженнями, переліченими у цій статті цього Додатку, проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. У випадку, коли у зв'язку з відкритим переломом не проводилося оперативне втручання, рішення про здійснення страхової виплати згідно із ст. 59 цього Додатку приймається виходячи з результатів лікарського огляду, проведеного після загоєння рани. 3. Страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) здійснюється у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі по	 5 10 15 15

	закінченні 6 (шести) місяців після травми і підтверджене довідкою цього закладу. Ця виплата є додатковою.	
Травми плечового суглоба		
69.	Ушкодження ділянки плечового суглоба (суглобової западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків суглобової сумки): а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча; б) перелом двох кісток, перелом лопатки й вивих плеча; в) перелом плеча (головки, анатомічної, хірургічної шийки), переломо-вивих плеча.	 5 10 15
70.	Ушкодження плечового поясу, що призвели до: а) звичного вивиху плеча; б) відсутності рухів у суглобі (анкілозу); в) «бовтаючогося» плечового суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають. Примітки: 1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що була проведена у зв'язку з ушкодженням ділянки плечового суглоба у випадку, коли перелічені у цій статті ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичними закладом після закінчення 6 (шести) місяців з дня травми й підтверджені довідкою цього лікувального закладу. 2. У випадку, коли у зв'язку з травмою плечового суглоба будуть проведені оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми. 3. Страхова виплата в разі звичного вивиху плеча проводиться у випадку, коли він настав протягом 3 (трьох) років після первинного вивиху, що стався під час дії договору страхування. Діагноз звичного вивиху плеча повинен бути підтверджений лікувальним закладом, в якому проводилось вправлення плеча. В разі рецидивів звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.	 15 20 40
Травми плеча		
71.	Перелом плечової кістки: а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина); б) подвійний перелом.	 15 20
72.	Перелом плечової кістки, що призвів до утворення незрощеного перелому (псевдосуглоба). Примітки: 1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати, що була проведена у зв'язку з травмою плеча, якщо вказані ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 (дев'яти) місяців після травми. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки плеча проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми.	 45
73.	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації: а) з лопаткою, ключицею або їх частиною; б) плеча на будь-якому рівні; в) єдиної кінцівки на рівні плеча. Примітка: якщо страхова виплата здійснювалась згідно із цією статтею, додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні	 80 75 100

	рубці не проводиться.	
Травми ліктьового суглоба		
74.	<p>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба:</p> <p>а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя;</p> <p>б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі відриви (переломи) надвиростів плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки;</p> <p>в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя;</p> <p>г) перелом плечової кістки;</p> <p>г) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками.</p> <p>Примітка: у випадку, якщо внаслідок однієї травми настануть різні ушкодження, перераховані у цій статті, то страхова виплата здійснюється у відповідності з підпунктом, який враховує найтяжче ушкодження.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p>
75.	<p>Ушкодження ділянки ліктьового суглоба, що призвело до:</p> <p>а) відсутності рухів у суглобі (анкілозу);</p> <p>б) «бовтаючийся» ліктьовий суглоб внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що складають його.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з ушкодженнями ділянки ліктьового суглоба, у тому випадку, коли порушення рухів у цьому суглобі буде встановлено лікувально-профілактичним закладом по закінченні 6 (шести) місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p> <p>2. У тому випадку, коли у зв'язку з травмою ділянки ліктьового суглоба будуть проведені оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p>	<p>20</p> <p>30</p>
Травми передпліччя		
76.	<p>Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина):</p> <p>а) перелом однієї кістки;</p> <p>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки.</p>	<p>5</p> <p>10</p>
77.	<p>Незрощений перелом (псевдосуглоб) кісток передпліччя:</p> <p>а) однієї кістки;</p> <p>б) двох кісток.</p> <p>Примітка: страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою передпліччя, якщо це ускладнення травми буде встановлено в лікувально-профілактичному закладі по закінченні 9 (дев'яти) місяців після травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p>	<p>15</p> <p>30</p>
78.	<p>Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до:</p> <p>а) ампутації передпліччя на будь-якому рівні;</p> <p>б) екзартикуляції у ліктьовому суглобі;</p> <p>в) ампутації єдиної кінцівки на рівні передпліччя.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки передпліччя проводилися оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p> <p>2. Якщо страхова виплата здійснюється згідно із цією статтею, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	<p>65</p> <p>70</p> <p>100</p>
Травми променевоzap'ястного суглоба		
79.	Ушкодження ділянки променевоzap'ястного 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) перілунарний вивих кисті.	15
80.	Ушкодження ділянки променевоzap'ястного суглоба, що призвело до відсутності рухів (анкілозу) в цьому суглобі. Примітки: 1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до виплати у зв'язку з ушкодженням ділянки променевоzap'ястного суглоба у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 (шість) місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки променевоzap'ястного суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми.	15
Травми кисті		
81.	Перелом або вивих кісток зап'ястя, п'ястних кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної); б) двох і більше кісток (крім човноподібної); в) човноподібної кістки; г) вивих, перелоמו-вивих кисті. Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. У разі перелому (вивиху) внаслідок травми кісток зап'ястя (п'ястних кісток) та човноподібної кістки страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування.	5 10 10 15
82.	Ушкодження кисті, що призвело до: а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї чи декількох кісток (крім відриву кісткових фрагментів); б) втрати всіх пальців, ампутації на рівні п'ястних кісток зап'ястя або променевоzap'ястного суглоба; в) ампутації єдиної кисті. Примітка: страхова виплата у зв'язку з незрощеним переломом (псевдосуглобом) кісток зап'ястя або п'ястних кісток здійснюється додатково згідно з підпунктом «а» цієї статті у тому випадку, коли це ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше як через три місяці від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.	10 65 100
Травми пальців кисті		
83.	Ушкодження першого пальця, що призвело до: а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розгинателя пальця; б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинателя пальця, сухожильного, суглобового, кісткового панариція. Примітки: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (парохінія) не дає підстав для страхової виплати. 2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5%	3 5

