

ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА
по страхованию путешествующих «TRAVEL.online»
(вступает в силу с 19 сентября 2022 года)

Настоящая Публичная оферта по страхованию путешествующих «TRAVEL.online» (далее – «Оферта») является предложением АО «Страховая компания GROSS» (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 настоящей Оферты, отменяются все ранее утвержденные Страховщиком варианты Публичной оферты по страхованию путешествующих «TRAVEL.online». По всем полисам страхования, приобретенным до момента вступления в силу настоящей Оферты, услуги по страхованию оказываются в рамках Публичной оферты, действовавшей до утверждения настоящей Оферты.

Принятие условий настоящей Оферты 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 электронный Полис 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.

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

- с условиями настоящей Оферты, включая условия 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.

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 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 не разглашать персональные данные Страхователя и иных физических лиц, указанных в Договоре страхования в соответствии с требованиями статьи 26 Закона Республики Узбекистан «О страховой деятельности». При этом, Страхователь соглашается на раскрытие Страховщиком сведений по настоящей Оферте посольствам иностранных государств, которые могут запросить информацию о наличии страховой защиты в отношении Страхователя/Застрахованного лица, путешествующего в страны этих посольств.

Ссылки «Оферта», «Договор страхования» и «Полис» далее по тексту имеют равнозначное и одинаковое значение по отношению к настоящей Оферте (электронному документу).

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

1.1. Основные понятия:

Страховщик – Страховая компания ООО «GROSS INSURANCE», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством Республики Узбекистан и на основании Лицензии Министерства финансов Республики Узбекистан.

Страхователь – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Полис страхования путешествующих (Полис)– документ, подтверждающий факт заключения между Страхователем и Страховщиком договора страхования.

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

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику.

Страховой риск – предполагаемое и внезапное событие, на случай наступления которого осуществляется страхование. По условиям настоящей Оферты 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.

Страховое событие – событие, имеющее признаки страхового случая.

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

Страховая выплата – денежные средства, выплачиваемые Страховщиком в пользу Страхователя/ Застрахованного лица/Выгодоприобретателя или Учреждения за оказанные услуги Застрахованному лицу, в связи с наступлением страхового случая, в пределах страховой суммы и в порядке, установленном настоящей Офертой.

Период действия Полиса – промежуток времени, указываемый в Полисе, в течение которого действует Полис и оказываются услуги в соответствии с условиями Раздела 3 настоящей Оферты.

Период страхования – количество дней, в течение которого действуют обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в соответствии с условиями Раздела 3 настоящей Оферты.

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

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

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

Служба Ассистанса – специализированная организация, действующая на основании заключенного со Страховщиком договора, в рамках которого осуществляет круглосуточный прием

обращений по страховым событиям, содействует Страхователю и/или 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 Страховщика производить за рубежом Страхователю/Застрахованному лицу компенсацию его расходов при наступлении страхового случая.

Внезапное заболевание – болезнь, возникшая неожиданно в период страхования и на территории действия Полиса страхования, 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 настоящей Оферте.

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

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.

Хроническое заболевание – уже имеющееся в теле (организме) человека заболевание, длительно протекающее с поражением органов и систем организма человека, характеризующееся периодами обострения и ремиссии.

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

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.

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.

Репатриация – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством до аэропорта страны постоянного проживания. По просьбе родственников репатриация может быть осуществлена до страны проживания, которой не является Республика Узбекистан, при условии, что Страховщик осуществляет страховую выплату в размере, не превышающем сумму, которую необходимо было бы выплатить за репатриацию до Республики Узбекистан. Условия и порядок репатриации определяются Страховщиком.

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

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

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.

Багаж – перевозимые в ходе Путешествия аксессуары багажа (чемодан, дорожная сумка, рюкзак, саквояж, портфель и т.д.) Страхователя, зарегистрированные на таможенном или авиационном контроле при вывозе багажа за пределы Республики Узбекистан, переданные для перевозки авиаперевозчику с подтверждающими документами (багажной квитанции, чек, накладной, иные документы организации, осуществляющей перевозку багажа). К Багажу также относятся детские коляски и инвалидные кресла-коляски, спортивный инвентарь при условии их использования Страхователем в период Путешествия. Содержимое Багажа, а также ручная кладь, не сданная авиаперевозчику, не принимаются на страхование.

1.2. Порядок заключения и вступления в силу Договора страхования:

1.2.1. Настоящая Оферта содержит в себе все существенные условия Договора страхования и считается электронным документом, устанавливающим условия продажи и оказания страховых услуг Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу;

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

1.2.3. Страхователь заполняет обязательные поля 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 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;

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

1.2.6. Стороны Договора страхования подтверждают, что получение Страхователем Полиса страхования на свою электронную почту либо на мессенджеры по указанному номеру телефона, указанного при заполнении персональных данных, является надлежащим подписанием Договора страхования (Полиса страхования).

