

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

Настоящие правила по страхованию лиц, выезжающих за рубеж (далее - «Правила») являются публичной офертой АО «ALFA LIFE INSURANCE» (далее - Страховщик), адресованным неопределенному кругу физических лиц (далее - Страхователь) заключить договор страхования (далее - Договор страхования) на нижеследующих условиях страхования, посредством информационных систем Страховщика.

С момента вступления в силу настоящих Правил, отменяются все ранее утвержденные Страховщиком варианты правил страхования лиц, выезжающих за рубеж. По всем полисам страхования, приобретенным до момента вступления в силу настоящих Правил, услуги по страхованию оказываются в рамках Правил страхования лиц, выезжающих за рубеж, действовавших до утверждения настоящих Правил.

Принятие условий настоящих Правил и оплата обусловленной страховой премии считаются акцептом ее условий и согласие Страхователя заключить договор страхования. После оплаты Страхователем страховой премии, автоматически рассчитанной информационной системой Страховщика, ему направляется (выдается) электронный либо полис в бумажном виде и Договор страхования считается заключенным. При этом, обязательства Страховщика вступают в силу в 00:00:00 часов дня, указанного в Полисе страхования как дата начала периода действия Полиса страхования, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса страхования. Сторонами договора являются Страховщик и Страхователь.

Страхователь, подтверждает свое право и дееспособность, а также осознает ответственность за обязательства, возложенные на него в результате заключения Договора страхования посредством информационных систем Страховщика.

Для заключения Договора страхования на интернет-ресурсе Страховщика в режиме онлайн, от Страхователя требуется наличие у него номера мобильного телефона (при необходимости адрес электронной почты).

Ссылки «Правил», «Договор страхования» и «Полис» далее по тексту имеют равнозначное и одинаковое значение по отношению к настоящим правилам (электронному документу).

РАЗДЕЛ 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Компания (Страховщик): АО «ALFA LIFE INSURANCE», действующая на основании лицензии Министерства Финансов Республики Узбекистан, предоставляющая страховые покрытия Застрахованному Лицу согласно условиям настоящих Правил.

1.2. Компания по Содействию: Международная Ассистанс Компания, уполномоченная действовать от имени Компании и оказывающая услуги Застрахованному Лицу по условиям настоящих Правил.

1.3. Страхователь: физическое или юридическое лицо, заключившее договор страхования с Компанией и уплатившее страховую премию (взносы).

1.4. Застрахованное Лицо: физическое лицо, определенное в Полисе как Застрахованное Лицо, которому Компания на условиях настоящих Правил предоставляет страхование жизни и здоровья от несчастных случаев, возмещает расходы Застрахованного лица в связи с его заболеванием или расстройством здоровья.

Застрахованным лицом может быть физическое лицо в возрасте от 1 (одного) месяца до 80 (восьмидесяти) лет. При страховании лиц, в возрасте до 21 года и выше 65 лет применяется возрастная коэффициент согласно действующим тарифам утвержденных компанией на момент заключение договора.

1.5. Выгодоприобретатель: наследники Застрахованного лица в случае смерти Застрахованного Лица. В случае, если Застрахованное Лицо не достигло совершеннолетия. Выгодоприобретателем является законный представитель, либо Страхователь. Во всех иных случаях Выгодоприобретателем является само Застрахованное Лицо, если иное не оговорено.

1.6. Страховой Полис (Полис): выданный Компанией Страхователю документ, удостоверяющий заключение договора страхования. Полис является договором страхования и выдается после полной оплаты Страхователем страховой премии. Настоящие Правила являются неотъемлемой частью Полиса.

1.7. Правила: настоящие правила страхования выезжающих за рубеж, содержащие основные положения на которых заключается договор страхования.

1.8. Срок действия Полиса (Период действия Полиса): период времени между датами начала и завершения Полиса, проставленными на Страховом Полисе, в течение которого действует страховое покрытие при нахождении Застрахованного Лица на территории действия страхования. Страховое покрытие при многократном Полисе действует в

течение всего периода времени между датами начала и завершения Полиса, проставленными на Страховом Полисе, но при условии, что продолжительность одной поездки не превышает 30 дней.

1.9. Территория действия страхования: весь мир, за исключением Республики Узбекистан, страны постоянного проживания Застрахованного Лица и страны, гражданином которой он является.

1.10. Таблица программ: Таблица покрытий и тарифов (приложение №1 к настоящим правилам), где

согласно настоящим Правилам указаны максимальные страховые суммы в зависимости от указанной в Полисе программы страхового покрытия на каждое Застрахованное Лицо по каждому конкретному страховому покрытию. Если сумма не указана в колонке "страховая сумма" в строке страхового покрытия, Полис не обеспечивает данное покрытие. Сумма выплат по всем страховым покрытиям не будет превышать общую страховую сумму, указанную в таблице покрытий по выбранной программе страхового покрытия.

Расчет страховых тарифов осуществляется Страховщиком согласно Таблице покрытий и тарифов (приложение №1 к настоящим правилам).

Страховщик имеет право применять понижающие либо повышающие коэффициенты расчета страховых тарифов исключительно в рамках настоящей программы страхования (приложение №1 к настоящим правилам).

Расчет страховых тарифов зависят от возраста и количества Застрахованных лиц, цели туристической поездки, наличия выплат в предыдущие периоды страхования, наличия сезонных рисков, территориальной концентрации риска, а также других факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

1.11. Несчастный случай: внезапное, кратковременное не зависящее от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой телесные повреждения или иное расстройство их функций, которые могут возникнуть вследствие несчастного случая, происшедшего в течение периода и на территории действия страхового Полиса.

1.12. Телесное повреждение: физическое повреждение (травма), полученное вследствие несчастного случая.

1.13. Внезапное заболевание: нарушение здоровья Застрахованного лица, возникшее неожиданно в течение Периода страхования и требующее неотложного медицинского вмешательства, за исключением заболевания, возникшего вследствие или по причине состояния или дефекта, для которых до начала Периода действия Полиса лечение уже было осознанно, рекомендовано или назначено, за ним уже обращались (или разумно было обратиться), или оно уже было получено до начала Периода действия Полиса.

1.14. Хроническое заболевание: любая болезнь, недомогание или состояние Застрахованного Лица, предшествующее дате начала Периода действия Полиса, которые:

1.14.1. впервые обнаружили, обострились или проявили симптомы, заставляющие благоразумного человека стремиться узнать диагноз, получить соответствующий уход или лечение, или

1.14.2. которые лечились Врачом, или

1.14.3. которые Врач рекомендовал лечить.

1.15. Медицинские расходы: означают обычные и разумные необходимые расходы, возникшие на Территории действия страхования на хирургическое, анестезиологическое и другие виды медицинского лечения, проводимые в Больнице или предписанные Врачом.

1.16. Обычные и разумные расходы: означают используемые в данной местности цены на необходимые медицинские услуги и лечебные средства, необходимые для лечения случаев подобных по степени тяжести и по характеру, но не включают расходов, которых могло бы и не быть в случае отсутствия страхового покрытия.

