

**ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА  
НА СЕМЕЙНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
СТРАХОВАНИЕ «БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!»  
ООО «GROSS INSURANCE»**

Код продукта: **115**

г. Ташкент, 2020 год

**«УТВЕРЖДАЮ»  
Генеральный директор  
ООО «GROSS INSURANCE»**

**А.А. Абдусатторов**  
06 апреля 2020 года

**ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА  
НА СЕМЕЙНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  
«БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!»**

Настоящая Публичная oferta на семейное медицинское страхование «Будьте здоровы!» (далее – «Оферта») является предложением ООО «GROSS INSURANCE» (далее – Страховщик), адресованным неопределенному кругу физических лиц (далее – Страхователь) заключить договор страхования (далее – Договор страхования) на нижеследующих условиях страхования, посредством информационных систем Страховщика. Сторонами договора являются Страховщик и Страхователь.

Принятие условий настоящей Оферты и оплата обусловленной страховой премии считаются акцептом ее условий и согласием Страхователя заключить Договор страхования. После подтверждения факта оплаты Страхователем страховой премии ему направляется электронный страховой полис и Договор страхования считается заключенным.

Обязательства Страховщика по страховому полису вступают в силу с момента начала Периода страхования, но не ранее 00:00 часов после истечения 15 (пятнадцать) календарных дней со дня уплаты страховой премии и действует в течение одного года (12 месяцев).

В соответствии со статьей 370 Гражданского кодекса Республики Узбекистан, безусловным принятием (акцептом) условий настоящей Оферты считается Принятие условий оферты, чем выражается согласие:

- с условиями настоящей Оферты, включая условия страхования, изложенными в ней;
- на обработку персональных данных, 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 на срок 5 лет, а также на их передачу в целях исполнения договора страхования, обеспечения внутреннего документооборота, третьим лицам.

Страхователь, подтверждает свое право и дееспособность, а также осознает ответственность за обязательства, возложенные в результате заключения Договора страхования посредством интернет-ресурса Страховщика.

Страхователями могут выступать граждане Узбекистана, иностранные граждане и лица без гражданства. Страхователь имеет право заключить договор страхования как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (застрахованные). Страхователь, заключивший договор страхования в свою пользу, считается Застрахованным лицом. На страхование могут быть приняты члены семьи Страхователя: его супруг (супруга) и лица, состоящие между собой в близком родстве (дети и/или родители).

Договор страхования не заключается в отношении лиц: состоящих на учёте в психоневрологическом, наркологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом

диспансерах; инвалидов первой и второй (нерабочей) группы, инвалидов с детства; ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, а также лиц, младше 1 года и старше 70 лет. В случае, если после заключения договора страхования обнаружится, что застрахованное лицо подпадает под вышеуказанные ограничения, договор страхования будет расторгнут в отношении данного застрахованного лица, а оплаченная страховая премия в отношении этого лица, не подлежит возврату вне зависимости от того, пользовалось оно страховыми услугами или нет.

Для заключения Договора страхования на интернет-ресурсе Страховщика в режиме онлайн, от Страхователя требуется наличие у него адреса электронной почты и номера мобильного телефона.

Заявлением на страхование является внесение Страхователем на интернет ресурсе Страховщика всех сведений, необходимых и существенных для заключения Договора страхования.

Страховщик обязуется обеспечить сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя и иных физических лиц, указанных в Договоре страхования в соответствии с требованиями статьи 26 Закона Республики Узбекистан «О страховой деятельности».

Ссылки «Оферта», «Договор страхования» и «Страховой полис», далее по тексту имеют одинаковое значение по отношению к настоящему электронному документу.

## **РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ**

### **1.1. Основные понятия:**

**1.1.1. Страховой полис** – документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования и выдаваемый Страхователю после уплаты им обусловленной страховой премии.

**1.1.2. Страховая сумма** – сумма денежных средств, указанная в Страховом полисе и определённая соглашением между Страхователем и Страховщиком, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика по Договору страхования.

**1.1.3. Программа страхования** – перечень медицинских мероприятий и услуг, предоставление которого гарантировано Застрахованному лицу (кроме случаев, оговоренных в 4 Разделе настоящих Правил) в рамках настоящих Правил при его обращении в медицинское учреждение за медицинской помощью вследствие острого заболевания либо за медицинской услугой.

