



**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ
ООО «GROSS INSURANCE»**
(в новой редакции)

GROSS

Код продукта: **63**

INSURANCE

г. Ташкент, 2022 год

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

О.Х. Назаров
10 января 2022 года

**ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ
ООО «GROSS INSURANCE»**

(вводятся с 10 января 2022 года)

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования путешественников ООО «GROSS INSURANCE» (далее по тексту – Правила страхования), разработаны на русском языке, узбекском и английском языках. Правила страхования выдаются вместе с Полисом страхования, с которым они обладают юридической силой договора страхования. Полис страхования состоит из 3 (трех) одинаковых экземпляров, один из которых вместе с Правилами страхования выдаётся Страхователю, второй – Посольствам или Консульским учреждениям (в случае наличия требования его предоставления), третий остаётся у представителя ООО «GROSS INSURANCE» (далее по тексту – Компания), действующего на основании Лицензии Министерства финансов Республики Узбекистан.

1.2. Настоящие Правила страхования разработаны в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан, на основании Правил по Классу 1 «Страхование от несчастных случаев» и Классу 2 «Страхование на случай болезни» Отрасли общего страхования, и определяет порядок и условия страхования путешественников (Застрахованных лиц), выезжающих за пределы Республики Узбекистан/страны постоянного проживания/страны, гражданином которой является Застрахованное лицо/страны, которая выдала Застрахованному лицу вид на жительство (далее по тексту – за рубеж).

1.3. На основании настоящих Правил страхования Компания предоставляет страховую защиту Застрахованным лицам, при наступлении страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами страхования, в виде организации и/или осуществления страховой выплаты/страхового обеспечения по медицинским, медико-транспортным и иным расходам Застрахованных лиц в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания, а также выплаты страхового обеспечения при смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедших в период страхования и на территории действия Полиса.

РАЗДЕЛ 2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Основные термины, используемые в настоящих Правилах страхования:

2.1. **Полис страхования путешественников (Полис)** – оформляемое на основании настоящих Правил страхования письменное соглашение между Компанией и Страхователем, в соответствии с условиями которого Страхователь обязуется оплатить в установленный срок и в полном объеме страховую премию, а Компания обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату/страховое обеспечение в пределах страховой суммы.

2.2. **Страховая сумма** – сумма денежных средств, указанная в настоящих Правилах страхования и Полисе, представляющая собой предельный объем обязательств Компании по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в отношении каждого Застрахованного лица. Настоящими Правилами страхования установлены страховые суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования, а также по страхованию от несчастного случая, в результате которого наступила смерть Застрахованного лица.

2.3. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Компании в порядке и в сроки, установленные настоящими Правилами страхования.

2.4. Страховой риск – предполагаемое и внезапное событие, на случай наступления которого осуществляется страхование. По условиям настоящих Правил страхования страховыми рисками признаются:

- возникновение непредвиденных расходов по медицинским, медико-транспортным и иным услугам в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем Застрахованного лица;
- смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая.

2.5. Страховое событие – событие, имеющее признаки страхового случая.

2.6. Страховой случай – свершившееся событие, связанное с наступлением страхового риска, произошедшее с Застрахованным лицом в период страхования и на территории действия Полиса, в результате которого возникает обязанность Компании произвести страховую выплату или страховое обеспечение в соответствии с настоящими Правилами страхования.

2.7. Страховая выплата – денежные средства, выплачиваемые Компанией учреждениям за оказанные услуги Застрахованному лицу в связи с наступлением страхового случая, в пределах страховой суммы и в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

2.8. Страховое обеспечение – денежные средства, выплачиваемые Компанией Страхователю / Застрахованному лицу / Выгодоприобретателю в связи с наступлением страхового случая, в пределах страховой суммы и в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

2.9. Период действия Полиса – промежуток времени, указываемый в Полисе, в течение которого действует Полис и оказываются услуги в соответствии с условиями Раздела 4 настоящих Правил страхования.

2.10. Период страхования – количество дней, указанных в Полисе, в течение которого действуют обязательства Компании по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в соответствии с условиями настоящих Правил страхования.

2.11. Путешествие – любая поездка Застрахованного лица за рубеж (путешествие, обучение, спорт, работа, за исключением в целях лечения), исчисляемая в количествах дней.

2.12. Услуги – медицинские, медико-транспортные и иные услуги, предусмотренные Программой страхования, которые оказываются Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

2.13. Учреждение – медицинское либо иное учреждение (аптека, диагностический центр и т.п.), в котором Застрахованному лицу оказываются услуги.

2.14. Служба Ассистанса – специализированная организация, действующая на основании договора с Компанией, которая осуществляет круглосуточный прием обращений по страховым событиям, содействует Застрахованному лицу в получении и оплате необходимых услуг по наступившим страховым случаям.

Служба Ассистанса имеет право контролировать качество и объем услуг, предоставляемых Застрахованному лицу, а также от имени и по поручению Компании производить за рубежом Страхователю/Застрахованному лицу компенсацию его расходов при наступлении страхового случая.