	страхової суми одноразово.	
84.	<p>Ушкодження першого пальця, що призвели до:</p> <p>а) відсутності рухів в одному суглобі; б) відсутності рухів у двох суглобах.</p> <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції першого пальця здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з його травмою, в тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через 6 (шість) місяців від дня травми й підтверджена довідкою цього закладу.</p>	<p>10 15</p>
85.	<p>Ушкодження першого пальця, що призвело до:</p> <p>а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги; б) ампутації на рівні нігтьової фаланги; в) ампутації на рівні міжфалангового суглоба (втрати нігтьової фаланги); г) ампутації на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця); г) ампутації пальця з п'ястною кісткою або її частиною.</p> <p>Примітка: якщо страхова виплата проведена згідно із цією статтею, то додаткова страхова виплата за оперативні втручання, післяопераційні роботи не здійснюється.</p>	<p>5 10 15 20 25</p>
86.	<p>Ушкодження одного пальця (крім першого), що призвело до:</p> <p>а) відриву нігтьової пластинки, ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця; б) перелому, вивиху, значної рубцевої деформації фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль).</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (парохінія) не дає підстав для здійснення страхової виплати.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з ушкодженням сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилковим панарицієм проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.</p>	<p>3 5</p>
87.	<p>Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до:</p> <p>а) відсутності рухів в одному суглобі; б) відсутності рухів у двох або трьох суглобах пальця.</p> <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до виплати, що проведена у зв'язку з його травмою у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через 6 (шість) місяців від дня травми та підтверджена довідкою цього закладу.</p>	<p>5 10</p>
88.	<p>Ушкодження пальця (крім першого), що призвело до:</p> <p>а) реампутації (повторної ампутації) на рівні тієї ж фаланги; б) ампутації на рівні нігтьової фаланги, втрати фаланги; в) ампутації на рівні середньої фаланги, втрати двох фаланг; г) ампутації на рівні основної фаланги, втрати пальця; г) втрати пальця з п'ястною кісткою або її частиною.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо страхова виплата здійснена згідно з цією статтею, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p> <p>2. При пошкодженні декількох пальців в період чинності одного договору страхування, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Проте, розмір такої виплати не повинен перевищувати 65% страхової суми для однієї кисті</p>	<p>3 5 10 15 20</p>

	та 100% страхової суми для обох.	
Травми тазу		
89.	<p>Ушкодження таза:</p> <p>а) перелом однієї кістки; б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки; в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово. 2. Розрив лобкового, крижово-клубового зчленування (зчленувань) під час пологів дає підставу для здійснення страхової виплати на загальних умовах за підпунктами «б» або «в» цієї статті.</p>	<p>5 10 15</p>
90.	<p>Ушкодження таза, що призвели до відсутності рухів у тазостегнових суглобах:</p> <p>а) в одному суглобі; б) у двох суглобах.</p> <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) здійснюється за цією статтею додатково до страхової виплати у зв'язку з травмами таза у тому випадку, коли відсутність рухів у суглобі буде встановлена лікувально-профілактичним закладом, але не раніше ніж через 6 (шість) місяців від дня травми і підтверджена довідкою цього закладу.</p>	<p>20 40</p>
Травми нижніх кінцівок		
91.	<p>Ушкодження тазостегнового суглоба:</p> <p>а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів); б) ізольований відрив рожну (рожнів); в) вивих стегна; г) перелом голівки, шийки, проксимального метафіза стегна.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. У тому випадку, коли внаслідок однієї травми матимуть місце різні ушкодження тазостегнового суглоба, страхова виплата здійснюється відповідно згідно з одним із підпунктів, що передбачає найважчі ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.</p>	<p>5 10 15 25</p>
92.	<p>Ушкодження тазостегнового суглоба, що призвели до:</p> <p>а) відсутності рухів (анкілозу); б) незрощеного перелому шийки стегна; в) ендопротезування; г) «бовтаючогося» суглоба внаслідок резекції голівки стегна.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Страхова виплата у зв'язку з ускладненнями, переліченими у цій статті здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмами суглоба. 2. Страхова виплата згідно з підпунктом «б» цієї статті здійснюється у тому випадку, якщо це ускладнення встановлено у лікувальному закладі, але не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців від дня травми й підтверджено довідкою цього закладу.</p>	<p>20 30 40 45</p>
93.	<p>Перелом стегна:</p> <p>а) на будь-якому рівні, крім ділянки суглобів (верхня, середня, нижня третина);</p>	<p>25</p>