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

1.3. Порядок оплаты Договора страхования (Полиса страхования):

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

1.3.2. 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;

1.3.3. После получения подтверждения об оплате стоимости Полиса страхования, информационная система Страховщика автоматически производит оформление Полиса страхования в электронной форме, отправляет его на адрес электронной почты Страхователя либо 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.

1.4. Прекращение договора страхования

1.4.1. Действие Полиса страхования прекращается в случаях, предусмотренных настоящей Офертой и действующим законодательством Республики Узбекистан.

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

1.4.3. 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:

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

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

1.4.3.3. 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;

1.4.3.4. По всем вышеуказанным случаям, предусмотренными пунктами 1.4.3.1-1.4.3.2 настоящей Оферты, при возврате Полиса страхования путешествующих, оформленного с территорией действия в странах Шенгенского соглашения, Страхователь должен предоставить оригинал письма, выданного европейскими органами, подтверждающее отказ в выдаче визы.

1.4.3.5. по всем вышеуказанным случаям, предусмотренным пунктом 1.4.3 настоящей Оферты, 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 6.5 настоящей Оферты, не учитываются.

1.4.4. Возврат страховой премии при расторжении Полиса по заявлению Страхователя, осуществляется в национальной валюте, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения такого заявления.

1.4.5. Страховая премия не возвращается в случаях:

1.4.5.1. если в течение периода страхования произошел страховой случай, указанный в настоящей Оферты, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства;

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

1.4.5.3. Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, указанного в Полисе 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 или официальный интернет-ресурс:

www.gross.uz / 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. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТРАХОВЩИКА

2.1. В соответствии с настоящей Офертой, Страховщик обязуется при наступлении Страхового случая произвести страховую выплату Страхователю/Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю (по выбору Страхователя) при условии оплаты страховой премии.

2.2. Обязательства Страховщика по настоящей Оферте (договору страхования) действуют в течение периода страхования в соответствии с требованиями Раздела 3 настоящей Оферты.

3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

3.2. Страховая премия рассчитывается автоматическим путем с использованием информационных систем в соответствии с действующими страховыми тарифами Страховщика, исходя от периода страхования и выбранной Программы страхования. Размер страховой премии указывается в Полисе страхования. Факт оплаты страховой премии считается согласием Страхователя с размером страховой премии подлежащей оплате по настоящей Оферте

3.3. Страховщик, 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.

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

3.5. Страховая премия указывается и оплачивается в национальной валюте Республики Узбекистан – сум, единовременным платежом за весь период страхования с использованием электронных платежных систем.

3.6. 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 перерасчете по курсу, установленному Центральным Банком Республики Узбекистан на день оплаты страховой премии.

РАЗДЕЛ 4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

4.2. В случае возникновения споров, требований или разногласий по вопросам, предусмотренным настоящей Офертой или в связи с ним, в том числе касающиеся его исполнения и нарушения, стороны примут меры к разрешению их путем переговоров.

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

4.4. Если какие-либо возникшие ситуации (обстоятельства) не нашли своего отражения в настоящем договоре страхования, Страховщик вправе принять по своему усмотрению компромиссное решение.

4.5. Настоящая Оферта состоит из 21 страницы, заканчивается пунктом 20.12, и она не может быть изменена третьими лицами или использована ими для коммерческих целей.

ГЛАВА I
СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ, МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ И ИНЫХ РАСХОДОВ

5. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Субъектами страховых отношений по настоящей Оферте являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель.

5.2. Страхователем по настоящей Оферте может выступать дееспособное физическое лицо, являющееся резидентом или нерезидентом Республики Узбекистан, которое, вступая в договорные отношения со Страховщиком, оплачивает страховую премию в порядке и на условиях настоящей Оферты.

5.3. 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.

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

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

РАЗДЕЛ 6. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

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

6.2. 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.

6.2.1. в случае приобретения Полиса в соответствии с настоящей Офертой 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).

6.2.2. в случае приобретения Полиса в соответствии с настоящей Офертой 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;

6.2.3. в случае приобретения Полиса для лиц, не обладающих Полисом, оформленного в соответствии с настоящей Офертой, 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 6.2.3 настоящей Оферты, Страховая компания не рассматривает обращения и полностью освобождается от обязательств по страховой выплате/страхового обеспечения.

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. 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.

6.6. 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 «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

6.7. Если Полис предусматривает многократные путешествия Застрахованного лица в течение срока его действия, Страховщик несет ответственность только в пределах количества дней страхования, указанного в Полисе в соответствии с таблицей, приведенной в пункте 6.6. настоящей Оферты. 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 7. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

7.1. Программа страхования – это комплекс услуг с соответствующими страховыми суммами, который может быть предоставлен Страхователю/Застрахованному лицу в рамках настоящей Оферты.