**1.1.4. Медицинские учреждения** – государственные, негосударственные организации здравоохранения, индивидуальные предприниматели, аптеки, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, с которыми Страховщик заключил договоры на оказание медицинских услуг, и которые произвели расходы в связи с их оказанием Застрахованному лицу.

**1.1.5. Острое заболевание** – внезапно и ярко проявляющееся, развивающееся за короткий промежуток времени изменение в состоянии организма Застрахованного лица, угрожающее его соматическому здоровью, жизни, требующее срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, острых тяжелых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний и т.д.);

**1.1.6. Амбулаторно-поликлиническая помощь** – это консультативно-диагностические и лечебно-профилактические медицинские услуги, в том числе малые и диагностические оперативные вмешательства, пребывание в дневном стационаре (однократно в Период страхования), оказание неотложной медицинской помощи, экстренная транспортировка в стационар.

1.1.7. **Стационар по экстренным показаниям** (острые заболевания) – включает консервативное и/или хирургическое лечение, в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, консультативные услуги, диагностические исследования, пребывание в палате (в зависимости от возможностей медицинского учреждения, в которое осуществляется госпитализация Застрахованного лица), питание, уход медицинского персонала, медикаментозное, реабилитационно-восстановительное лечение.

1.1.8. **Медикаментозное обеспечение** – лекарственные препараты, перевязочные материалы, назначенные врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик заключил договор на оказание медицинской помощи Застрахованным лицам, и отпущенные по рецепту аптекой, с которой Страховщик заключил договор на оказание услуг по медикаментозному обеспечению или приобретенные Застрахованным лицом на территории Республики Узбекистан по поводу заболевания, являющегося страховым случаем.

1.1.9. **Период страхования** – промежуток времени, указанный в Страховом полисе, в течение которого действуют обязательства Страховщика по настоящим Правилам.

1.1.10. **Центр поддержки клиентов (ЦПК)** – структурное подразделение Страховщика, оказывающее содействие Застрахованному лицу при наступлении событий, оговоренных настоящими Правилами. ЦПК функционирует круглосуточно.

1.1.11. **Территория страхования** – территория Республики Узбекистан.

## **1.2. Порядок заключения и вступления в силу Договора страхования:**

1.2.1. Настоящий договор страхования считается электронным документом, устанавливающим условия продажи и оказания страховых услуг Страховщиком Страхователю;

1.2.2. Договор страхования (страховой полис) формируется на основе данных, представленных Страхователем Страховщику с использованием информационных систем;

1.2.3. Страхователь производит заполнение обязательных полей электронного заявления, самостоятельно и в строгом соответствии с данными оригинальных документов, указанных в заявлении;

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

1.2.5. Данные документов, указанные и внесенные в информационную систему Страховщика, автоматически вносятся в договор страхования (Страховой полис).

1.2.6. До заключения Договора страхования, Страхователь может самостоятельно определить страховую сумму и видов страхового обеспечения выбрав один из видов Программы страхования.

1.2.7. Информационная система Страховщика исходя из указанных Страхователем данных (количества застрахованных лиц) и выбранных вариантов страховых покрытий, формирует сумму страховой премии и в случае согласия Страхователя с сформированной суммой страховой премии, до ее уплаты Страхователь обязуется ознакомиться с текстом настоящей Оферты.

1.2.8. При согласии с условиями страхования, предлагаемыми в Оферте, Страхователь подтверждает своё согласие на информационной системе Страховщика и переходит к заполнению Заявления на заключение договора страхования (далее – Заявление) в онлайн-режиме путем использования информационных систем Страховщика.

1.2.9. При заполнении Заявления требуется указание всех необходимых Страховщику сведений, имеющих существенное значение для определения круга застрахованных лиц,

вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Все сведения должны указываться в строгом соответствии с оригиналами документов.

1.2.10. После заполнения Заявления, информационной системой Страховщика автоматически открывается доступ к кнопке «Оплатить страховую премию и оформить Страховой полис».

1.2.11. Стороны Договора страхования подтверждают, что получение Страхователем Страхового полиса является надлежащим подписанием Договора страхования (Страхового полиса).

1.2.12. Датой акцепта настоящей Оферты и заключения Договора страхования является дата подтверждения информационной системой Страховщика факта оплаты Страхователем Страховой премии.