	б) подвійний перелом стегна.	30
94.	Перелом стегна, що призвів до утворення незрощеного перелому. Примітки: 1. Якщо у зв'язку з травмою ділянки стегна проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово. 2. Страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення встановлюється у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців від дня травми й підтвержене довідкою цього закладу.	30
95.	Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки; б) єдиної кінцівки. Примітка: якщо страхова виплата була здійснена згідно із цією статтею, то додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	70 100
96.	Ушкодження ділянки колінного суглоба: а) гемартроз, вивих надколінника; б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, ушкодження меніска; в) перелом: надколінника, міжвиросткового підвищення, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки; г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової кістки; г) перелом відростків стегна, вивих гомілки; д) перелом дистального метафіза стегна; е) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток. Примітки: 1. При поєднанні різних пошкоджень колінного суглоба, страхова виплата здійснюється одноразово відповідно до одного з підпунктів цієї статті, що передбачає найтяжче ушкодження. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки колінного суглоба проводились оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки й видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.	3 5 10 15 20 25 30
97.	Ушкодження ділянки колінного суглоба, що призвело до: а) відсутності рухів у суглобі; б) «бовтаючогося» колінного суглоба внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають; в) ендопротезування. Примітка: страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою колінного суглоба.	20 30 40
98.	Перелом кісток гомілки (крім ділянки суглобів): а) малогомілкової кістки, відриви кісткових фрагментів; б) великогомілкової кістки, подвійний перелом малогомілкової кістки; в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової кістки. Примітки: 1. Страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється у разі: - перелому малогомілкової кістки у верхній і середній третині; - перелому діафіза великогомілкової кістки на будь-якому рівні; - перелому великогомілкової кістки в ділянці діафіза (верхня, середня,	5 10 15

	нижня третина) та переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині. 2. Якщо внаслідок травми настав внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки у колінному або гомілковоступневому суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діафіза, страхова виплата здійснюється згідно із цією статтею, ст. 96 цього Додатку або статтями 101 та 98 цього Додатку шляхом підсумовування.	
99.	Перелом кісток гомілки, що призвів до незрощеного перелому, псевдосуглоба (крім кісткових фрагментів): а) малогомілкової кістки; б) великогомілкової кістки; в) обох кісток. Примітки: 1. Страхова виплата згідно із цією статтею здійснюється додатково до виплати у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення будуть встановлені у лікувально-профілактичному закладі, але не раніше ніж через 9 місяців від дня травми й підтвержені довідкою цього закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.	5 15 20
100.	Травматична ампутація або ушкодження, що призвело до: а) ампутації гомілки на будь-якому рівні; б) екзартикуляції в колінному суглобі; в) ампутації єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки. Примітка: якщо страхова виплата була здійснена у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	60 70 100
Травми гомілковоступневого суглоба		
101.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба: а) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу; б) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки; в) перелом обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки. Примітки: 1. При переломах кісток гомілковоступневого суглоба, що супроводжувались розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) ступні, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово. 2. Якщо у зв'язку з травмою ділянки гомілковоступневого суглоба здійснювались оперативні втручання (крім первинної хірургічної допомоги та видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.	5 10 15
102.	Ушкодження ділянки гомілковоступневого суглоба, що призвело до: а) відсутності рухів у гомілковоступневому суглобі; б) «бовтаючогося» гомілковоступневого суглоба (внаслідок резекції суглобових поверхонь кісток, що його складають); в) екзартикуляції в гомілковоступневому суглобі. Примітка: якщо в результаті травми гомілковоступневого суглобу сталися ускладнення, що перераховані в цій статті, то страхова виплата здійснюється згідно з одним з підпунктів цієї статті, що враховує найбільш тяжкий наслідок.	20 40 50
103.	Ушкодження ахіллового сухожилля: а) при консервативному лікуванні;	5