2.15. Внезапное заболевание – болезнь, возникшая неожиданно в период страхования и на территории действия Полиса, не являющаяся следствием хронического заболевания и/или заболевания, имевшегося до начала путешествия, независимо от того, осуществлялось ли по нему лечение или нет, требующая неотложной помощи и не обозначенная как исключение в настоящих Правилах страхования.

2.16. Неотложная помощь – медицинская помощь, в случае не предоставления которой подвергается опасности жизнь Застрахованного лица.

2.17. Неотложная стоматологическая помощь – стоматологическая медицинская помощь, которая ограничивается только средствами снятия боли и первичными процедурами (рентген, медикаменты, временная пломба или удаление зуба), при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая.

2.18. Хроническое заболевание – длительно протекающее заболевание с поражением органов и систем организма человека, характеризующееся периодами обострения и ремиссии.

2.19. Обострение хронической болезни – проявление характерных симптомов хронического заболевания, в том числе, при которых необходима неотложная помощь.

2.20. Несчастный случай – внезапное, кратковременное, случайное и не зависящее от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой травматическое повреждение; телесное повреждение от ожога, взрыва, удара молнии, воздействия электрического тока; отравления пищевыми или химическими веществами (промышленными или бытовыми) и/или ожоги, возникшие при вдыхании или соприкосновении с ядовитыми и/или жгучими веществами, парами или газами; обморожение, утопление, нападение злоумышленников или животных, укусы насекомых и пресмыкающихся, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное отравление ядовитыми растениями и/или смерть.

2.21. Медицинская эвакуация – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством с одного места в другое в сопровождении медицинского персонала при необходимости. Также под медицинской эвакуацией подразумевается доставка Застрахованного лица, потерявшего способность перемещаться самостоятельно из-за страхового случая на спецмашине с места происшествия до ближайшего медицинского учреждения, другие транспортные расходы не будут учитываться как медицинские расходы. Медицинская эвакуация осуществляется только при отсутствии медицинских противопоказаний и с разрешения врача.

2.22. Репатриация – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством до Республики Узбекистан. По просьбе родственников репатриация может быть осуществлена в другую страну, которой не является Республика Узбекистан, при условии, что Компания осуществляет страховую выплату в размере, не превышающем сумму, которую необходимо было бы выплатить за репатриацию до Республики Узбекистан. Условия репатриации определяются Компанией в соответствии с Правилами страхования.

2.23. Рецепт – письменное предписание врача по приему лекарственных средств и/или применению медицинских препаратов.

2.24. Физическая работа – виды работ, при которых задействуется опорно-двигательный аппарат человека с основной нагрузкой на скелетные мышцы.

2.25. Обращение – письменное обращение Страхователя, Застрахованного или иного лица, правомочного на получение страхового обеспечения от Компании с указанием причин и обстоятельств, которые причинили вред здоровью, произошедший вследствие страхового события.

РАЗДЕЛ 3. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Субъектами страховых отношений по настоящим Правилам страхования являются Компания, Страхователь, Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель.

3.2. Страхователем по настоящим Правилам страхования может выступать юридическое или дееспособное физическое лицо, являющееся резидентом или

нерезидентом Республики Узбекистан, которое, вступая в договорные отношения с Компанией, оплачивает страховую премию в порядке и на условиях настоящих Правил страхования.

3.3. Застрахованным лицом является физическое лицо, в пользу которого оформляется Полис. Если Застрахованным лицом является несовершеннолетний, причитающееся страховое обеспечение может быть выплачено одному из его родителей/опекунов.

3.4. Выгодоприобретателем является лицо, которое в случае смерти Застрахованного лица, в соответствии с законодательством Республики Узбекистан, имеет право получить страховое обеспечение.

3.5. Объектом страхования по настоящим Правилам страхования являются не противоречащие действующему законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его жизни и здоровью.

РАЗДЕЛ 4. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

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

4.2. 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.

4.2.1. В случае приобретения Полиса в соответствии с настоящими Правилами страхования 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);

4.2.2. в случае приобретения Полиса в соответствии с настоящими Правилами страхования 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;

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

а) на три дня и начинается в 00:00:00 часов четвертого дня, следующего за днем оформления Полиса, в случаях не связанных с «COVID-19»;

б) на десять дней и начинается с 00:00:00 часов одиннадцатого дня, следующего за днем оформления Полиса, в случаях связанных с «COVID-19».

При наступлении страхового случая во время отсрочки периода страхования, как указано в пункте 4.2.3. настоящих Правил страхования, Компания не рассматривает обращения и полностью освобождается от обязательств по страховой выплате/страхового обеспечения.

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

4.4. 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, Компания продолжает выполнять свои обязательства, предусмотренные настоящими Правилами страхования, в пределах страховой суммы.

4.5. При оформлении Полиса 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.