1.17. Медицинское лечение: консультация Врача, медицинское обследование, лечение и предписанный медицинский уход.

1.18. Врач: официально зарегистрированный Врач, которому официально разрешено заниматься медицинской практикой и не являющийся ни Застрахованным Лицом, ни членом его семьи или родственником.

1.19. Больница: учреждение, которое:

1.19.1. имеет официальное разрешение работать как больница;

1.19.2. осуществляет прием, уход, стационарное медицинское обслуживание больных и травмированных;

1.19.3. имеет необходимую аппаратуру для диагностики, лечения и хирургического вмешательства;

1.19.4. не является преимущественно восстановительным центром, домом отдыха, санаторием, профилакторием, амбулаторным учреждением, наркологическим центром или учреждением для лечения от алкоголизма;

1.19.5. обеспечивает 24-часовой уход дипломированного медицинского персонала.

1.20. Амбулаторный медицинский центр: означает специализированное медицинское учреждение, имеющее лицензию и обеспечивающее амбулаторное медицинское лечение и/или обследование больных.

1.21. Медицинская эвакуация: эвакуация Застрахованного Лица в случаях, когда медицинское состояние Застрахованного Лица требует незамедлительной транспортировки с места, где Застрахованное Лицо получило телесное повреждение или с места, где началось внезапное заболевание в ближайшую больницу, адекватно оборудованную для лечения Застрахованного Лица.

1.22. Медицинская репатриация: транспортировка Застрахованного Лица в страну его проживания для последующего медицинского стационарного или амбулаторного лечения после медицинского обслуживания, полученного в больнице на Территории действия страхования в случаях, когда медицинское состояние Застрахованного Лица позволяет осуществить такую репатриацию.

1.23. Репатриация - комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством до аэропорта страны постоянного проживания.

1.24. Транспортное средство: означает любое сухопутное, водное или воздушное транспортное средство необходимое для чрезвычайной медицинской транспортировки или репатриации, включающее, но не ограниченное следующим: воздушная скорая помощь, сухопутная - скорая помощь, а также частные транспортные средства.

1.25. Зарегистрированный перевозчик: компания, имеющая лицензию на перевозку пассажиров,

оплачивающих свой проезд любыми наземными, морскими или воздушными транспортными средствами и производящая перевозку только по фиксированным, установленным маршрутам и расписаниям.

1.26. **Гражданская война:** вооруженное противостояние между двумя или более сторонами в одной стране, когда стороны являются различными этническими, идеологическими или религиозными группами. В определение включены: вооруженное восстание, революция, антиправительственная агитация, мятеж, переворот, последствия военного положения и т.п.

1.27. **Война с другим государством:** объявленное или необъявленное вооруженное противодействие между двумя странами.

РАЗДЕЛ 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Полис является объектом регулирования законодательства Республики Узбекистан, суды которого обладают исключительными полномочиями по любым спорным вопросам, возникшим по данному Полису.

2.2. Действие Полиса может быть досрочно прекращено (расторгнут) в любое время по письменному заявлению Страхователя.

2.3. Полис считается недействительным в случае искажения, неверного описания или не раскрытия любых существенных материалов или подробностей Страхователем, или любым иным лицом, действующим в его интересах.

2.4. Застрахованное Лицо должно предпринимать все разумные меры для предотвращения несчастных случаев и

избежание заболеваний, а также действовать в соответствии с требованиями закона, что является условием, предшествующим наступлению обязательств Компании.

2.5. Внесение изменений или дополнений к настоящим Правилам входит в исключительные полномочия исполнительного органа (Генерального директора) Страховщика. Изменения к Полису будут действительны только при условии письменного согласия Страховщика и выдачи данного изменения вместе с настоящими Правилами.

2.6. Порядок заключения и вступления в силу Договора страхования в электронной форме.

2.6.1. Настоящие Правила содержат в себе все существенные условия Договора страхования и считаются электронным документом, устанавливающим условия продажи и оказания страховых услуг Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу;

2.6.2. Договор страхования (Полис) формируется на основе данных, представленных Страхователем Страховщику с использованием информационных систем;

2.6.3. Страхователь заполняет обязательные поля электронного заявления, самостоятельно и в строгом соответствии с данными оригинальных документов, указанных в заявлении;

2.6.4. Страхователь принимает на себя ответственность за достоверность и тождественность информации, указанной в заявлении, сведениям оригиналов заявленных документов, а также соглашается, что при наступлении страхового случая и несоответствии заявленных документов их оригиналам, Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения;

2.6.5. Данные документов, указанные и внесенные в заявление, автоматически вносятся в договор страхования (Полис).

2.6.6. Стороны Договора страхования подтверждают, что получение Страхователем Полиса страхования на свой мессенджер по указанному номеру телефона, указанного при заполнении персональных данных, является надлежащим подписанием Договора страхования (Полиса страхования).

2.6.7. Стороны подтверждают свое согласие с тем, что передача Полиса страхования на мессенджеры по указанному номеру Страхователем в заявлении, является надлежащим вручением Страхователю договора страхования (Полиса страхования).

2.7. Порядок оплаты Договора страхования (Полиса страхования):

2.7.1. Оплата страховой премии по Договору страхования (Полису страхования) производится Страхователем с использованием информационных систем (онлайн), применяемых Страховщиком;

2.7.2. После заполнения заявления на сайте - информационной системе Страховщика, Страхователю необходимо выбрать электронную платежную систему, после чего он будет автоматически переадресован на сайт выбранной платежной системы для списания рассчитанной суммы страховой премии на расчетный счет Страховщика;

2.7.3. После получения подтверждения об оплате стоимости Полиса страхования, информационная система Страховщика автоматически производит оформление Полиса страхования в электронной форме, отправляет его на мессенджеры по указанному номеру телефона при заполнении персональных данных последующим оповещением Страхователя путем направления СМС-сообщения, содержащего сведения о серии и номере Полиса страхования; о факте электронной отправки Полиса страхования.

2.8. Прекращение договора страхования

2.8.1. Действие Полиса страхования прекращается в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Республики Узбекистан.

2.8.2. Действие Полиса может быть досрочно прекращено (расторгнут) в любое время по письменному заявлению Страхователя.

2.8.3. Полный/частичный возврат страховой премии Страховщиком производится путем единовременного перевода денежных средств на лицевой счет (пластиковой карты, банковский счет или счет до востребования) Страхователя в следующем порядке и случае:

2.8.3.1. если Страхователь заявил об отказе от страхования до начала периода действия Полиса страхования, Страховщик возвратит ему оплаченную страховую премию в полном объеме;

2.8.3.2. если Страхователь заявил об отказе после начала периода действия Полиса страхования, Страховщик возвратит ему страховую премию за не истекший период страхования;

2.8.3.3. досрочного возвращения Застрахованного лица из-за рубежа в связи с изменением срока пребывания за рубежом - Страховщик возвратит ему 85 (восемьдесят пять) % страховой премии за неиспользованный период страхования;

2.8.4. по всем вышеуказанным случаям, предусмотренным пунктом 2.8.3. настоящих правил, Страхователям, оформившим Полис в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, при возврате страховой премии или её части, последние 15 (пятнадцать) дней периода действия Полиса страхования, дополнительно включенные согласно пункту 3.5 настоящих правил, не учитываются.