	б) при оперативному лікуванні.	15
Травми стопи		
104.	<p>Ушкодження стопи:</p> <p>а) перелом, вивих однієї кістки (крім п'яtkової і таранної);</p> <p>б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки;</p> <p>в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих в поперековому суглобі стопи (Шопара) або передплюсне-плюсневому суглобі (Лісфранка).</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.</p> <p>2. При переломах або вивихах кісток стопи, що настали внаслідок різних травм, страхова виплата здійснюється з урахуванням факту кожної травми.</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
105.	<p>Ушкодження стопи, що призвело до:</p> <p>а) незрощеного перелому (псевдосуглоба) однієї – двох кісток (крім п'яtkової і таранної кісток);</p> <p>б) незрощеного перелому (псевдосуглоба) трьох і більше кісток, а також таранної або п'яtkової кісток;</p> <p>в) артродез підтаранного суглоба, поперекового суглоба передплюсни (Шопара) або передплюсне-плюсневого (Лісфранка);</p> <p>г) ампутації на рівні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - плюсне – фалангових суглобів (відсутності всіх пальців стопи); - плюсневих кісток або передплюсни; - таранної, п'яtkової кісток (втрати стопи). <p>Примітка: страхова виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими підпунктами «а», «б», в цієї статті здійснюється додатково до страхової виплати у зв'язку з травмою стопи у тому випадку, якщо ці ускладнення будуть встановлені лікувально-профілактичним закладом, але не раніше як через 6 (шість) місяців від дня травми і підтверджені довідкою цієї установи, а у випадках, передбачених підпунктом «г» цієї статті - незалежно від строку, що минув після травми.</p>	<p>5</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>40</p> <p>50</p>
Травми пальців стопи		
106.	<p>Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль):</p> <p>а) одного пальця, крім першого;</p> <p>б) двох – трьох пальців або першого;</p> <p>в) чотирьох пальців (II - V).</p> <p>Примітка: якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p>
107.	<p>Травматична ампутація або ушкодження пальців стопи, що призвело до ампутації:</p> <p>а) першого пальця:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба; - на рівні основної фаланги або плюсне – фалангового суглоба; <p>б) другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:</p> <ul style="list-style-type: none"> - одного – двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; - одного – двох пальців на рівні основних фаланг або плюсне – фалангових суглобів; - трьох – чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг; - трьох – чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плюсне – 	<p>5</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p>

	<p>фалангових суглобів.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. У тому випадку, коли страхова виплата здійснюється відповідно до цієї статті, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою була проведена ампутація пальця з плюсневою кісткою або її частиною, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.</p>	
108.	<p>Ушкодження, що призвело до:</p> <p>а) утворення лігатурних свищів;</p> <p>б) лімфостазу, тромбофлебиту, порушення трофіки;</p> <p>в) остеомієліту, в тому числі гематогенного остеомієліту.</p> <p>Примітки:</p> <p>1. Дана стаття застосовується у тому випадку, коли ці ускладнення встановлені не раніше як через 6 (шість) місяців від дня травми (крім ушкодження великих периферичних судин і нервів).</p> <p>2. Нагноювальні запалення пальців не дають підстав для здійснення страхової виплати.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p>
Інші нещасні випадки		
109.	<p>Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою.</p> <p>Примітка: страхова виплата згідно з цією статтею здійснюється додатково до виплат у зв'язку з травмою.</p>	5
110.	<p>Випадкове гостре отруєння, асфіксія (ядуха), кліщовий або післяприщеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, правець, ботулізм (при відсутності даних про ураження внаслідок вказаних подій конкретних органів):</p> <p>а) при стаціонарному лікуванні від 2 (двох) до 6 (шести) днів;</p> <p>б) від 7 (семи) до 13 (тринадцяти) днів;</p> <p>в) 14 (чотирнадцять) днів і більше.</p> <p>Примітка: якщо внаслідок випадків, вказаних у цій статті виникнуть ушкодження (захворювання) будь-яких органів, страхова виплата здійснюється додатково згідно з відповідними статтями цього Додатку.</p>	<p>3</p> <p>5</p> <p>10</p>
111.	<p>Будь-яка травма, що сталася із Застрахованою особою в період дії договору страхування і не передбачена у цьому Додатку, але вимагала стаціонарного та/або амбулаторного безперервного лікування в цілому не менше, ніж 10 днів.</p>	3
<p>В залежності від умов договору страхування та/або за згодою сторін по договору страхування в договорі страхування можуть бути передбачені інші розміри страхових виплат для кожного з вищенаведених травматичних ушкоджень та/або інших функціональних розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку прямо визначених у договорі страхування, або можуть бути встановлені фіксовані розміри страхових виплат за прямо визначеними у договорі страхування травматичними ушкодженнями та/або іншими функціональними розладами здоров'я внаслідок нещасного випадку.</p>		

Таблиця страхових виплат при настанні страхових випадків,
передбачених підпунктом 4.3.7 Правил та підпунктом 4.3.10 Правил