4.6. Если Полис предусматривает многократные путешествия Застрахованного лица за рубеж, независимо от количества дней его путешествия в период действия Полиса, то период страхования зависит от выбранной программы многократных путешествий (план «Multi» и план «Business») следующим образом:

	Название плана	Период действия Полиса	Количество дней страхования
а)	Multi I	92 дня	30 дней
б)	Multi II	183 дня	90 дней
в)	Multi III	365 дней	90 дней
г)	Multi IV	365 дней	180 дней
д)	Business I	365 дней	15 дней
е)	Business II	365 дней	30 дней
ж)	Business III	365 дней	45 дней
з)	Business IV	365 дней	60 дней

4.7. Если Полис предусматривает многократные путешествия Застрахованного лица в течение срока его действия, Компания несет ответственность только в пределах количества дней страхования, указанного в Полисе в соответствии с таблицей, приведенной в пункте 4.6. настоящих Правил страхования. При каждом выезде из территории страхования, данное количество дней страхования автоматически уменьшается на количество дней, проведенных Застрахованным лицом на территории страхования. Обязанность Компании по осуществлению страховой выплаты прекращается по истечении указанного в Полисе количества дней страхования.

РАЗДЕЛ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

5.1. Программа страхования – это комплекс услуг с соответствующими страховыми суммами, который может быть предоставлен Застрахованному лицу в рамках настоящих Правил страхования.

5.2. Компания принимает обязательства по одной из следующих Программ страхования, которая выбирается Страхователем. Программа, выбранная Страхователем, указывается в Полисе:

Все страховые суммы указаны в Евро

Название Программы страхования	Grand 1	Grand 2	Prestige	Antivirus 1	Antivirus 2	Antivirus 3	
Страховая сумма за одного Застрахованного лица:	50,000	60,000	90,000	60,000	90,000	110,000	
в том числе, страхование от смерти	1,500	2,000	3,000	2,000	3,000	3,000	
№	Перечень услуг	Страховые суммы по каждой услуге					
1	Медицинские услуги, в том числе:	до 25,000	до 30,000	до 40,000	до 30,000	до 40,000	до 90,000
1.	стоматологическая помощь	до 150	до 200	до 300	до 200	до 300	до 300
1.	помощь при COVID-19	нет	нет	нет	до 3,000	до 45,000	до 90,000
2	Медико-транспортные и иные услуги, в том числе:	до 23,500	до 28,000	до 47,000	до 28,000	до 47,000	до 17,000
2.	медицинская эвакуация	до 5,000	до 6,000	до 11,000	до 6,000	до 11,000	до 1,000
2.	транспортировка сопровождающего лица	до 5,000	до 6,000	до 9,000	до 6,000	до 9,000	до 1,000
2.	возвращение Застрахованного лица и/или его несовершеннолетних детей	до 4,000	до 5,000	до 8,000	до 5,000	до 8,000	до 1,000
2.	поисково-спасательные мероприятия	до 1,500	до 2,000	до 4,000	до 2,000	до 4,000	до 1,000
2.	захоронение в стране временного пребывания	до 2,000	до 2,000	до 4,000	до 2,000	до 4,000	до 1,000
2.	репатриация	до 6,000	до 7,000	до 11,000	до 7,000	до 11,000	до 12,000

5.3. Территория действия Полиса означает страну или страны пребывания Застрахованного лица и определяется в зависимости от выбранной Программы страхования по следующим территориальным разделениям:

«**Grand 1**» – действует на территории всех стран мира, за исключением стран Шенгенского соглашения, а также Лихтенштейна, Великобритании, Израиля, Японии, Австралии, Новой Зеландии, Канады и США;

«**Grand 2**» – действует на территории всех стран мира, за исключением США;

«**Prestige**» – действует на территории всех стран мира;

«**Antivirus 1**» – действует на территории всех стран мира, за исключением США;

«**Antivirus 2**» – действует на территории всех стран мира;

«**Antivirus 3**» – действует на территории всех стран мира (включая Таиланд).

5.4. Действие Полиса не распространяется на территории страны постоянного проживания/страны, гражданином которой является Застрахованное лицо/страны, которая выдало Застрахованному лицу вид на жительство.

5.5. Действие Полиса не распространяется на страны, которые по степени труднодоступности сравнимы с Северным или Южным полюсом и в которые можно попасть только с использованием особого транспорта или оборудования, вспомогательных средств и в экспедициях.

РАЗДЕЛ 6. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховая сумма определяется соглашением сторон, в зависимости от выбранной Страхователем Программы страхования, и указывается в Полисе.

6.2. Страховая премия рассчитывается в соответствии с действующими страховыми тарифами Компании, исходя от периода страхования и выбранной Программы страхования. Размер страховой премии указывается в Полисе.

6.3. Компания, при определении размера страховой премии, устанавливает повышающие или понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам,

которые зависят от возраста и количества Застрахованных лиц, цели поездки, сферы деятельности, а также других факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

6.4. При определении размера страховой премии по Полисам, оформляемым в страны Шенгенского соглашения на срок не более 92 (девяноста двух) дней, дополнительно включенные в период действия Полиса 15 (пятнадцать) дней не учитываются.