2.9. Страховая премия не возвращается в случаях:

2.9.1. если в течение периода страхования произошел страховой случай, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства;

2.9.2. если в паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза на путешествие, когда для получения визы требовалось наличие Полиса. Данный пункт настоящих правил не распространяется на Полисы, предусматривающие многократные путешествия или когда количество совершенных поездок по страховому Полису равно количеству поездок, указанных в визе Застрахованного лица;

2.9.3. Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, указанного в Полисе страхования;

2.9.4. если договор страхования прекращен или расторгнут из-за нарушения Страхователем/Застрахованных лиц своих обязательств по настоящему договору и законодательству.

2.10. В соответствии со статьей 370 Гражданского кодекса Республики Узбекистан, безусловным принятием (акцептом) условий настоящих Правил считается отметка галочкой (✓) соответствующего квадрата между кнопкой «Оформить» и надписью «Согласен с условиями публичной оферты страхования», а также, нажатие кнопки «Оформить», чем выражается согласие:

- с условиями настоящих Правил, включая условиями страхования, изложенными в ней;

- на обработку персональных данных лиц, указанных при заполнении заявления, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение (без уведомления об уничтожении), путем обработки автоматизированным или неавтоматизированным способом в целях осуществления страховой деятельности сроком на 5 (пять) лет, а также на их передачу в целях исполнения договора страхования, обеспечения внутреннего документооборота, третьим лицам.

2.11. Заявлением на страхование является внесение Страхователем на интернет-ресурсе Страховщика либо предоставление в бумажном виде в случае оформления страхового полиса off-line всех сведений, необходимых и существенных для заключения Договора страхования. Страховщик обязуется обеспечить сохранность и не разглашать персональные данные Страхователя и иных физических лиц, указанных в Договоре страхования в соответствии с требованиями Закона Республики Узбекистан «О страховой деятельности». При этом, Страхователь соглашается на раскрытие Страховщиком сведений по настоящим Правилам посольствам иностранных государств, которые могут запросить информацию о наличии страховой защиты в отношении Страхователя/Застрахованного лица, путешествующего в страны этих посольств.

РАЗДЕЛ 3. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

3.1. Период страхования устанавливается соразмерно сроку пребывания Страхователя и/или Застрахованного лица за рубежом, но не более одного года.

3.2. Период страхования указывается в Полисе, который может быть приобретен для лиц, находящихся в стране постоянного проживания и планирующих в будущем путешествие за рубеж, или для лиц, уже находящихся в путешествии и за пределами страны постоянного проживания.

3.2.1. в случае приобретения Полиса в соответствии с настоящими правилами для лиц, находящихся в стране постоянного проживания и планирующих путешествие в будущем, период страхования начинается с даты, указанной в Полисе как дата начала периода страхования, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при въезде в страну путешествия или фактическое нахождение на территории путешествия до пересечения границы).

3.2.2. в случае приобретения Полиса в соответствии с настоящими правилами на новый срок (продление) для лиц, уже находящихся в путешествии или за пределами страны постоянного проживания, период страхования начинается на следующий день с 00:00:00 часов дня, следующего за днём оплаты страховой премии, но не ранее даты, указанной в Полисе как начало периода страхования;

3.2.3. в случае приобретения Полиса для лиц, не обладающих Полисом, оформленного в соответствии с настоящими правилами, но уже находящихся в путешествии или за пределами страны постоянного проживания, начало периода страхования отсрочивается от даты начала периода страхования, указанного в Полисе:

а) по программе страхования «STANDARD», «CORPORATE», «VIP» на три дня и начинается в 00:00:00 часов четвертого дня, следующего за днем оформления Полиса;

б) по программам страхования «STANDARD+COVID-19», «CORPORATE+COVID-19», «VIP+COVID-19» на десять дней и начинается с 00:00:00 часов одиннадцатого дня, следующего за днем оформления Полиса.

При наступлении страхового случая во время отсрочки периода страхования, как указано в пункте 3.2.3 настоящих Правил, Страховая компания не рассматривает обращения и полностью освобождается от обязательств по страховой выплате/страхового обеспечения.

3.3. Период страхования заканчивается с момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса страхования (отметка пограничных служб в паспорте при выезде из страны пребывания), но не позднее 23:59:59 часа дня, указанного в Полисе страхования как дата окончания периода действия Полиса страхования.

3.4. Если возвращение Застрахованного лица из-за рубежа в день окончания периода страхования невозможно в связи с его госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик продолжает выполнять свои обязательства, предусмотренные настоящей Офертой, в пределах страховой суммы.

3.5. При оформлении Полиса страхования в страны Шенгенского соглашения на срок не более 92 (девяноста двух) дней, к количеству дней путешествия добавляются дополнительные 15 (пятнадцать) дней, которые указываются в периоде действия Полиса страхования. Страховщик освобождается от обязанности осуществить страховую выплату в отношении страховых случаев, произошедших по истечению определенных количеств дней, указанных в Полисе страхования, но в период добавленных дополнительных 15 (пятнадцати) дней.

3.6. Если Полис предусматривает многократные путешествия Застрахованного лица за рубеж, независимо от количества дней его путешествия в период действия Полиса страхования, период страхования зависит от выбранной программы многократных путешествий (план мульти).

3.7. Если Полис предусматривает многократные путешествия Застрахованного лица в течение срока его действия, Страховщик несет ответственность только в пределах количества дней страхования, указанного в Полисе. При каждом выезде из территории страхования, данное количество дней страхования автоматически уменьшается на количество дней, проведенных Застрахованным лицом на территории страхования. Обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты прекращается по истечении указанного в Полисе количества дней страхования.

РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми случаями по настоящим Правилам являются:

4.1.1. Внезапное заболевание и/или несчастный случай с Застрахованным лицом, требующее организации (оказание) первичной неотложной медико-санитарной помощи;

4.1.2. Заболевание зубов и полости рта;

4.1.3. Внезапное заболевание и/или несчастный случай с Застрахованным лицом, повлекшее необходимость организации (оказания) Застрахованному лицу Медицинской Эвакуации;

4.1.4. Смерть Застрахованного лица в результате внезапного заболевания и/или несчастного случая, повлекшего необходимость организации Репатриации, а также осуществление выплаты по данному покрытию.

РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ ИЛИ ВНЕЗАПНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

5.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного настоящими правилами, оплате в пределах страховой суммы, по каждой услуге, входящей в Программу страхования, подлежат расходы на следующие услуги, а именно:

5.1.1. на амбулаторное и стационарное (только неотложные операции) лечение в учреждении, включая расходы на врачебные услуги (консультации), диагностические и лабораторные исследования, предписанные врачом, назначенные врачом медикаменты (по рецепту), перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж и т.п.), до момента, когда становится возможной медицинская эвакуация Застрахованного лица до страны постоянного проживания и/или выписки из учреждения.