Види травматичних ушкоджень	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
Перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг, а саме:	
При переломі або травматичній ампутації однієї або більше кісток плеча: ключиця, лопатка; та/або кісток руки: плечова кістка, передпліччя (лікоть, променева кістка), кістки ліктьового суглобу; та/або кісток ноги: стегнова кістка, колінна чашка, гомілка (велика та мала гомілкові кістки), кістки гомілковостопного суглобу	100%
При переломі однієї кістки: кисті (зап'ястя, п'ястя, за виключенням фаланг пальців руки)	40%
При переломі однієї кістки: стопи (передплесно, плесно, за виключенням фаланг пальців ноги)	60%
При переломі двох або більше кісток кисті та/або стопи (передплесно, плесно та/або зап'ястя, п'ястя, за виключенням фаланг пальців рук або ніг)	80%
При переломі або травматичній ампутації однієї або більше фаланг (частковій травматичній ампутації, за виключенням повної травматичної ампутації пальців): пальців ноги	50%
При переломі або травматичній ампутації однієї або більше фаланг (частковій травматичній ампутації, за виключенням повної травматичної ампутації пальців): пальців руки	30%
При повній травматичній ампутації великого або указівного пальця руки або великого пальця ноги	80%
При повній травматичній ампутації одного пальця руки або ноги (за виключенням великого або указівного пальця руки або великого пальця ноги)	70%
При повній травматичній ампутації двох або більше пальців рук або ніг; при травматичній ампутації однієї або більше кісток кисті або стопи (крім пальців та фаланг пальців рук чи ніг)	100%
При переломі або травматичній ампутації інших кісток, конкретний перелік яких, вказаний у договорі страхування	Згідно умов, вказаних у договорі страхування
По наступних видах травматичних ушкоджень:	
Ушкодження головного мозку	50%
Вивих суглобу (за умови накладання ортопедичної фіксуєючої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено)	50%
Хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого ступеню	50%
Розтягнення зв'язок другого ступеню тяжкості	70%
Хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла третього ступеню	70%
Розтягнення зв'язок третього ступеню тяжкості	100%
Хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла четвертого ступеню	100%
Інші травматичні ушкодження, конкретний перелік яких, вказаний у договорі страхування	Згідно умов, вказаних у договорі страхування
В залежності від умов договору страхування та/або за згодою сторін по договору страхування в договорі страхування можуть бути передбачені інші розміри страхових виплат для кожного з вищенаведених травматичних ушкоджень, або можуть бути встановлені інші фіксовані розміри страхових виплат за визначеними у договорі страхування травматичними ушкодженнями.	

Усього в цьому документі пронумеровано,
пронито, скріплено печаткою та підписом 31
(тридцять один) аркуш

Генеральний директор
Приватного акціонерного товариства
«Трахова компанія «Кариб»
Романенко О.О.
04.11.2014р.

Сторона Кариб
Ханко
17 07 15 0215092



НАЦІОНАЛЬНА КОМПАНІЯ «УКРАЇНСЬКІ
ДЕРЖАВНІ РЕСУРСОВАННЯ У СФЕРІ БАНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ»

РЕЄСТРОВАНО

Ім'я: *Іван Каміш*
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Кардіф»

№: *0217*

Дата: *23.03.2017*

Регіональний код: *44*

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Генеральний директор
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Кардіф»

Романенко О.О.

01 березня 2017 року

Зміни № 2

до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція)» від 01.09.2010 р. (реєстраційний номер 0210557 від 25.10.2010 р.) (надалі – Правила)

Внести наступні зміни до Правил:

1. Доповнити пункт 1.2.6 Правил підпунктом 1.2.6.1 в наступній редакції:

«1.2.6.1. В залежності від потреб Страхувальника (Застрахованої особи) договором страхування за згодою сторін по договору страхування може бути передбачено інші види спорту, які відносяться до небезпечних видів спорту, або визначено конкретний перелік небезпечних видів спорту, по яким надається або по яким не надається страховий захист в рамках договору страхування».

2. Доповнити пункт 4.6 Правил підпунктом 4.6.2 в наступній редакції:

«4.6.2. В залежності від умов страхування або потреб Страхувальника (Застрахованої особи) умовами договору страхування за згодою сторін по договору страхування може бути передбачено інше визначення нещасного випадку, яке обов'язково визначається в умовах договору страхування.

4.6.2.1. Договором страхування може бути передбачено, що під нещасним випадком розуміється обмежена в часі, не передбачена та не залежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подія або раптовий вплив на Страхувальника (Застраховану особу) небезпечного фактора чи середовища, що сталися під час дії договору страхування та внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю та працездатності Страхувальника (Застрахованої особи), якщо інше не передбачено договором страхування. До таких подій, небезпечних факторів чи середовищ, якщо інше не передбачено договором страхування, відносяться:

- поранення, травми, у тому числі внаслідок тілесних ушкоджень, заподіяних іншою особою, отруєння (крім харчового, якщо інше не передбачено договором страхування), одержання теплового удару, опіку, обмороження, утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою, одержання інших травм чи ушкоджень внаслідок аварії, пожежі, стихійного явища (землетрусу, зсуву, повені, урагану тощо), контакту з представниками тваринного і рослинного світу (укуси змій, отруйних комах тощо);
- інші, що безпосередньо передбачені договором страхування.