6.5. Страховая премия указывается и оплачивается в национальной валюте Республики Узбекистан – сум, единовременным платежом за весь период страхования.

6.6. Страховая премия также может быть оплачена в долларах США в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан, однако страховая премия в Полисе указывается в национальной валюте Республики Узбекистан – сум, в перерасчёте по курсу, установленному Центральным Банком Республики Узбекистан на день оплаты страховой премии.

РАЗДЕЛ 7. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ПОЛИСА

7.1. Полис оформляется на основании устного обращения или письменного Заявления – анкеты Страхователя.

7.2. Полис выдается Страхователю после оплаты страховой премии.

7.3. Страхователь, после получения Полиса, обязуется ознакомить с условиями настоящих Правил страхования всех указанных в Полисе Застрахованных лиц. Нарушение (невыполнение) этого требования не освобождает Застрахованных лиц от выполнения обязанностей, предусмотренных настоящим Правилами страхования, и не может послужить основанием для предъявления требований к Компании по поводу не ознакомления и/или несогласия их с условиями настоящих Правил страхования.

7.4. В случае утери Страхователем/Застрахованным лицом Полиса, по письменному заявлению Страхователя/Застрахованного лица, Компания выдает новый Полис без приема оплаты. После выдачи нового Полиса, утерянный Полис считается недействительным и не влечет никаких обязательств Компании перед Страхователем/Застрахованным лицом.

РАЗДЕЛ 8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА И СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

8.1.1. 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 8.1.1. настоящих Правил страхования, устанавливается ограничение (лимит) в пределах 700 (семьсот) Евро;

8.1.2. на неотложную помощь в случае осложнений/вынужденного прерывания беременности Застрахованного лица на сумму до 700 (семьсот) Евро, при условии, что срок беременности не превышает 32 (тридцать две) недели, а также что данное событие произошло в результате несчастного случая;

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

8.1.4. 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 Компании, при условии, что необходима неотложная помощь. В случае, если медицинскую эвакуацию организует третье лицо без согласования этого с Компанией, Компания оплатит расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую медицинскую эвакуацию могла бы обеспечить Компания при помощи Службы Ассистанса;

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

8.1.6. для возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания, если из-за госпитализации по причинам, указанным в пункте 2.4. настоящих Правил страхования, Застрахованное лицо потеряло возможность использовать приобретенные им билеты. Компания не компенсирует Застрахованному лицу стоимость ранее приобретенных билетов и возмещает только равнозначный вид транспорта, покрывая проезд экономическим классом на одно Застрахованное лицо.

При этом, в случае диагностирования у Застрахованного лица «COVID-19», сумма компенсации или возмещения стоимости билетов ограничена суммой не более 900 (девятьсот) Евро на одно Застрахованное лицо. В случае, если возможен возврат или замена приобретенных ранее билетов, Компания 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.

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

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

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

8.1.10. на репатриацию, за исключением проведения ритуальных услуг и погребения в стране постоянного проживания Застрахованного лица. Если репатриацию организует третье лицо, без согласования этого с Компанией,

Компания оплачивает расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую репатриацию могла бы обеспечить Компания при помощи Службы Ассистанса;

8.1.11. 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 «Antivirus 1», «Antivirus 2» и «Antivirus 3».

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) 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 фактические расходы, но не более нижеследующих лимитов:

до 45 (сорок пять) Евро в сутки на одного Застрахованного лица по программе страхования «Antivirus 1»;

до 65 (шестьдесят пять) Евро в сутки на одного Застрахованного лица по программе страхования «Antivirus 2»;

до 90 (девяносто) Евро в сутки на одного Застрахованного лица по программе страхования «Antivirus 3».

8.2. Компания 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.

8.3. Компания оплачивает приобретение медикаментов только в случае, если они приобретены по выписанным врачом рецептам.

8.4. Компания 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 Компания их компенсировала, оплачивая такие же услуги, полученные при помощи Службы ассистанса.

8.5. Обязательства Компании по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения действуют в отношении страховых случаев, произошедших в период страхования и на территории действия Полиса.

8.6. Компания несет обязательства по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения 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 9. СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

9.1. По страхованию от несчастного случая, Компания выплачивает Выгодоприобретателю страховую сумму, указанную в Программе страхования, в полном размере:

9.1.1. при смерти Застрахованного лица, наступившей во время путешествия и явившейся прямым результатом несчастного случая, произошедшего в период страхования и на территории действия Полиса;

9.1.2. при смерти Застрахованного лица, наступившей в течение одного года и явившейся прямым результатом несчастного случая, произошедшего в период страхования и на территории действия Полиса.

РАЗДЕЛ 10. ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ СПОРТА

10.1. Настоящими Правилами страхования автоматически покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в ходе проведения им активного отдыха. При этом под активным отдыхом, в рамках настоящих Правил страхования, понимается способ проведения свободного времени в путешествии с участием в спортивных развлечениях и занятием активными видами деятельности (кроме подготовки и участия в любого рода профессиональных соревнованиях).