### **1.3. Порядок оплаты Договора страхования (полисов):**

1.3.1. Оплата Договора страхования (полиса) осуществляется с использованием информационных систем (онлайн), применяемых Страховщиком;

1.3.2. Подтверждение принятия заявления для последующей переадресации на защищенный канал платежной системы, производится путем отправки Страховщиком СМС-сообщения на номер мобильного телефона, указанный Страхователем при заполнении заявления;

1.3.3. После получения СМС-сообщения с кодом подтверждения, 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;

1.3.4. После получения подтверждения об оплате стоимости Страхового полиса, информационная система Страховщика автоматически производит оформление Страхового полиса в электронной форме, отправляет его на адрес электронной почты Страхователя, с последующим оповещением Страхователя путем направления СМС-сообщения, содержащего сведения о серии и номере Страхового полиса; о факте электронной отправки Страхового полиса.

1.3.5. Страховщик не несет ответственности за действия/бездействие Платежного провайдера, а также за любые убытки и риски Страхователя, связанные с оплатой через систему электронных платежей и интернет.

1.3.6. Оплата страховой премии банковской картой должна быть совершена непосредственно Страхователем (Застрахованным лицом) – держателем карты. В случае, если Страхователь передал банковскую карту для осуществления платежа иному лицу, Страхователь принимает на себя все связанные с этим риски, и соглашается с тем, что оплата страховой премии в данном случае считается осуществленной Страхователем.

1.3.7. Нажатием кнопки «Оплатить страховую премию и оформить Страховой полис» в информационной системе Страховщика, а также уплатив сформированную страховую премию, лицо, которому адресована Оферта, согласно статье 370 Гражданского кодекса Республики Узбекистан выражает согласие Страхователя с условиями настоящей Оферты.

### **1.4. Досрочное прекращение Договора страхования (страхового полиса) по инициативе Страхователя. Возврат страховой премии:**

1.4.1. Действие Страхового полиса прекращается в случаях:

а) истечения Периода страхования;

б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем/Застрахованным лицом в полном объеме (исчерпания Страховой суммы);

в) умышленного злоупотребления Страхователем или Застрахованным лицом путем прохождения планового лечения, сообщения ложных сведений медицинскому учреждению, Страховщику и представлении не соответствующих действительности документов. При этом Страховщик, в случае подтверждения данных обстоятельств, имеет право одностороннего прекращения договора страхования путем письменного уведомления Страхователя/Застрахованного лица;

г) досрочного расторжения Страхового полиса по взаимному согласию сторон;

д) признания Страхового полиса недействительным по решению суда;

е) в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами или законодательством Республики Узбекистан.

1.4.2. При досрочном расторжении настоящего Договора по основаниям, предусмотренным в подпунктах «г», «д» и «е» пункта 1.4.1. настоящих Правил, Страховщик обязуется вернуть Страхователю оставшуюся часть страховой премии за не истекший Период страхования за вычетом ранее произведенных Страховщиком фактических страховых выплат. Во всех остальных случаях, оплаченная страховая премия возврату не подлежит.

1.4.3. Досрочное прекращение договора страхования (Страхового полиса) по инициативе Страхователя производится путем направления в адрес Страховщика письменного заявления о расторжении.

1.4.4. Все временные периоды, связанные с прекращением действия, отсчитываются со дня, следующего за днем получения другой Стороной письменного уведомления о прекращении действия настоящего Договора.

1.4.5. Досрочное прекращение договора страхования (Страхового полиса) по инициативе Страховщика производится (в одностороннем порядке) только в случаях, предусмотренных и допустимых законодательством и договором страхования.

**РЕКВИЗИТЫ СТРАХОВЩИКА:**

**Полное наименование:**

Страховая компания Общество с ограниченной ответственностью «GROSS INSURANCE»

**Почтовый адрес:**

Республика Узбекистан, город Ташкент, улица Амира Темура, проезд 1, дом 6

Электронный адрес (официальный интернет ресурс / электронная почта):

[www.gross.uz](http://www.gross.uz) / [info@gross.uz](mailto:info@gross.uz)

**Сведения о государственной регистрации:**

Общество зарегистрировано Министерством юстиции Республики Узбекистан 17 ноября 2011 года, реестровый номер №103.

**Сведения о лицензии:**

Лицензия СФ-00214 выдана Министерством финансов Республики Узбекистан 25 апреля 2016 года.