4.6.2.2. В залежності від потреб Страхувальника (Застрахованої особи) договором страхування за згодою сторін по договору страхування може бути передбачено конкретний перелік подій, небезпечних факторів чи середовищ, що можуть призвести до нещасного випадку, або його інше визначення в залежності від бажання Страхувальника (Застрахованої особи) та/або конкретних умов страхування (наприклад: при поїздки на транспорті, при заняттях спортом, при проведенні робіт з підвищеною небезпекою тощо), що не буде суперечити вимогам законодавства України».

3. Доповнити розділ 7 Правил пунктами 7.6-7.7 в наступній редакції:

«7.6. Договір страхування може бути укладений у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію».

7.7. Договір страхування може бути укладений відповідно до вимог Цивільного кодексу України шляхом пропозиції однієї сторони укласти договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) другою стороною. Порядок надання пропозиції та прийняття пропозиції встановлюється договором страхування».

4. Доповнити пункт 12.1 Правил підпунктом 12.1.1 в наступній редакції:

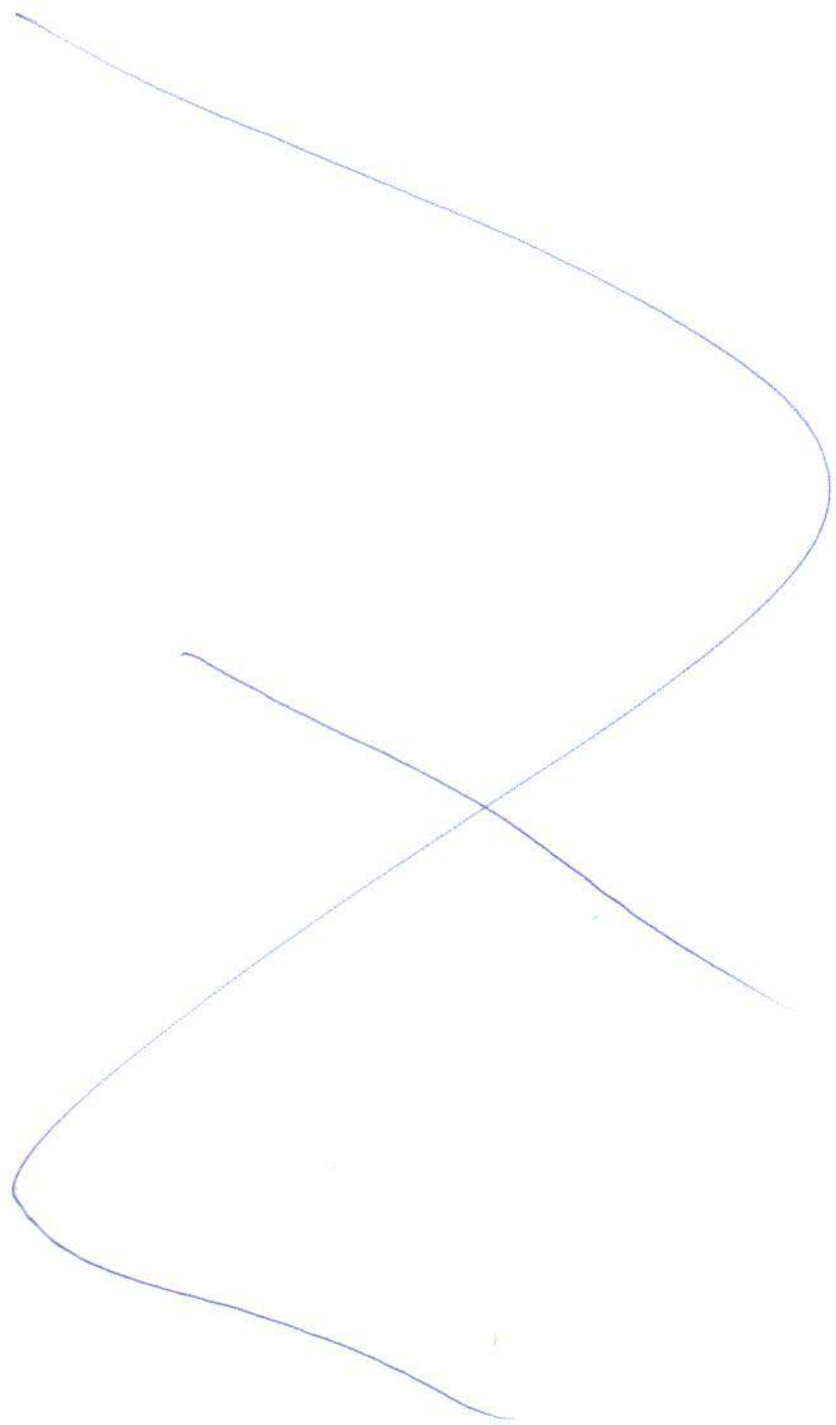
«12.1.1. Договором страхування може бути передбачено, що:

а) Страховик звільняється від страхової виплати, якщо Страхувальником (Застрахованою особою) подано Страховику неправдиву інформації та/або документи про факт настання страхового випадку, які мають бути надані відповідно до встановлених Страховиком вимог, в тому числі з метою завищення суми страхової виплати, або документи, що неправильно оформлені, мають виправлення або які підписанні особами, які не мали на це повноважень, якщо інше передбачено договором страхування;