В части диагностических мероприятий для определения диагноза Застрахованному лицу, предусмотренного пунктом 5.1.1. настоящих правил, устанавливается ограничение (лимит) в пределах 700 (семьсот) Евро.

5.1.2. на неотложную стоматологическую помощь в пределах страховой суммы, указанной в выбранной Программе страхования;

5.1.3. на медицинскую эвакуацию Застрахованного лица с места происшествия до ближайшего учреждения или к ближайшему врачу, или с одного учреждения в другое (в пределах страны временного пребывания), либо до страны постоянного проживания. При этом решение о целесообразности медицинской эвакуации принимается только уполномоченными врачами Страховщика, при условии, что необходима неотложная помощь. В случае, если медицинскую эвакуацию организует третье лицо без согласования этого с Страховщиком, Страховщик оплатит расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую медицинскую эвакуацию могла бы обеспечить Страховщик при помощи Службы Ассистанса;

5.1.4. на транспортировку сопровождающего лица при медицинской эвакуации Застрахованного лица, если такое сопровождение необходимо по указанию лечащего врача;

5.1.5. для возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания, если из-за госпитализации в связи со страховым случаем Застрахованное лицо потеряло возможность использовать приобретенные им билеты. Страховщик не компенсирует Застрахованному лицу стоимость ранее приобретенных билетов.

При этом, Страховщик возмещает только равнозначный вид транспорта, покрывая проезд экономическим

классом. В случае, если возможен возврат или замена приобретенных ранее билетов, Страховщик выплачивает сумму, которую необходимо доплатить за обмен билетов. При отказе Застрахованным лицом от приобретённого Компанией для него авиабилета по любой причине, Компания вправе отменить приобретённый билет и отказать Застрахованному лицу в последующем предоставлении страховых услуг. Также, Компания вправе отказать Застрахованному лицу в оказании страховых услуг и отменить приобретенный билет, если Застрахованное лицо потребует изменить дату авиабилета на другую дату в связи с расхождением его планов, неудовлетворительным рейсом, стыковками, маршрутом следования и другими;

5.1.6. на проезд эконоом классом:

а) несовершеннолетних детей Застрахованного лица в страну постоянного проживания, когда несовершеннолетние дети Застрахованного лица упустили возможность использовать ранее приобретенные ими билеты и остались без присмотра по причине страхового случая, произошедшего с Застрахованным лицом;

б) одного сопровождающего несовершеннолетнего Застрахованного лица, когда такое лицо необходимо для возвращения несовершеннолетних детей Застрахованного лица в связи с наступлением страхового случая с Застрахованным лицом;

При этом, Страховщик возмещает только равнозначный вид транспорта, покрывая проезд экономическим классом. В случае, если возможен возврат или замена приобретенных ранее билетов, Страховщик выплачивает сумму, которую необходимо доплатить за обмен билетов;

5.1.7. на организацию и проведение мероприятий, необходимых для поиска и спасения Застрахованного лица;

5.1.8. на проведение мероприятий, связанных с погребением Застрахованного лица на территории действия Полиса страхования, за исключением ритуальных услуг;

5.1.9. на репатриацию, за исключением проведения ритуальных услуг и погребения в стране постоянного проживания Застрахованного лица. Если репатриацию организует третье лицо, без согласования этого с Страховщиком, Страховщик оплачивает расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую репатриацию могла бы обеспечить Страховщик при помощи Службы Ассистанса;

5.1.10. на сдачу анализов (тестов и других), установление диагноза, лечение и оказание медицинской помощи при эпидемических и вирусных заболеваниях (эпидемий, пандемий), а также при помещении на карантин в рамках программ страхования «+COVID19».

При этом, компенсации или возмещению подлежат:

а) расходы по оплате тестов (анализов), назначенные врачом в целях подтверждения наличия или отсутствия эпидемического или вирусного заболевания;

б) возмещение медицинских расходов в пределах страховой суммы, указанной в выбранной Программе страхования, а также расходы, связанные с помещением Застрахованного лица в гостинице или специально отведенном помещении на карантин (кроме бытовых расходов и расходов на питание) на срок не более 14 (четырнадцать) дней. При этом, возмещаются или оплачиваются расходы в пределах средней стоимости гостиничного номера;

в) расходы по медицинской эвакуации в пределах страховой суммы, указанной в выбранной Программе страхования;

г) расходы по медицинской репатриации в пределах страховой суммы, указанной в выбранной Программе страхования;

д) расходы по репатриации тела в пределах страховой суммы, указанной в выбранной Программе страхования;

5.2. Страховщик оплачивает медицинские расходы за хирургические операции только при условии, что данная манипуляция была неотложной и не могла быть произведена после организации медицинской эвакуации в стране постоянного проживания Застрахованного лица, т.е. оплата осуществляется только тогда, когда мгновенное не проведение операции угрожает жизни Застрахованного лица или существует возможность серьезного нарушения его здоровья.

5.3. Страховщик оплачивает приобретение медикаментов только в случае, если они приобретены по выписанным врачом рецептам.

5.4. Страховщик оставляет за собой право оплаты расходов за медицинские услуги, предоставленные в медицинских центрах, клиниках и у частных врачей в Турции и Египте, с которыми у Службы Ассистанса не заключены договоры о сотрудничестве, только в том размере, в каком бы Страховщик их компенсировала, оплачивая такие же услуги, полученные при помощи Службы Ассистанса.

5.5. Обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплаты действуют в отношении страховых случаев, произошедших в период страхования и на территории действия Полиса страхования.

5.5. Страховщик несет обязательства по осуществлению страховой выплаты в пределах страховой суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования, а также по страхованию от несчастного случая, в результате которого наступила смерть Застрахованного лица.

РАЗДЕЛ 6. СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ.

6.1. Если в результате Несчастного случая Застрахованное Лицо получит телесное повреждение, которое прямо и независимо от любых других причин приведет к смерти в течение последующих 90 (девяносто) дней после Несчастного случая, Компания обязуется выплатить Выгодоприобретателю страховую сумму по данному покрытию.

6.2. Исчезновение: Если тело Застрахованного Лица не было найдено в течение 12 (Двенадцати) месяцев

после исчезновения Застрахованного Лица в результате вынужденной посадки, выброса на берег, крушения, утопления судна, на котором Застрахованное Лицо находилось в качестве пассажира, то будет считаться, что Застрахованное Лицо погибло в результате Несчастного случая (если при этом имеется в наличии соответствующее решение суда о признании данного факта). Если в какой-либо момент, после произведения выплаты страховой суммы по смерти выясняется, что Застрахованное Лицо живо, все уплаченные страховые выплаты должны быть полностью возвращены Компании.