10.2. С условием оплаты страховой премии с применением повышающего коэффициента и наличия отметки «Спорт» в графе «Особые условия» Полиса, Компанией покрываются расходы на Услуги, указанные в пункте 2.12 настоящих Правил страхования Застрахованного лица, возникшие в ходе занятия профессиональным спортом, включая соревнования и тренировки, катания на горных лыжах и сноуборде на предназначенных для этих целей и специально оборудованных трассах.

Профессиональным спортом, в рамках настоящих Правил, признается спорт, являющийся основным видом деятельности для спортсмена, который получает в соответствии с контрактом заработную плату или иное денежное вознаграждение за подготовку к спортивным соревнованиям и участие в них.

10.3. С условием оплаты страховой премии с применением повышающего коэффициента и наличия отметки «Спорт» в графе «Особые условия» Полиса, Компанией покрываются расходы на Услуги, указанные в пункте 2.12 настоящих Правил страхования Застрахованного лица, возникшие в ходе езды на квадроциклах, мотороллерах, мопедах, скутерах, водных скутерах.

10.4. По настоящим Правилам страхования не покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в результате катания на горных лыжах и сноуборде вне предназначенных для этих целей и специально оборудованных трассах, подводного плавания или ныряния на глубину более 30 (тридцати) метров, а также занятия этими видами спорта в Северном Ледовитом океане и прилегающих к нему морях, занятия регби, сёрфингом, альпинизмом, спелеологией, хелибордом, мотоспортом, даунхиллом, кайтбордом, полётами на летательных аппаратах и устройствах (исключая в качестве пассажира в самолёте), прыжками с парашютом, бобслеем, планеризмом, дельтапланеризмом, парапланеризмом, параглайдингом, автоспортом, боксом, кикбоксингом, тайским боксом, боями без правил, полетами на воздушном шаре (не в качестве пассажира), виндсерфингом, теми видами спорта, которые связаны с прыжками с высоты, применением фигур с акробатическими элементами или без них, или преодолением препятствий (далее в тексте – особые виды спорта). Если хоть в одну физическую активность, которая упомянута в пунктах 10.1 и 10.2, включены прыжки с высоты, акробатические элементы, то эта активность причисляется к особым видам спорта, и не покрывается настоящими Правилами страхования.

РАЗДЕЛ 11. ИСКЛЮЧЕНИЯ

11.1. Страховая выплата/страховое обеспечение не осуществляется при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, но явившегося прямым или косвенным следствием любого из нижеперечисленных факторов:

11.1.1. расходы, понесенные в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица при совершении путешествия, несмотря на наличие прямых медицинских противопоказаний;

11.1.2. если при наступлении несчастного случая или внезапного заболевания в организме Застрахованного лица было констатировано наличие алкоголя (если данный риск не был оплачен дополнительно), наркотических или психотропных веществ, или констатировано использование непредписанных врачом медикаментов, что может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию;

11.1.3. психические заболевания и состояния, эпилепсия (первичная и симптоматическая), неврозы (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.), а также заболевания центральной нервной системы;

11.1.4. любые события/последствия, непосредственно связанные с беременностью (кроме случая, предусмотренного пунктом 8.1.2 настоящих Правил страхования), родами и или абортom, а также издержками за услуги, связанные с планированием семьи и лечением бесплодия;

11.1.5. заболевания, передаваемые половым путем и их последствия, венерические заболевания, СПИД и все болезни, вызванные ВИЧ-инфекцией;

11.1.6. онкологические заболевания, новообразования (злокачественные и доброкачественные), независимо от того, было ли известно об этом Застрахованному лицу или нет;

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

11.1.8. расходы на реабилитационные мероприятия;

11.1.9. расходы на трансплантацию органов;

11.1.10. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

11.1.11. любое профилактическое мероприятие, вакцинация, дезинфекция, санаторно-курортное лечение, восстановительное и оздоровительное лечение, гелиотерапия, водолечение, физиотерапия, мануальная терапия, массаж любого вида и т.п.;

11.1.12. лечение нетрадиционными методами медицины, без указания диагноза или лечение, которое не соответствует установленному диагнозу;

11.1.13. косметическая/пластическая хирургия, лечение, связанное с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, а также любыми видами протезирования, включая зубное и глазное;

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

11.1.15. хронические заболевания и/или их обострения/осложнения, и/или иные формы и виды их проявления. В случае обострения/осложнения у Застрахованного лица хронических заболеваний, Компания организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица в пределах 700 (семьсот) Евро;

11.1.16. заболевания системы кровообращения (за исключением артериальной гипертензии и гипотензии), требующие сложного лечения и/или длительного пребывания в стационаре, в том числе кардиохирургического оперативного лечения (включая ангиографию, ангиопластику, шунтирование и т.п.), а также лечения ранних и поздних осложнений, возникших вследствие ранее перенесенных заболеваний системы кровообращения и хирургических вмешательств;