7.2. Страховщик 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	100,000	110,000	
в том числе, страхование от смерти	1,000	1,500	2,000	1,500	2,000	2,000	
№	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 50,000	до 90,000
1.1	стоматологическая помощь	до 150	до 200	до 300	до 200	до 300	до 300
1.2	помощь при COVID-19	нет	нет	нет	до 3,000	До 45,000	До 50,000
1.3	иные медицинские услуги	до 24 850	до 29 800	до 39 700	до 26 800	до 19 700	до 49 700
2	Медико-транспортные и иные услуги, в том числе:	до 24,000	до 28,500	до 48,000	до 28,500	до 48,000	до 48,000
2.1	медицинская эвакуация	до 5,000	до 6,000	до 11,000	до 6,000	до 11,000	до 11,000
2.2	транспортировка сопровождающего лица	до 5,000	до 6,000	до 9,000	до 6,000	до 9,000	до 9,000
2.3	возвращение Застрахованного лица и/или его несовершеннолетних детей	до 4,000	до 5,000	до 8,000	до 5,000	до 8,000	до 8,000
2.4	поисково-спасательные мероприятия	до 2,000	до 2,000	до 4,000	до 2,000	до 4,000	до 4,000
2.5	захоронение в стране временного пребывания	до 2,000	до 2,500	до 5,000	до 2,500	до 5,000	до 5,000
2.6	репатриация	до 6,000	до 7,000	до 11,000	до 7,000	до 11,000	до 11,000

7.3. Территория действия Полиса страхования 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.

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

7.5. Действие Полиса страхования 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 8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

8.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного настоящей Офертой, 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. настоящей Оферты, устанавливается ограничение (лимит) в пределах 500 (пятисот) Евро.

8.1.2. на неотложную помощь в случае осложнений/вынужденного прерывания беременности Застрахованного лица на сумму до 500 (пятисот) 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 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;

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 в связи со страховым случаем Застрахованное лицо потеряло возможность использовать приобретенные им билеты. Страховщик не компенсирует Застрахованному лицу стоимость ранее приобретенных билетов.

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, 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;

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 страхования, за исключением ритуальных услуг;

8.1.10. на репатриацию Застрахованного лица за исключением случаев смерти, наступивших в результате событий, указанных в пунктах 11.1.1, 11.1.2, 11.1.13, 11.1.18, 11.1.19, 11.2, 11.3, а также 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. 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.

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

8.4. 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.

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

8.6. 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 9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

9.1. По страхованию от несчастного случая, Страховщик 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 страхования;

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 страхования.

РАЗДЕЛ 10. ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ СПОРТА

10.1. Настоящей Офертой автоматически покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в ходе проведения им активного отдыха. При этом под активным отдыхом, в рамках настоящей Оферты, понимается способ проведения свободного времени в путешествии с участием в спортивных развлечениях и занятием активными видами деятельности (кроме подготовки и участия в любых рода профессиональных соревнованиях).

10.2. С условием оплаты страховой премии с применением повышающего коэффициента и наличия отметки «Спорт» в графе «Особые условия» Полиса страхования, Страховщиком покрываются расходы на Услуги, указанные в Разделе 1 настоящей Оферты 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 настоящей Оферты, 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 Разделе 1 настоящей Оферты Застрахованного лица, возникшие в ходе езды на квадроциклах, мотороллерах, мопедах, скутерах, водных скутерах.

10.4. По настоящей Оферте 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 настоящей Офертой.

РАЗДЕЛ 11. ИСКЛЮЧЕНИЯ

11.1. Страховая выплата 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

заклучениях/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 настоящей Оферты), 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, Страховщик организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица в пределах 500 (пятисот) Евро;

11.1.16. заболевания 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, 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 500 (пятисот) 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, карантином, падением метеоритов и иных космических тел/объектов.

Данный пункт не распространяется на программы страхования «Antivirus 1», «Antivirus 2» и «Antivirus 3» приведенных в пункте 7.2 настоящей Оферты.

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. Страховщик 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 настоящей Оферты в графе «Особые условия» не указано «Работа»;

11.3. Страховщик 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;

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 Страховщиком документов, оговоренных в пунктах 12.7–12.8 настоящей Оферты;

11.3.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

11.4. В соответствии с условиями настоящей Оферты Страховщик 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, указанных в Полисе страхования, и по возможности, информирует оператора о случившемся, сообщая при этом следующие данные:

- фамилию и имя Застрахованного лица, нуждающегося в помощи;
- номер Полиса страхования и период страхования;
- название Страховщика;
- 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 настоящим Полисом, а также оплатит расходы Застрахованного лица в соответствии с условиями настоящей Оферты.