6.3. Если Застрахованное Лицо будет считаться исчезнувшим и/или пропавшим без вести, согласно юридическим условиям в стране пребывания, то покрытие расходов Страховщиком в связи с поисковыми и спасательными мероприятиями будут производиться только в Период действия Полиса страхования.

РАЗДЕЛ 7. ПОСТОЯННАЯ ЧАСТИЧНАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ.

7.1. Если в результате Несчастного случая Застрахованное Лицо получит телесное повреждение, которое прямо и независимо от любых других причин приведет к постоянной частичной нетрудоспособности (инвалидность первой группы) в течение последующих 90 (девяносто) дней после Несчастного случая, Компания обязуется выплатить Застрахованному Лицу определенный процент от страховой суммы согласно Таблице страховых выплат.

7.2. Специальные определения:

Потеря: термин потеря по отношению к кисти, стопе, руке или ноге будет означать потерю путем физического отчленения и полную и постоянную невозможность использования указанных органов.

7.3. Специальные положения:

7.3.1. Общая сумма, выплачиваемая по более, чем одному виду нетрудоспособности, относящемуся к одному Несчастному случаю, складывается из различных сумм, указанных в Таблице страховых выплат по нетрудоспособности, но не должна превышать общую страховую сумму по данному покрытию.

7.3.2. Виды постоянной нетрудоспособности, не описанные выше, будут компенсироваться по усмотрению Компании, принимая во внимание степень тяжести, в сравнении с приведенными страховыми выплатами, выраженными в процентах за вышеперечисленные виды нетрудоспособности.

РАЗДЕЛ 8. УСЛУГИ ПО СОДЕЙСТВИЮ

8.1. Если в течение Периода действия Полиса Застрахованное Лицо получит телесные повреждения или внезапное заболевание, Международная Ассистанс Компания, действуя от имени Компании, организует и обеспечит выполнение нижеследующих услуг и страховых покрытий, в пределах страховых сумм по страховым покрытиям, указанным в Таблице программ, используя при этом средства и услуги, наиболее подходящие к физическому состоянию Застрахованного Лица.

Сумма выплат по медицинской эвакуации, медицинской репатриации, репатриации тела, компенсации стоимости гроба и чрезвычайным транспортным расходам для члена семьи Застрахованного Лица не будет превышать страховой суммы по содействию во время путешествия по выбранному варианту страхования.

8.2. Услуги медицинского содействия в случае телесного повреждения или внезапного заболевания:

8.2.1. **Медицинская консультация по телефону:** Международная Ассистанс Компания организует Застрахованному Лицу получение медицинской консультации по телефону.

8.2.2. **Направление к медицинским специалистам:** Международная Ассистанс Компания обеспечит Застрахованное Лицо информацией о Врачах, больницах, клиниках, стоматологах и стоматологических клиниках по всему миру.

8.2.3. **Организация приема к Врачу:** Международная Ассистанс Компания организует Застрахованному Лицу прием к терапевту или специализированному Врачу, если это необходимо с медицинской точки зрения.

8.2.4. **Организация госпитализации:** если состояние Застрахованного Лица требует госпитализации Международная Ассистанс Компания организует госпитализацию Застрахованного Лица.

8.3. Медицинская эвакуация и репатриация:

8.3.1. **Медицинская эвакуация:** В случае внезапного заболевания или телесного повреждения, которые требуют госпитализации или амбулаторного лечения, Международная Ассистанс Компания окажет содействие Застрахованному Лицу в организации любого вида необходимой медицинской транспортировки, по усмотрению Международной Ассистанс Компании, любым возможным воздушным и/или наземным видом транспорта, имеющимся в ее распоряжении, включая медицинский уход во время транспортировки, расходы на связь и все другие расходы при перемещении Застрахованного Лица в ближайшую больницу, адекватно оборудованную для лечения Застрахованного Лица. Только медицинские работники Международной Ассистанс Компании, вместе с местным лечащим Врачом Застрахованного Лица решают, какие средства медицинского транспорта и какое медицинское учреждение наиболее подходит для текущего состояния здоровья Застрахованного Лица. Медицинская эвакуация должна быть назначена Международной Ассистанс Компанией или Врачом, который подтвердит, что характер и степень тяжести телесного повреждения или внезапного заболевания Застрахованного Лица требует его транспортировку.

8.3.2. **Медицинская репатриация:** Если после госпитализации или лечения, Застрахованное Лицо не способно продолжать поездку, Международная Ассистанс Компания в согласованности с местным лечащим врачом и/или постоянным врачом Застрахованного Лица организует возвращение Застрахованного Лица в страну его проживания или в страну, гражданином которой он является. Международная Ассистанс Компания обеспечит

медицинское сопровождение (необходимый медицинский персонал и/или оборудование) Застрахованного Лица на время его возвращения, если это будет необходимо из-за серьезности состояния Застрахованного Лица. В случае, если медицинские работники Международной Ассистанс Компании, вместе с местным лечащим врачом считают медицинскую репатриацию возможной с медицинской точки зрения, а Застрахованное Лицо отказывается от нее, обязательства Компании по оплате медицинских расходов, возникших после даты возможной репатриации, прекращаются.

Компания оплатит обычные и разумные расходы за транспортировку и репатриацию в пределах страховых сумм по данным покрытиям в случае, если Застрахованное Лицо должно быть транспортировано или репатрировано в результате телесного повреждения или внезапного заболевания, возникших в период действия Полиса. Эвакуация/репатриация должна быть произведена наиболее прямым ближайшим путем, а также наиболее экономным способом. Расходы по эвакуации/репатриации должны быть рекомендованы лечащим Врачом, востребованы стандартными правилами по транспортировке/репатриации организации, производящей такую транспортировку, организованы и санкционированы заранее Международной Ассистанс Компанией.

Компания вправе не возмещать расходы по медицинской эвакуации, медицинской репатриации и репатриации тела, понесенные без разрешения Международной Ассистанс Компании и/или Компании.

8.4. Репатриация тела: в случае смерти Застрахованного Лица во время действия Полиса вследствие телесных повреждений или внезапного заболевания, Международная Ассистанс Компания организует перевозку тела Застрахованного Лица в страну его проживания.

8.5. Компенсация стоимости гроба: в случае смерти Застрахованного Лица во время Периода действия Полиса, если по местным правилам тело должно быть перевезено в гробу, Международная Ассистанс Компания организует и оплатит покупку гроба, стоимость которого не превысит страховой суммы по данному покрытию.

8.5. Чрезвычайные транспортные расходы для члена семьи: Если Застрахованное Лицо не может быть репатрировано из-за своего физического состояния и должно быть госпитализировано во время Периода действия Полиса на срок более 10 (десяти) дней, Международная Ассистанс Компания предоставит в распоряжение одного из совершеннолетних и дееспособных членов его/ее семьи (супруга, родителя, ребенка) авиабилет в обе стороны эконом-класса или железнодорожный билет 1 (первого) класса из места его проживания до города нахождения Застрахованного Лица, стоимость которого не превысит страховой суммы по данному покрытию.