11.1.17. 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, Компания организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица в пределах 700 (семьсот) Евро;

11.1.18. заболеваниями, вследствие которых Застрахованное лицо проходило курс лечения до начала своей поездки, или, если предпринимаемое путешествие было противопоказано Застрахованному лицу по состоянию здоровья;

11.1.19. профессиональные заболевания, а также другие любые заболевания, для лечения которых было предпринято путешествие;

11.1.20. предоставление приспособлений для улучшения зрения (очки и оправы, линзы, лупы и т.д.), а также другие вспомогательные средства (протезы, костыли, коляска и т.п.);

11.1.21. приобретение витаминов, пищевых добавок, обогатителей питания, продуктов растительного происхождения, гомеопатических средств;

11.1.22. 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.;

11.1.23. расходы Застрахованного лица, связанные с лечением эпидемических заболеваний (пандемий), со стихийными бедствиями и их последствиями, карантинном, падением метеоритов и иных космических тел/объектов.

Данный пункт правил не распространяется на программы страхования «Antivirus 1», «Antivirus 2» и «Antivirus 3» приведенных в пункте 5.2 настоящих Правил страхования.

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

11.2. Компания не оплачивает расходы и случай не признается страховым, если страховое событие наступило с Застрахованным лицом:

11.2.1. при попытке самоубийства или самоубийстве;

11.2.2. при исполнении служебных обязанностей в какой-либо военной структуре;

11.2.3. выполняя физическую работу, если в Полисе в графе «Особые условия» не указано «Работа»;

11.3. Компания не оплачивает расходы, которые прямо или косвенно вызваны:

11.3.1. террористическим актом (акт, который выражается в применении силы и насилия или угрозе их применения со стороны любого лица или группы лиц, действующих в одиночку или в связи с какой-либо организацией или правительством или от его имени, выполняемым из политических, религиозных, идеологических или этнических соображений и содержащий замысел повлиять на правительство или угрожать обществу или какой-либо его части), в том числе не возмещается вред, вызванный мероприятиями по предотвращению террористического акта;

11.3.2. актом войны, вторжением иностранного врага, военными действиями (независимо от того будет объявлена война или нет), гражданскими войнами, восстаниями, революциями, бунтами и гражданскими волнениями;

11.3.3. несчастными случаями, произошедшими в результате участия Застрахованного лица в пари и преступлениях, а также в драке, за исключением действий, связанных с выполнением им своего гражданского долга или защиты своей жизни, здоровья, чести и достоинства (или третьих лиц);

11.3.4. несчастными случаями, произошедшими с Застрахованным лицом в результате управления им транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения и/или без соответствующего разрешения/права на управление транспортным средством, а также при передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу,

находящемуся в вышеуказанном состоянии и/или без вышеуказанного разрешения/права;

11.3.5. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, которое послужило причиной наступления страхового случая, в том числе в случае обнаружения Компанией фальсифицированных документов, разрешающих выезд за пределы республики, включая ПЦР тесты.

11.3.6. предоставлением документов с заведомо ложной информацией, касающейся состояния здоровья Застрахованного лица или оказанных ему медицинских и связанных с ними услуг;

11.3.7. непредставлением необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и объем вызванных в результате страхового случая убытков;

11.3.8. непредставлением запрашиваемых Компанией документов, оговоренных в пунктах 12.7 – 12.8 настоящих Правил страхования;

11.3.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

11.4. В соответствии с условиями настоящих Правил страхования Компания освобождается от ответственности и не покрывает косвенные убытки, недополученную прибыль, пени, штрафы, неустойки и прочие финансовые санкции.

РАЗДЕЛ 12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕТЕНЗИИ

12.1. При наступлении страхового события, Застрахованное лицо или его представитель обращается в Службу Ассистанса по телефонам или с помощью других средств связи, указанным в Полисе, и по возможности, информирует оператора о случившемся, сообщая при этом следующие данные:

- фамилию и имя Застрахованного лица, нуждающегося в помощи;
- номер Полиса и период страхования;
- название Компании;
- описание обстоятельств произошедшего события и характер требуемой помощи;
- местонахождение и номер контактного телефона для обратной связи.

12.2. После получения информации, Служба Ассистанса организует оказание Застрахованному лицу необходимых услуг, предусмотренных настоящими Правилами страхования, а также оплатит расходы Застрахованного лица в соответствии с условиями Полиса.

12.3. 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.

12.4. 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.

12.5. Заявление предоставляется Компании в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня наступления страхового события, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня возвращения Застрахованного лица из путешествия.