**РАЗДЕЛ 2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

2.1. Страховым случаем признаётся внезапное расстройство здоровья застрахованного лица, требующее оказания неотлагательных медицинских услуг в пределах их перечня, объема и условий предоставления, предусмотренных Программой страхования и повлекшее за собой



расходы для Застрахованного лица, вызванные его обращением в медицинское учреждение в период страхования.

### **РАЗДЕЛ 3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

3.1. Страховщик не несет ответственности за сведения, предоставленные Страхователем в информационной системе в общедоступной форме.

3.2. Страховщик не несет ответственность за негативные последствия и убытки, возникшие в результате событий и обстоятельств, находящихся вне сферы его компетенции, а также за действия (бездействие) третьих лиц, а именно:

- в случае невозможности выполнения принятых на себя обязательств, вследствие недостоверности, недостаточности и несвоевременности сведений и документов, предоставленных Страхователем или Застрахованным лицом, или нарушения Страхователем условий настоящей Оферты или требований к документам;
- за подлинность и правильность оформления документов (достоверность и полноту содержащихся в них сведений);
- за невозможность оформления Страхователем полиса по причинам нарушения работы линий связи, неисправность оборудования Страхователя;
- за умышленное или непреднамеренное причинение медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного лица. При этом, Страховщик принимает все разумно необходимые меры по возмещению этим Учреждением такого вреда. Наличие указанных случаев, а также размер вреда здоровью Застрахованного лица, должны быть подтверждены компетентной комиссией, образованной в составе представителей Страховщика, Страхователя, Медицинского учреждения, с участием Застрахованного лица и/или его законного представителя.

4.3. Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящей Оферте в порядке и на условиях, определенных настоящей Офертой и действующим законодательством Республики Узбекистан.

3.4. Стороны освобождаются от ответственности за ненадлежащее исполнение или неисполнение обязательств по настоящей Оферте в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

3.5. Признание судом недействительности какого-либо положения настоящей Оферты не влечет за собой недействительность остальных положений.

### **РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ**

4.1. К страховым случаям не относятся события, связанные с:

4.1.1. травмой, ожогом, отравлением или другим расстройством здоровья, которое наступило в результате суицида, совершения Застрахованным лицом действий, в которых правоохранительными органами или судом установлены признаки умышленного преступления;

4.1.2. травмами, полученными Застрахованным лицом при управлении им транспортным средством, не имеющим удостоверения на право управления транспортным средством соответствующей категории, в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или при передаче им управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо лицу, не имеющему права на управление транспортным средством соответствующей категории;

4.1.3. обращением Застрахованного лица в медицинское учреждение без согласования со Страховщиком, за исключением случаев, оговоренных в настоящих Правилах;

**4.2. Не подлежат возмещению медицинские расходы, связанные с:**

4.2.1. **диагностикой и лечением:** алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, подтвержденных документом медицинского учреждения, независимо от сроков их выявления, а также любых травм и заболеваний, полученных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; острых и хронических лучевых поражений; травм и заболеваний, возникших в связи с заболеванием психической природы, в том числе эпилепсией, психотерапевтическим лечением; врожденных аномалий (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения), наследственных заболеваний, ДЦП, ортопедических нарушений, последствий родовых травм; хронической печеночной и почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения; профессиональных заболеваний (вибрационная болезнь, саркоидоз, пневмокониозы, меланодермия, литейная и тефлоновая лихорадка, декомпрессионная болезнь, лучевая болезнь); половых расстройств и бесплодия, импотенции, экстракорпоральным оплодотворением, внутриматочной инсеминацией, вазэктомией и стерилизацией женщин, изменением пола, лечением климактерического синдрома; заболеваний и инфекций, передающихся половым путем и их осложнений (ТОРЧ-инфекции, венерические заболевания); глубоких микозов, заболеваний волос и микозов ногтевых пластинок, демодекоза; паразитарных заболеваний, чесотки и педикулеза; доброкачественных и злокачественных новообразований; методами нетрадиционной медицины (иридодиагностика, биорезонансная диагностика, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гипноз, гомеопатия, карбокситерапия, электроakupunktura, гидроклонолтерапия, ударно-волновая терапия, внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапия, гипербарическая оксигенация, плазмаферез, гемосорбация, криотерапия и др.).