В случае госпитализации или смерти Застрахованного лица в Период действия Полиса на Территории действия страхования, Международная Ассистанс Компания организует и оплатит от имени Компании сопровождение и возвращение домой (до места их проживания) несовершеннолетних детей Застрахованного лица, для которых Застрахованное лицо являлся единственным сопровождающим.

РАЗДЕЛ 9. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

9.1. Компания не будет нести обязательство по любой страховой выплате Застрахованному Лицу:

9.1.1. за телесные повреждения или внезапные заболевания, полученные на гражданской войне или войне с другим государством, при актах терроризма и их последствиях;

9.1.2. за телесные повреждения, полученные во время или в результате непосредственного участия Застрахованного Лица в любых демонстрациях, забастовках, мятежах, восстаниях или актах гражданского неповиновения;

9.1.3. за телесные повреждения или внезапные заболевания, связанные со стихийным бедствием и его последствием, загрязнением окружающей среды, карантинном, эпидемией (пандемией), за исключением если застрахованный застрахован по программе «STANDARD», «CORPORATE», «VIP» или был оплачен дополнительный тариф.

9.1.4. за телесные повреждения или внезапные заболевания, вызванные или намеренно спровоцированные Застрахованным Лицом или третьими лицами в сговоре с ним и направленным на наступление страхового случая, а также последствия из-за попытки самоубийства или смерти в результате самоубийства Застрахованного лица;

9.1.5. за телесные повреждения или внезапные заболевания, полученные в результате умышленного или преднамеренного подтверждения себя опасности (за исключением попыток спасения человеческой жизни), членовредительства, самоубийства или попытки к самоубийству, а также в результате пренебрежения советами Врача;

9.1.6. за телесные повреждения, полученные во время службы или прохождения соответствующего обучения в военных или правоохранительных органах, не исключая случаи, когда Застрахованное Лицо находилось в отпуске или не в служебной форме;

9.1.7. за телесные повреждения, полученные во время или в результате участия в любом криминальном акте или уголовном преступлении, административном или другом виде правонарушения, в результате участия в пари, драке и т.д.;

9.1.8. за телесные повреждения или внезапные заболевания, вызванные или полученные в результате того, что Застрахованное Лицо находилось под воздействием алкоголя, лекарственных препаратов, токсических или наркотических средств;

9.1.9. за телесные повреждения, вызванные участием Застрахованного Лица в любых видах спорта в качестве профессионального участника и на любительском уровне, кроме случаев, когда был оплачен дополнительный тариф;

9.1.10. за телесные повреждения, полученные в результате непосредственного участия в любых опасных видах спорта, таких как парашютный, планерный, дельтапланерный, дайвинг, банджи - джампинг (прыжки в развлекательных или спортивных целях с высоты более 10 (десяти) метров будучи привязанным);

9.1.11. за телесные повреждения, полученные во время управления моторизированных сухопутных, водных или воздушных транспортных средств; в результате управления или езды на мотоцикле, водном мотоцикле или мотороллере;

9.1.12. за телесные повреждения, полученные во время полета на воздушном виде транспорта, кроме случаев, когда Застрахованное Лицо летело в качестве заплатившего за перелет пассажира на судне, принадлежащем авиакомпании, должным образом, зарегистрированным и одобренным для использования в качестве пассажирского транспорта на регулярных маршрутах по опубликованному расписанию;

9.1.13. за телесные повреждения или заболевания, произошедшие в результате выполнения любых форм опасной работы или связанных с любым ремеслом или профессией (в том числе в качестве шахтера, строителя, электромонтажника и т. п.);

9.1.14. за профессиональные заболевания;

9.1.15. за внезапные заболевания, связанные с течением беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока, проявления хронических заболеваний, обострившиеся вследствие беременности, плановая консультация, некачественный осмотр врача, повлекший за собой врачебную ошибку, преждевременные/искусственные роды и т.д.;

9.1.16. грибковые заболевания (в том числе молочница) и их обострения, последствия и осложнения;

9.1.17. за телесные повреждения или внезапные заболевания, спровоцированные или вызванные Синдромом Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) или Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ), а также любыми другими связанными с ними заболеваниями или кондициями, включая генетические производные или вариации, чем бы не вызванные или каким бы образом не приобретенные. Застрахованное Лицо само ответственно за доказательство того, что телесное повреждение или внезапное заболевание не было получено и не возникло посредством СПИДа или ВИЧ;

9.1.18. за расходы, связанные с заболеванием системы кровообращения (за исключением артериальной гипертонии и гипотензии), требующие сложного лечения и/или длительного пребывания в стационаре, в том числе кардиохирургического оперативного лечения (включая ангиографию, ангиопластику, стентирование, шунтирование и т.п. даже при наличии медицинских показаний к их проведению.), а также лечения ранних и поздних осложнений, возникших вследствие ранее перенесенных заболеваний системы кровообращения и хирургических вмешательств;

за любые другие металлические конструкции за исключением спиц, пластин, штифтов и пр., используемых при экстренных и срочных вмешательствах после травм опорно-связочного аппарата, имеющих абсолютные показания к оперативному вмешательству: переломы костей с повреждением магистральных сосудистого и нервного стволов, отрывные переломы костей с диастазом отломков, интерпозиция тканей, внутрисуставные переломы костей (шейка бедра, ладьевидная кость), открытые переломы костей, где обязательной является первичная хирургическая обработка раны, угроза перфорации кожи костным отломком, перелом в сочетании с вывихом. В случае невозможности выделить из общего счета стоимость вышеуказанных манипуляций их стоимость принимается равной двум дням госпитализации (день проведения операции и последующий) и вычитается из суммы итогового счета за госпитализацию;

9.1.19. расходы на лечение Застрахованного лица, возникшие вследствие обострения или осложнения наследственных и/или врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

9.1.20. хронические заболевания и/или их обострения/осложнения, и/или иные формы и виды их проявления. В случае обострения/осложнения у Застрахованного лица хронических заболеваний, Страховщик организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица в пределах 500 (пятьсот) Евро;

9.1.21. заболевания (инфаркт, инсульт, сахарный диабет, почечная недостаточность, туберкулёз, цирроз печени, вирусные гепатиты, любые виды аневризмы, эндокринные заболевания и т.п.), возникновение которых происходит в течение длительного времени и/или в связи с наличием других заболеваний, требующих сложного лечения и/или длительного пребывания в медицинском учреждении. В случае первичного обнаружения вышеуказанных заболеваний, Страховщик организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица в пределах 700 (семьсот) Евро;

9.1.22. за лечение онкологических/опухолевых заболеваний, новообразований (злокачественные и доброкачественные) и/или их последствий;

9.1.23. за телесные повреждения или внезапные заболевания, спровоцированные или вызванные венерическими заболеваниями, передаваемыми половым путем, наличием у Застрахованного любых форм гепатита и их последствий (осложнениями);