12.6. В зависимости от страхового события, к заявлению должны быть приложены следующие документы:

12.6.1. при внезапном заболевании и/или несчастном случае с Застрахованным лицом в путешествии:

- а) Полис или его копия;
- б) копия документа (с обязательным представлением оригинала), устанавливающего личность Застрахованного лица;
- в) оригинал справки-счета из учреждения с указанием необходимых данных (фамилия пациента, диагноз, дата обращения за услугами, продолжительность лечения и т.п.);
- г) оригинал рецепта, выписанного врачом в связи с данным заболеванием;
- д) оригинал счета учреждения с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;
- е) оригиналы документов, подтверждающие факт оплаты услуг (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы и т.п.);
- ж) заключение или иной документ учреждения, свидетельствующий об отсутствии в организме Застрахованного лица алкоголя, наркотического, токсического или иного опьяняющего вещества – при несчастном случае, произошедшем с Застрахованным лицом в результате управления им любым видом транспортного средства;

12.6.2. при наступлении смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая в путешествии:

- а) Полис или его копия;
- б) копия документа (с обязательным представлением оригинала), устанавливающего личность Выгодоприобретателя, правомочного в получении страхового обеспечения;
- в) детальное описание обстоятельств несчастного случая и по возможности имена и координаты свидетелей;
- г) оригинал акта (протокола или любого иного документа, описывающего обстоятельства и причины происшествия) правоохранительных органов в отношении несчастного случая (если дело рассматривалось правоохранительными органами);
- д) копия свидетельства о смерти Застрахованного лица или судебного решения о том, что Застрахованное лицо объявлено умершим или без вести пропавшим (в случае исчезновения Застрахованного лица).

12.7. По требованию Компании, документы, указанные в пункте 12.6, составленные на иностранном языке, ином, чем русский и английский, подлежат заверенному переводу за счет средств Заявителя (Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя).

12.8. При необходимости и в целях выяснения обстоятельств, а также определения размера убытка и урегулирования вопроса по осуществлению страхового обеспечения, Компания имеет право затребовать другие документы, не указанные в пункте 12.6 настоящих Правил страхования.

12.9. В случае необходимости, Компания вправе проводить проверку предоставленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового события, а также проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица.

12.10. В зависимости от характера и обстоятельств страхового события, Компания имеет право принять решение о признании или не признании произошедшего события страховым случаем (или об отказе в страховом обеспечении) без требования полного перечня документов/информации, указанного в пункте 12.6 с соблюдением требований пункта 12.7 настоящих Правил страхования.

12.11. В любом случае доказательство факта наступления страхового случая, ответственности Компании по осуществлению страхового обеспечения и

обоснования суммы убытков лежит на Страхователе/Застрахованном лице/Выгодоприобретателе.

12.12. Если Застрахованное лицо заявляет о страховом событии с нарушением требований пункта 12.5 настоящих Правил страхования, его обязанностью является доказать Компании невозможность более скорого сообщения о случившемся.

12.13. Если по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс в отношении Застрахованного лица, принятие решения о выплате страхового обеспечения может быть отсрочено до окончания расследования или судебного разбирательства.

12.14. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения сообщается Страхователю/ Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю в письменной форме, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента обращения в Компанию за выплатой страхового обеспечения, в порядке, установленном настоящими Правилами страхования, и должно содержать мотивированное обоснование причин отказа.

РАЗДЕЛ 13. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

13.1. Страховое обеспечение осуществляется на основании Акта о страховом случае, подписанного Компанией и лицом, правомочным на получение страхового обеспечения, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента признания Компанией страхового события страховым случаем.

13.2. Страховое обеспечение осуществляется в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу иностранной валюты, в которой производились расходы, установленному Центральным банком Республики Узбекистан на день оплаты страховой премии, путем единовременного перечисления на банковский счет Заявителя (Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя).

13.3. Если курс иностранной валюты, в которой производились расходы, не установлен Центральным банком Республики Узбекистан, то сторонами определяется источник установления курса данной валюты по отношению к национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, который указывается в Акте о страховом случае.

13.4. Страховое обеспечение по Разделу 9 настоящих Правил осуществляется в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу Евро, установленному Центральным банком Республики Узбекистан на день оплаты страховой премии, путем единовременного перечисления на банковский счет Выгодоприобретателя.

13.5. Каждый оплаченный Компанией счет учреждения за оказанные услуги Застрахованному лицу уменьшает страховую сумму по каждой услуге, входящей в Программу страхования, на сумму оплаченного счета.

13.6. Общий размер страховой выплаты/страхового обеспечения, осуществленный Компанией по одному или нескольким страховым случаям, не может превышать размер страховой суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования.

13.7. После осуществления страхового обеспечения, оригиналы документов, указанных в пункте 12.6 настоящих Правил страхования, Страхователю/Застрахованному лицу/ Выгодоприобретателю не возвращаются.

РАЗДЕЛ 14. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ПОЛИСА

14.1. Действие Полиса прекращается в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

14.2. Полис может быть досрочно расторгнут в любое время по письменному заявлению Страхователя.