4.2.2. **стоматологическим лечением;**

4.2.3. **лечением:** сердечно-сосудистых заболеваний, требующих аорто-коронарного шунтирования, ангиопластики, стентирования сосудов и подготовкой к ним (в т.ч. коронарография), за исключением случая оказания скорой и неотложной медицинской помощи, при впервые выявленном заболевании в Период страхования; осложнений заболеваний, явившихся следствием нарушения курса лечения или лечебного режима, назначенного лечащим врачом; осложнений, явившихся следствием терапевтического или хирургического лечения по поводу заболевания или травмы, имеющих место до начала действия договора страхования; хронического простатита; а также лечением, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

4.2.4. **консультациями и услугами врачей следующих специальностей:** андролог, гомеопат, фитотерапевт, психолог, логопед, сомнолог, психотерапевт, диетолог;

4.2.5. иммунизацией, за исключением вакцинации от гриппа (один раз в период страхования) и проведением любых генетических исследований;

4.2.6. сеансами литотрипсии, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи при впервые выявленном заболевании в Период страхования;

4.2.7. ведением беременности и родов, искусственным прерыванием беременности, за исключением оказания скорой и неотложной медицинской помощи в результате несчастного случая, возникшего в Период страхования; использованием препаратов и средств контроля над рождаемостью (в том числе постановка (введение) и удаление внутриматочной спирали) с целью контрацепции;

4.2.8. коррекцией слуха техническими средствами, приобретением слуховых аппаратов или коррекцией зрения с помощью контактных линз; лечения косоглазия, глаукомы, катаракты; стоимостью очков, контактных линз, оперативной и лазерной офтальмокоррекцией близорукости, дальнозоркости и астигматизма;



4.2.9. трансплантацией, аутотрансплантацией, имплантацией, эндопротезированием, всеми видами пластических и реконструктивных операций в целях устранения косметических дефектов, улучшения внешнего вида;

4.2.10. ортопедическим лечением плоскостопия (супинаторы, вкладыши для коррекции стопы), лечением деформированных и вросших (за исключением случаев воспаления) ногтей конечностей, приобретения костылей, протезов, инвалидных колясок;

4.2.11. удалением доброкачественных новообразований кожи, слизистых и подкожной клетчатки (атером, фибром, липом и т.п.);

4.2.12. медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям, либо назначенными за рамками медицинских протоколов лечения данного заболевания;

4.2.13. исправлением косметических дефектов кожи и слизистых оболочек, в т.ч. папиллом, гемангиом, бородавок, невусов, остроконечных кондилом, контактных моллюсков, мозолей (за исключением случаев их травматического повреждения);

4.2.14. нахождением Застрахованного лица на стационарном лечении (также в случае, когда Застрахованное лицо имеет направление на госпитализацию) на момент заключения договора страхования по причинам, возникшим до заключения договора страхования.

4.3. При выявлении у Застрахованного лица в Период страхования заболеваний из числа, указанных ниже в настоящем пункте, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному лицу в соответствии с Программой страхования, только до установления окончательного диагноза, а именно:

4.3.1. демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянный склероз, синингомиелия), прогрессирующих мышечных дистрофий, эпилепсии, церебрального паралича;

4.3.2. хронических кожных заболеваний, в т.ч. псориаза, нейродермита, истинной экземы, угревой болезни, дерматита (вне стадии обострения), микозов, иных заболеваний кожи грибковой этиологии, всех видов алопеции;

4.3.3. системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, системная склеродермия, красная волчанка;(межпозвонковый остеохондроз позвоночника);

4.3.4. неспецифических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенный колит, болезнь Крона и др.); туберкулеза, муковисцидоза, саркоидоза независимо от клинической формы и стадии процесса; всеми инфекционными и паразитарными заболеваниями (за исключением ОРВИ и гриппа);

4.3.5. сахарного диабета инсулинозависимого (первого и второго) типа, их осложнений, в т.ч. нарушения толерантности к глюкозе и инсулинорезистентности; гепатита В, С, D, G, цирроза печени независимо от стадии процесса; гепатитов иной этиологии (вне стадии обострения).