9.1.24. за лечение, связанное с нервными или умственными проблемами, независимо от их классификации, психическими заболеваниями и состояниями, судорожными состояниями, эпилепсией (первичной и симптоматической), неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.);

9.1.25. за любой патологический перелом;

9.1.26. нетрадиционными способами лечения, официально не признанными наукой и медициной, а также лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито и натуротерапии и т.п.;

9.1.27. за расходы, связанные с приобретением витаминов, пищевых добавок, обогатителей питания, продуктов растительного происхождения, гомеопатических средств;

9.1.28. за лечения любого рода и все пребывания в учреждениях длительного лечения (домах престарелых, восстановительных центрах, профилакториях, наркологических центрах и т.д.);

9.1.29. за исследования, операции и лечения косметического характера, ожирения, в целях облегчения беременности, а также за лечение импотенции или с целью улучшения потенции;

9.1.30. за лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения; дерматологических заболеваний, пищевых дерматитов, аллергических реакций (кроме угрожающих жизни состояний (отек Квинке и т.п.)), чесотки, дерматитов, связанных с укусами насекомых, кроме угрожающих жизни состояний (в результате укусов ядовитых пауков, пчел, ос, скорпионов, ядовитых пресмыкающихся, медуз, морских ежей, рыб и т.п.)

9.1.31. за расходы Застрахованного лица в связи с эпидемиями и такими особо опасными и тропическими заболеваниями как: чума, холера, оспа, желтая лихорадка, геморрагическая лихорадка, сибирская язва, сыпной тиф и т.п.

9.1.32. за искусственное осеменение, лечение бесплодия и по предупреждению зачатия;

9.1.33. за лечение, связанное с пластической и восстановительной хирургией, трансплантологией (пересадкой органов), и всякого рода протезированием, включая зубное, глазное, ортопедическое, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантатов (в том числе наборов ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.);

9.1.34. за приобретение контактных линз, очков и слуховых аппаратов.

9.1.35. за оказание стоматологической помощи, кроме расходов на осмотр, экстренное лечение, медикаменты и материалы при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая;

Специальные исключения

9.2. Компания не будет нести обязательство за осуществление страховой выплаты любому Застрахованному Лицу за:

9.2.1. любые медицинские расходы, если застрахованная поездка была предпринята против совета квалифицированного практикующего врача, имеющего лицензию;

9.2.2. любые медицинские расходы, если целью поездки для Застрахованного Лица было получение медицинского лечения или консультации;

9.2.3. обычные профилактические или другие медицинские обследования / проверки, в случаях, когда отсутствовали объективные показания ухудшения в обычном состоянии здоровья;

9.2.4. предоставление услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, либо не назначенные врачом, а также хирургические операции, которые не являются неотложными;

9.2.5. любое медицинское лечение, использование лекарств или препаратов, предписанных к употреблению до начала действия страхового покрытия;

9.2.6. постоянные коронки или искусственные зубы;

9.2.7. заболевания, которые в предыдущие 5 (шесть) месяцев до начала поездки требовали стационарного лечения;

9.2.8. пребывание в медицинском учреждении (кроме медицинских расходов), а также организация дополнительного комфорта, в частности: палата «люкс», телевизор, телефон, кондиционер услуги переводчика и т.д.

9.2.9. лечение Застрахованного и/или уходу за ним, осуществляемыми его родственниками, а также расходы, связанные с обеспечением пребывания родственников Застрахованного, обусловленного его лечением и последующим возвращением в страну постоянного проживания;

9.2.10. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

9.2.11. расходы, связанные с оказанием транспортных и иных услуг и не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек);

9.2.12. реабилитацию, восстановительное лечение и физиотерапию;

9.2.13. проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях, а также на лечение заболеваний, являющихся следствием этого лечения и/или осуществление репатриации, в том числе и посмертной;

9.2.14. на проведение дезинфекции, вакцинации (в том числе вакцинация при наступлении страхового случая против бешенства, энцефалита и пр.), если иное не предусмотрено договором страхования;

9.2.15. по стационарному лечению, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Компанией по содействию;

9.2.16. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям, если иное не предусмотрено договором страхования;

9.2.17. транспортные, медико-транспортные и расходы по посмертной репатриации, если наступившее событие связано с хроническими заболеваниями, а также заболеваниями, известными или существующими к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет, если иное не предусмотрено договором страхования;

9.1.18. расходы на лечение, которые имели место после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания, а также после окончания периода страхования.

9.2.19. расходы, превышающие установленные страховые суммы;

9.2.20. несогласованные с Международной Ассистанс компанией расходы, если несогласованные действия привели к увеличению убытков Страховщика, необоснованному завышению предоставленным к возмещению счетам

договором страхования предусмотрено обязательное обращение в СЦ. Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочтет причины не обращения в Сервисный Центр объективными.

9.2.21. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан

9.2.22. В соответствии с условиями настоящих правил Страховщик освобождается от ответственности и не покрывает косвенные убытки, недополученную прибыль, пени, штрафы, неустойки и прочие финансовые санкции.

РАЗДЕЛ 10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО УВЕДОМЛЕНИЯМ О СТРАХОВЫХ СЛУЧАЯХ (ПРЕТЕНЗИЯХ)

10.1. Если во время и на территории действия Полиса с Застрахованным Лицом произойдет несчастный случай или внезапное заболевание или любое другое событие, покрываемое данным Полисом, Застрахованное Лицо или его уполномоченный представитель должен срочно связаться с Международной Ассистанс Компанией (русскоязычный оператор) по выделенному телефонному номеру, указанному в Полисе Застрахованного Лица. Оплата за телефонный разговор (только первый телефонный звонок) будет возмещена Компанией после предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) оригинального счета с указанием номера вызываемого абонента.

10.2. При этом Застрахованное Лицо (или его уполномоченный представитель) должно сообщить фамилию и имя, номер и срок действия Полиса, подробное описание обстоятельств происшествия и характер требуемой помощи, местонахождение и номер контактного телефона для обратной связи.

10.3. В случае невозможности позвонить в Службу Ассистанса до консультации с врачом или отправки в клинику, Застрахованное лицо должно позвонить в Службу Ассистанса при первой возможности. В любом случае, до осуществления оплаты счетов/расходов, Застрахованное лицо должно сообщить о случившемся в Службу Ассистанса или в Компанию и предъявить медицинскому персоналу Полис.

10.4. В случае невозможности связаться со Службой Ассистанса, Застрахованное лицо может самостоятельно оплатить расходы, связанные со страховым событием. В этом случае Застрахованное лицо письменно обращается в Компанию о случившемся.

Такие уведомления о происшествии, по которому может быть представлена претензия о страховой выплате по данному Полису, должны быть предоставлены в Компанию не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения Застрахованного лица из-за рубежа, в то время как уведомление о смерти должно быть представлено незамедлительно.

10.5. Все документальные подтверждения, информация и свидетельства, запрашиваемые Компанией, должны быть предоставлены бесплатно, и должны иметь форму и содержание в соответствии с требованиями Компании. В случае неполучения или отсутствия запрашиваемой и разумно необходимой информации Компания имеет право не производить страховые возмещения.