14.3. Полный/частичный возврат страховой премии производится путем единовременного перевода денежных средств на лицевой счет (пластиковой карты, банковский счет или счет до востребования) при условии возврата Страхователем в Компанию Полиса в следующем порядке и случае:

14.3.1. если Страхователь заявил об отказе от страхования до начала периода действия Полиса – Компания возвратит ему оплаченную страховую премию в полном объеме;

14.3.2. если Страхователь заявил об отказе после начала периода действия Полиса – Компания возвратит ему страховую премию за не истекший период страхования;

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

14.3.4. По всем вышеуказанным случаям, предусмотренными пунктами 14.3.1-14.3.3 настоящих Правил, Страхователем предоставляются два экземпляра (корешка) Полиса страхования путешественников. При отсутствии одного из экземпляров (корешков) Полиса страхования путешественников предоставляется письмо, выданное европейскими органами, подтверждающее отказ в выдаче визы.

14.3.5. По всем вышеуказанным случаям, предусмотренным пунктом 14.3 настоящих Правил страхования, 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, дополнительно включенные согласно пункту 4.5 настоящих Правил страхования, не учитываются.

14.4. Возврат страховой премии при расторжении Полиса по заявлению Страхователя, осуществляется в той же валюте, в которой была оплачена страховая премия, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения такого заявления.

14.5. Страховая премия не возвращается в случаях:

14.5.1. если в течение периода страхования произошел страховой случай, указанный в настоящих Правилах страхования, по которому Компания выполнила или выполняет свои обязательства;

14.5.2. в паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза на путешествие, когда наличие Полиса требовалось для получения данной визы за исключением случаев, когда количество совершенных поездок по Полису равно количеству поездок, указанных в визе. Данный пункт Правил не распространяется на Полисы, предусматривающие многократные путешествия.

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

РАЗДЕЛ 15. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

15.2. При возникновении споров, требований или разногласий по вопросам, предусмотренным Полисом и настоящими Правилами страхования или в связи с ними, в том числе касающиеся их исполнения и нарушения, стороны примут меры к разрешению их путем переговоров.

15.3. При невозможности разрешения споров, разногласий или требований, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

15.4. Если какие - либо возникшие ситуации (обстоятельства) не нашли своего отражения в Полисе или настоящих Правилах страхования, Компания вправе принять по своему усмотрению компромиссное решение.

15.5. В случае возникновения расхождений при толковании Правил страхования на узбекском, русском или английском языках, Правила страхования на русском языке будет обладать преимущественной силой.

15.6. Настоящие Правила состоят из 19 страниц, заканчивается пунктом 15.6, и они не могут быть изменены третьими лицами или использованы ими для коммерческих целей.



GROSS

INSURANCE

ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА

GROSS INSURANCE LLC. Address: 6, psg. 1, Amir Temur str., Tashkent, 100000, Republic of Uzbekistan
Phone: 1166 (within Uzbekistan), +998 (71) 232-23-05 / 06; Fax: +998 (71) 232-23-07; e-mail: travel@gross.uz; www.gross.uz

САЁХАТЧИЛАРНИНГ СУҒУРТА ПОЛИСИ/ TRAVEL INSURANCE POLICY

СУҒУРТА ҚИЛДИРУВЧИ НОМИ / Ф.И.Ш. Name of the policy holder		СУҒУРТА ҚИЛДИРУВЧИНИНГ ТЕЛЕФОН РАҚАМИ / МАНЗИЛИ Policy holder address / phone #		СУҒУРТА АГЕНТИНИНГ № Insurance agent #
СУҒУРТАЛАНГАН ШАХС ИСМ-ШАРИФИ Full name of the insured person		ПАСПОРТ № Passport #	ТУҒИЛГАН САНА Date of birth	МАХСУС ШАРТЛАР Special conditions
				from дан
				to гача
				СУҒУРТА ДАВРИ КУНЛАРИ Days of insurance
				БЕРИЛГАН САНА Date of issue
СУҒУРТА ДАСТУРИ / ҲАР БИР СУҒУРТАЛАНГАН ШАХСНИНГ СУҒУРТА ПУЛИ Insurance program / Sum insured per person			СУҒУРТА МУКОФОТИ Insurance premium	СУҒУРТАЛОВЧИ ВАКИЛИНИНГ ИМЗОСИ Signature of insurer's representative
EURO			UZS ёки USD*	
САЁХАТ МАМЛАКАТИ Host country				СУҒУРТА ҚИЛДИРУВЧИНИНГ ИМЗОСИ**
*Ўзбекистон Республикаси Марказий Банкнинг АҚШ долларининг сўмга нисбатан ўрнатган курси асосида ҳисобланган *Converted in US dollars at the exchange rate set by the Central Bank of the Republic of Uzbekistan				
«GROSS INSURANCE» МЧЖнинг суғурта хизматлари Суғурта шартномаси каби юридик кучга эга бўлган ушбу Суғурта полисига асосан амалга оширилади ва фақат Саёхатчиларни суғурталаш қоидалари билан биргаликда тақдим этилади.		* Ушбу билан мен, Суғурталанган шахс тез тиббий ёрдамга муҳтож эмаслигини маълум қиламан. Суғурта қоидалари билан танишдим ва уларнинг шартларига розиман. Сайёхатчиларни суғурталаш қоидаларини ва GIT №0000000 рақамли суғурта полисини олдим.		

GROSS

INSURANCE