4.4. При медикаментозном обеспечении Страховщиком оплачиваются медикаменты, назначенные врачом при направлении Застрахованного лица в лечебное учреждение только по заболеванию, признанному страховым случаем, и только на Период страхования. Страховщик не оплачивает следующие препараты по Медикаментозному обеспечению:

- не разрешенные к применению в Республике Узбекистан;
- биологически активные добавки (БАД), гомеопатические препараты;
- психостимуляторы, транквилизаторы;
- гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях;
- питательные смеси и препараты для лечебного питания; лечебную косметику;
- используемые для профилактики заболеваний;
- для лечения заболеваний, указанных в пунктах 4.2 и 4.3 настоящих Правил;
- лекарственные препараты, приобретенные за рубежом;

- превышающие количество, необходимое для проведения курса лечения в течение одного месяца, в течение двух месяцев – для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы;
- медицинские препараты длительного применения или постоянного приёма (статины, гипотензивные препараты, препараты для лечения стенокардии, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, гормонозаместительной терапии, остеопороза, хондропротекторы).

## **РАЗДЕЛ 5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **5.1. Страхователь/Застрахованное лицо имеет право:**

- а) требовать предоставления Застрахованному лицу медицинских услуг, в соответствии с выбранной Программой страхования;
- б) на самостоятельную оплату, по согласованию со Страховщиком, медицинских услуг, в том числе приобретение медикаментов;
- в) в экстренных случаях, требующих оказания скорой и неотложной медицинской помощи, когда промедление может угрожать жизни или здоровью Застрахованного лица, самостоятельно обращаться за медицинской помощью без предварительного согласования со Страховщиком соблюдая требования, предусмотренные настоящими Правилами;
- г) устно или письменно обращаться к Страховщику по всем спорным вопросам, предъявлять претензий при нарушении Страховщиком (медицинским учреждением) условий страхования;
- д) получать консультации Страховщика по настоящим Правилам в течение всего срока действия страхования.

### **5.2. Страхователь/ Застрахованное лицо обязано:**

- а) при заполнении анкеты предоставить Страховщику достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, которая может быть затребована в Период страхования;
- б) обеспечить сохранность документов, полученных от Страховщика и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг. При утрате Страхового полиса незамедлительно сообщить об этом Страховщику;
- в) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный в медицинском учреждении;
- г) при обращении в медицинское учреждение предъявить Страховой полис, а также документ, удостоверяющий личность;
- д) сообщать Страховщику о случаях неоказания, неполного или некачественного оказания медицинских услуг медицинским учреждением;
- е) возместить Страховщику понесенные расходы, превышающие страховую сумму (лимиты возмещения), установленную по Страховому полису.

### **5.3. Страховщик имеет права:**

- а) требовать от Страхователя и Застрахованного лица выполнения обязанностей по Договору страхования;
- б) проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий страхования;
- в) отказать в предоставлении и оплате услуг, если Застрахованное лицо находится на момент обращения в ЦПК за пределами зоны покрытия и не может за свой счет приехать в указанное медицинское учреждение;
- г) отказать в оплате медицинских услуг на основаниях, изложенных в Исключениях Программы страхования;

д) осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с условиями договора на оказание медицинских услуг с медицинскими учреждениями;

е) требовать от Застрахованного лица (Страхователя) компенсацию понесенных (оплаченных) Страховщиком расходов, превышающих страховую сумму, возникших при обращении Застрахованного лица (Страхователя);

ж) отказать в оплате медицинских услуг, а также досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица, передавшего Страховой полис другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования.

#### **5.4. Страховщик обязан:**

а) обеспечить автоматическое направление Страхового полиса на электронный адрес Страхователя, указанный им в анкете, сразу после получения Страховой премии;

б) при наступлении страхового случая произвести компенсацию расходов в порядке, установленном настоящими Правилами;

в) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;

г) не разглашать врачебную тайну о состоянии здоровья Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

### **РАЗДЕЛ 6. РАССМОТРЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ**

6.1. В случае необходимости получения медицинской помощи, Страхователь/Застрахованное лицо должно обратиться в ЦПК по телефону, указанному в Страховом полисе для направления его в соответствующее медицинское учреждение. При этом, ему необходимо сообщить следующие данные:

- Ф.И.О. Застрахованного лица;
- номер и серию Страхового полиса;
- краткое описание состояния здоровья.

Застрахованному лицу оказываются медицинские услуги в медицинском учреждении по направлению ЦПК при предъявлении Страхового полиса и документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица.

6.2. Вся необходимая медицинская документация (листки временной нетрудоспособности, справки, рецепты, кроме льготных и бесплатных, выписные эпикризы) выдаётся Застрахованному лицу на общих основаниях, согласно действующему законодательству Республики, Узбекистан.