б) Страховик звільняється від страхової виплати в разі неподання Страхувальником (Застрахованою особою) відповідно до умов договору страхування документів, які необхідні Страховику для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, або несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір завданої шкоди та є необхідними для здійснення страхової виплати, якщо інше передбачено договором страхування;

в) Страховик звільняється від страхової виплати в разі відмови надати Страхувальником (Застрахованою особою) медичної документації при настанні страхового випадку посилаючись на лікарську таємницю, або в разі ненадання Страхувальником (Застрахованою особою) відповідно до умов договору страхування Страховику достовірних відомостей про стан свого здоров'я, або в разі відмови Страхувальником (Застрахованою особою) пройти медичне обстеження в закладах охорони здоров'я, визначених Страховиком та за його рахунок, якщо інше передбачено договором страхування;

г) Страхова виплата не здійснюється у випадках, зазначених у розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачено умовами договору страхування».



Усього в цьому документі пронумеровано,
прошито, скріплено печаткою та підписом 3
(три) аркуші

Генеральний директор

Приватного акціонерного товариства

«Страхова компанія «Кардіф»

Романенко О.О.

01.03.2017р.



ЗАРЕЄСТРОВАНО

Національна комісія, що здійснює держане регулювання у сфері ринків фінансових послуг

Розпорядження № 1255
02.07.2019 року

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Генеральний директор
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Кардіф»

 Романенко О.О.

03.06.2019 року



**Зміни № 3
до ПРАВИЛ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ
(нова редакція) від 01.09.2010р.**

(реєстраційний номер 0210557 від 25.10.2010р.)

Внести наступні зміни до Правил добровільного страхування від нещасних випадків (нова редакція) (реєстраційний номер 0210557 від 25.10.2010р.) (надалі – Правила):

1. Викласти розділ 15 Правил в наступній редакції:

«15. СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗА ДОГОВОРАМИ СТРАХУВАННЯ

- 15.1. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Розміри базових річних страхових тарифів та коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів наведено у Додатку 1 до цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.
- 15.2. Розмір страхового платежу визначається шляхом множення страхового тарифу розрахованого відповідно до Додатку 1 до цих Правил на страхову суму, що встановлені договором страхування.
- 15.3. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов договору страхування. Договором страхування може бути передбачено поетапну сплату страхового платежу за визначені відповідні періоди страхування (періоди дії страхового захисту).
- 15.4. Якщо це передбачено умовами договору страхування, то при сплаті страхового платежу частинами Страховик несе зобов'язання за укладеним договором страхування лише в період, за який страховий платіж (його відповідна частина) сплачена.
- 15.5. Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика (агента Страховика) або шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика або із використанням будь-яких платіжних систем та технічних засобів. При цьому, якщо інше не передбачено договором страхування, днем сплати страхового платежу вважається день зарахування страхового платежу на поточний рахунок Страховика.
- 15.6. Страхувальники згідно з укладеними договорами страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України. Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.»

2. Доповнити Правила Додатком №1 в новій редакції, виклавши такий Додаток №1 до Правил, в редакції, що наведена у Додатку №1 до цих Змін №3 до Правил.

Додаток № 1 до Змін № 3
до Правил добровільного страхування від нещасних
випадків (нова редакція) від 01.09.2010р.

Додаток № 1
до Правил добровільного страхування від нещасних
випадків (нова редакція) від 01.09.2010р.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Розмір страхового тарифу залежить від умов страхування та інших додаткових істотних факторів, визначених у кожному конкретному договорі страхування.
2. Базові річні страхові тарифи по добровільному страхуванню від нещасних випадків наведені у Таблиці № 1:

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи

Страховий випадок	Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)
Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,497
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності I групи) внаслідок нещасного випадку	0,103
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності II групи) внаслідок нещасного випадку	0,568
Постійна непрацездатність Застрахованої особи (встановлення інвалідності III групи) внаслідок нещасного випадку	0,795
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	6,733
Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	0,905
Травматичне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що вимагає консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування. При цьому під травматичними ушкодженнями розуміються наступні травматичні ушкодження, що прямо передбачені договором страхування з наступного переліку:	
1) Ушкодження головного мозку	2,329
2) Вивих суглобу (за умови накладання ортопедичної фіксуєчої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено)	1,079
3) Розтягнення зв'язок другого та третього ступеню тяжкості	1,079
4) Хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню	0,668
5) Перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг. При цьому у договорі страхування може бути передбачено конкретний перелік кісток плеча, рук та ніг	3,767
6) Інші травматичні ушкодження, прямо передбачені в договорі страхування	1,079 (за кожне)
Травматичне ушкодження Застрахованої особи та/або інший розлад здоров'я Застрахованої особи згідно з таблицею виплат, наведеною в Додатку № 2 до цих Правил, внаслідок нещасного випадку, що вимагає консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування	1,206
Госпіталізація Застрахованої особи у невідкладному стані внаслідок нещасного випадку за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної	0,938