10.6. Для осуществления страховой выплаты, предусмотренной настоящими Правилами, необходимо предоставить заявление, в котором должны быть указаны и приложены:

10.6.1. номер Полиса;

10.6.2. предварительное медицинское заключение (справку), описывающее суть и тяжесть всех повреждений и заболеваний и содержащее точный диагноз;

10.6.3. все счета, рецепты, медицинские справки, выписки из истории болезни (если таковые имеются), амбулаторные карты (в случае необходимости), для точного определения общей суммы медицинских и других расходов, понесенных Застрахованным Лицом, а также документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;

10.6.4. в случае вовлечения третьих лиц (например, при автомобильной аварии) - имена, контактные адреса, и, если возможно, страховые покрытия третьих лиц (только в случаях, когда Компания отдельно запрашивает такую информацию);

10.6.5. в случае смерти - справка о смерти с указанием причины смерти, официальное свидетельство о смерти, документ, подтверждающий право Выгодоприобретателей на наследство, а также юридические документы, удостоверяющие личность любых и всех Выгодоприобретателей;

10.6.6. при Несчастном случае:

10.6.6.1. протоколы, справки или иные документы, предоставляемые правоохранительными органами в отношении Несчастного случая, если таковые имеются;

10.6.6.2. дата обращения к Врачу по поводу телесных повреждений;

10.6.6.3. адрес и телефон Врача или медицинского учреждения;

10.6.7. в случае Внезапного заболевания:

10.6.7.1. дата обращения к Врачу по поводу внезапного заболевания;

10.6.7.2. адрес и телефон Врача или медицинского учреждения.

10.6.8. все другие документальные подтверждения, информация и свидетельства, запрашиваемые Компанией.

10.6.9. документы должны быть предоставлены в Компанию с приложением оригинала официального перевода документов, составленных на ином, чем на узбекском, русском языках.

10.6.10. Решение о выплате страхового возмещения принимается Компанией в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в разделе 10.2.

При необходимости получения дополнительной информации по страховому случаю Компания вправе

отсрочить принятие решения о признании события страховым и осуществлении страховой выплаты до момента получения такой информации, но не более, чем на 30 (тридцать) дней, с даты получения полного комплекта документов от Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

10.7. Компания вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также проводить медицинское освидетельствование Застрахованного Лица, телесные повреждения или внезапные заболевания которого являются основой для претензии и так часто, как это может быть необходимо во время рассмотрения претензии, а также в случае смерти произвести вскрытие тела, если это не запрещено законом.

10.8. По отношению к претензиям по страховым выплатам, связанным с нетрудоспособностью, выплаты не будут производиться до тех пор, пока нетрудоспособность не будет признана полной и постоянной Врачом, назначенным Компанией.

10.9. Если, во время наступления страхового случая, за исключением смерти в результате Несчастного случая и нетрудоспособности, будет действовать какой-либо другой страховой полис, приобретенный Застрахованным Лицом или от его имени и покрывающий те же самые виды ущерба, то Компания будет производить страховые выплаты (в пределах страховой суммы по определенному покрытию) только после осуществления в полном объеме всех страховых выплат по всем остальным действующим страховым полисам, покрывающим аналогичные расходы. При этом общая сумма выплат по всем полисам, включая настоящий Полис, не будет превышать понесенных расходов.

10.10. Если Застрахованное Лицо уже получило страховую выплату по нетрудоспособности в результате Несчастного случая, после чего это же телесное повреждение привело к смерти Застрахованного Лица, то все страховые выплаты, осуществленные по нетрудоспособности в результате Несчастного случая, будут вычтены из выплаты по смерти в результате Несчастного случая.

10.11. Медицинские предписания, данные Врачом, должны выполняться незамедлительно после возникновения телесного повреждения или внезапного заболевания и Компания не несет обязательство за любую претензию, если, по мнению Врача, назначенного Компанией, она возникает вследствие неоправданного или намеренного пренебрежения или невыполнения Застрахованным Лицом всех предписаний Врача.

10.12. Если последствия несчастного случая или внезапного заболевания будут усугублены из-за физического состояния Застрахованного Лица до начала срока действия данного Полиса или из-за отказа или небрежности Застрахованного Лица при выполнении соответствующих медицинских рекомендаций, выплачиваемое страховое обеспечение будет рассчитываться не по последствиям несчастного случая или внезапного заболевания с Застрахованным Лицом, а предполагая, что несчастный случай или внезапное заболевание произошли с физически здоровым человеком, выполняющим рекомендации по правильному и рациональному медицинскому лечению.

10.13. Если, возникают разногласия относительно суммы, подлежащей к выплате по данному Полису (при этом ответственность Компании так или иначе признана), то это разногласие должно быть передано для разрешения в суд в соответствии с установленными законом процедурами, действующими на момент обращения, и решение суда является условием для возникновения обязательства Компании по страховой выплате.

10.14. Если любая претензия по Полису в любом отношении сделана на основе ложных или намеренно преувеличенных заявлений или если Застрахованным Лицом или кем-либо, действующим от его имени были использованы какие-либо мошеннические пути и уловки для получения страховой выплаты по данному Полису, то Застрахованное Лицо теряет право на получение всех страховых выплат.

10.15. В отношении любых выплат Компании по настоящему Полису, Страхователь / Застрахованное Лицо должен передать Компании право суброгации (права на взыскание ущерба с виновного лица или организации в наступлении страхового случая). Застрахованное Лицо должно передать Компании все способы и документы, а также сделать все необходимое для того, чтобы обеспечить защиту данных прав. Застрахованное Лицо не должно предпринимать никаких мер для ущемления данных прав. В случае отказа либо любого иного препятствования Страхователя / Застрахованного Лица по передаче Компании право суброгации, Компания не будет нести обязательства по выплате страхового возмещения.

10.16. Страховая выплата по смерти, постоянной или частичной нетрудоспособности осуществляется в узбекских сумах по курсу Евро, объявленному Центральным Банком Республики Узбекистан на день обращения с претензией путем единовременного перечисления на банковский счет Выгодоприобретателя.

В случае оплаты расходов самим Застрахованным Лицом или Страхователем, Страховая выплата Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю/ осуществляется в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу иностранной валюты, в которой производились расходы, установленному Центральным банком Республики Узбекистан на день на день обращения с претензией, путем единовременного перечисления на банковский счет Заявителя (Страхователя/ Застрахованного лица/Выгодоприобретателя).

10.17. Страховые выплаты осуществляются только Застрахованному Лицу, или его/ее Выгодоприобретателю в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с даты подписания Акта о страховом случае, а также предоставления Застрахованным полных банковских реквизитов необходимых для перечисления денежных средств (в зависимости от того, что произойдет позднее). Получение ими выплаты прекращают возникшие обязательства Компании по данному страховому случаю. После осуществления страховой выплаты оригиналы документов Застрахованному/Страхователю не возвращаются.