6.3. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения лечебно-охранительного режима, установленного в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить предоставление своих услуг Застрахованному лицу или выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в документе, подтверждающем оказание медицинских услуг. При этом Страховщик оставляет за собой право приостановить выполнение своих обязательств, либо расторгнуть Договор страхования в отношении Страхователя или Застрахованного лица.

6.4. В случае необоснованного вызова Страхователем / Застрахованным лицом врача на дом, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта, Страхователь и Застрахованное лицо обязуются солидарно возместить стоимость данных медицинских услуг и выплачивают штраф в размере 50% от страховой премии.

При этом, необоснованным вызовом считается:

- вызов осуществлен не в медицинских целях;

– ложный вызов (при наличии заключения медико-экономической экспертизы в таких случаях, например, как: вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи, Застрахованное лицо отсутствовало по адресу, указанному им при передаче вызова и т.п.).

В случае неуплаты Страхователем или Застрахованным лицом штрафа или не возмещения стоимости медицинских услуг в течение 3 (трех) дней, с момента выставления соответствующего счета, Страховщик имеет право приостановить действие Договора страхования. Действие данного Договора возобновляется с момента погашения Страхователем или Застрахованным лицом задолженности.

6.5. В случае неуплаты штрафа или не возмещения стоимости медицинских услуг в течение 30 (тридцати) банковских дней, с момента выставления соответствующего счета, Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке.

## **РАЗДЕЛ 7. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ**

7.1. Страховая выплата производится Страховщиком напрямую медицинскому учреждению без участия Страхователя / Застрахованного лица, или же напрямую Страхователю / Застрахованному лицу в случае оплаты услуг медицинского учреждения Страхователем / Застрахованным лицом самостоятельно.

7.2. После оказания услуги Застрахованному лицу, Медицинское учреждение выставляет Страховщику счет фактуру и акт выполненных работ, с приложением следующих документов:

- медико-статистическая карта, подписанная Застрахованным лицом, подтверждающая оказанные услуги и их стоимость;
- копии рецептов по отпущенным медикаментам, подписанных Застрахованным лицом, подтверждающих их стоимость и получение.

7.3. В экстренных случаях, требующих оказания скорой и неотложной медицинской помощи, когда промедление может угрожать жизни или здоровью Застрахованного лица, Страхователь / Застрахованное лицо вправе самостоятельно обращаться за медицинской помощью без предварительного согласования со Страховщиком. Однако Страхователь Застрахованное лицо должно при первой же возможности, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, связаться с ЦПК и сообщить о факте наступления события, которое может быть признано страховым случаем.

7.4. В случае, если Страхователь / Застрахованное лицо самостоятельно оплатило медицинские услуги (в том числе, если понесло расходы на медикаментозное обеспечение), предусмотренные Программой страхования, по согласованию со Страховщиком или ЦПК, для решения вопроса о страховой выплате предоставляются следующие документы:

- заявление о страховом случае;
- оригинал рецепта или его копия;
- заверенная по форме выписка из медицинского документа, подтверждающего факт назначения препарата;
- выписка из истории болезни, консультативное заключение или другой документ, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, оформленный в установленном законодательством порядке;
- документ, подтверждающий факт оплаты оказанных услуг или приобретения назначенного препарата.

7.5. Понесенные Страхователем / Застрахованным лицом расходы, компенсируются Страховщиком на основании вышеперечисленных документов и после признания сообщаемого события страховым случаем подписав Акт о страховом случае, в пределах лимитов, предусмотренных Программой страхования, путем перечисления причитающихся денежных

средств на банковский счет Застрахованного лица / Страхователя (если Застрахованное лицо является не совершеннолетним или расходы произведены Страхователем).

7.6. Каждый произведенный Страховщиком платеж за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги или в счёт компенсации понесенных Страхователем / Застрахованным лицом расходов, уменьшает Страховую сумму по Страховому полису на сумму такого платежа.

7.7. Общий размер страховой выплаты, осуществленной Страховщиком по одному или нескольким страховым случаям, не может превышать размер Страховой суммы.

#### **РАЗДЕЛ 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств, стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

8.2. Все споры и разногласия, вытекающие из Договора страхования, разрешаются путем переговоров сторон, а в случае не достижения согласия в порядке, предусмотренном законодательством Республики Узбекистан.

**«Принять»**

**«Отмена»**

**GROSS**  
INSURANCE