допомоги на спеціалізованому санітарному транспорті, що підтверджено документально	
Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку при травматичному ушкодженні. При цьому під травматичними ушкодженнями розуміються наступні травматичні ушкодження, що прямо передбачені договором страхування з наступного переліку:	
1) Ушкодження головного мозку	2,329
2) Вивих суглобу (за умови накладання ортопедичної фіксуєючої пов'язки або гіпсу, що має бути документально підтверджено)	1,079
3) Розтягнення зв'язок другого та третього ступеню тяжкості	1,079
4) Хімічний або термічний опік (крім обмороження) поверхні тіла другого, третього або четвертого ступеню	0,668
5) Перелом або травматична ампутація кісток плеча, рук та ніг. При цьому у договорі страхування може бути передбачено конкретний перелік кісток плеча, рук та ніг	3,767
6) Інші травматичні ушкодження, прямо передбачені в договорі страхування	1,079 (за кожне)

2.1. В залежності від віку Застрахованої особи до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт К1 (Таблиця 2):

Таблиця 2. Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту К1

Вік Застрахованої особи, роки	Коригуючий коефіцієнт К1
Для осіб віком до 3 років	2,0-7,0
Для осіб віком від 3 до 16 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 17 до 65 років включно	1,0
Для осіб віком від 66 до 75 років включно	2,0-7,0
Для осіб віком від 76 років	2,0-7,0

2.2. В залежності від строку дії договору страхування до базових річних страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт К2 (Таблиця 3):

Таблиця 3. Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту К2

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коригуючий коефіцієнт К2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95

2.3. В залежності від розміру нормативу витрат до базових страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт К3 (Таблиця 4):

Таблиця 4. Коригування тарифу із застосуванням коригуючого коефіцієнту К3

Розмір нормативу витрат	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
Коригувальні коефіцієнти К3	1	1,09	1,2	1,33	1,5	1,7	2

3. В залежності від конкретних умов договору страхування, стану здоров'я Застрахованої особи, встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення) або визначеного у відповідній декларації про стан здоров'я, статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, способу життя, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками, можливих обмежень страхування та інших суттєвих в кожному конкретному випадку факторів, до базових річних страхових тарифів, які зазначені у Таблиці 1 цього Додатку, можуть застосовуватись інші коригуючі коефіцієнти від 0,05 до 10,0 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін по договору страхування.

5. Норматив витрат Страховика на ведення справи при страхуванні на підставі цих Правил визначений при розрахунках відповідних страхових тарифів у розмірі до 70% від величини страхового тарифу та вказується у договорі страхування.

6. Для визначення відповідних сум при поверненні Страховиком страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, Страховик, для визначення по кожному договору страхування суми страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, може використовувати наступні методи розрахунку:

6.1. **I метод.** Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від фактичної кількості днів дії договору страхування:

$$P = S - (S / n \times k), \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в днях;

k – фактична кількість днів дії договору страхування або кількість днів, що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів.

6.2. **II метод.** Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, визначається в залежності від місяця (дня), в якому достроково припиняється дія договору страхування, та фактичних аквізиційних витрат за договором страхування:

$$P = (S - S_p) \times (n - k) / n, \text{ де:}$$

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

S_p – величина перевищення фактичних аквізиційних витрат за договором страхування, які не компенсуються агентом у разі дострокового припинення дії договору страхування, над величиною аквізиційних витрат, що покриваються нормативними витратами на ведення справи; така величина вважається заробленою на дату дострокового припинення дії договору страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в місяцях (днях);

k – фактична кількість місяців (днів) дії договору страхування або кількість місяців (днів), що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний).

6.3. Для розрахунку суми, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону, використовується наступна методика розрахунку:

$$R_p = \max(P - C - V; 0), \text{ де:}$$

R_p – розрахована сума, що підлягає поверненню при достроковому припиненні дії договорів страхування згідно вимог закону;

P – сума страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування;

V – сума фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за договором страхування;

C – сума нормативних витрат на ведення справи при достроковому припиненні дії договорів страхування, яка розраховується наступним чином:

$$C = S \times (n - k) / n \times N, \text{ де:}$$

S – страховий платіж, що підлягає сплаті за договором страхування;

n – строк дії договору страхування або строк, якому відповідає надходження сум страхових платежів та страхове покриття згідно з умовами договору, в днях (місяцях);

k – фактична кількість днів (місяців) дії договору страхування або кількість місяців (днів), що минули з дати початку строку, якому відповідає надходженню сум страхових платежів (при цьому неповний місяць дії договору страхування вважається за повний);

N – норматив витрат на ведення справи.

Актуарій: Луз Максим Миколайович

Підпис: _____



Свідоцтво: № 01-31 від 14.12.2017 р., строк дії: без обмеження строку дії.

Всього прошиито, пронумеровано та скріплено печаткою _____

6 (шість)

аркушів.

Генеральний директор

Романенко О.О.