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 Страховщика 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) нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица или оригинал судебного решения о том, что Застрахованное лицо объявлено умершим или без вести пропавшим (в случае исчезновения Застрахованного лица).

12.7. По требованию Страховщика, документы, указанные в пункте 10.6, 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, Страховщик имеет право затребовать другие документы, не указанные в пункте 12.6 настоящей Оферты.

12.9. В случае необходимости, Страховщик 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, Страховщик 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 10.7 настоящей Оферты.

12.11. В любом случае доказательство факта наступления страхового случая, ответственности Страховщика 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, его обязанностью является доказать Страховщику 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 страховой выплате сообщается Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю в письменной форме, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента обращения к Страховщику за страховой выплатой, в установленном настоящей Офертой порядке, и должно содержать мотивированное обоснование причин отказа.

РАЗДЕЛ 13. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

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

13.2. 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 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. Страховая выплата по Разделу 9 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 Страховщиком 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, осуществленный Страховщиком по одному или нескольким страховым случаям, не может превышать размер страховой суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования.

13.7. После осуществления страховой выплаты, оригиналы документов, указанных в пункте 12.6. Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю не возвращаются.

ГЛАВА II СТРАХОВАНИЕ БАГАЖА

РАЗДЕЛ 14. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

14.1. Субъектами страховых отношений по настоящей Оферте являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель.

14.2. Страхователем по настоящей Оферте 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 настоящей Оферты.

14.3. Договор страхования может быть заключен в пользу лица (страхователя или выгодоприобретателя), имеющего основанный на законе, ином правовом акте или договоре интерес в сохранении принимаемого на страхование имущества.

14.4. В случае, если договор страхования заключен Страхователем в пользу Выгодоприобретателя, на последнего распространяются права и обязанности Страхователя. Выгодоприобретателями по настоящей Оферте могут быть только физические лица.

14.5. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Выгодоприобретателя), связанные с владением, пользованием и распоряжением принадлежащим ему багажом.

РАЗДЕЛ 15. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

15.1. Страховым риском является предполагаемое событие на случай наступления, которого проводится страхование.

15.2. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное настоящей Офертой, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату лицу, в пользу которого заключен Полис.

15.3. Страховым случаем по настоящей Оферте является фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное и непреднамеренное событие утраты (пропажа, полная гибель) или задержки перевозчиком (уполномоченным им лицом) зарегистрированного багажа, сданного под

ответственность перевозчика, имевшее место в период действия Полиса и подтвержденное документально.

РАЗДЕЛ 16. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

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

16.2. Период страхования начинается с даты и времени указанных в Полисе как дата начала страхования, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы страны постоянного проживания при выезде с территории страны постоянного проживания, подтверждением чего является отметка пограничных служб в заграничном паспорте и/или сдача багажа перевозчику, подтвержденная соответствующим купоном.

16.3. Период страхования заканчивается датой и временем указанных в Полисе как дата окончания страхования, но не позднее моментом пересечения Застрахованным лицом границы страны постоянного проживания при въезде на территорию страны постоянного проживания.

РАЗДЕЛ 17. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

17.1. Компания принимает на себя обязательства по Программе страхования «В+».

Название программы страхования		В+
Перечень рисков		Страховая сумма по каждому риску
1	повреждение аксессуара багажа	40,00 Евро
2	задержка багажа	20,00 Евро
3	Уничтожение, кража или исчезновение (пропажа) багажа	10,00 Евро за каждый килограмм, но не более 190,00 Евро
Общая страховая сумма		250,00 Евро

17.2. Территорией страхования является территория конкретной страны или нескольких стран, указанных на Полисе.

РАЗДЕЛ 18. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА И СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

18.1. При утрате багажа, сданного в багажное отделение авиаперевозчика, Страховщик производит страховое возмещение в пределах страховой суммы, указанной в Полисе за каждый килограмм багажа, но не более лимита, установленного в Полисе.

18.2. При повреждении аксессуара для перевозки багажа (чемодан, дорожная сумка, рюкзак, саквояж, портфель, коляска и т.д.), за исключением ручной клади, Страховщик выплачивает страховую сумму, эквивалентную 40 (сорок) Евро за единицу багажа, но не более чем за 2 (две) единицы.

18.3. При задержке багажа в пункте назначения, сданного авиаперевозчику, длительностью более чем 6 (шесть) часов с момента прибытия Страхователя в пункт назначения Поездки (включая транзитные перевозки), Страховщик выплачивает страховую сумму, эквивалентную 20 (двадцать) Евро за единицу багажа.

РАЗДЕЛ 19. ИСКЛЮЧЕНИЯ

19.1. Страховщик:

19.1.1. не несет обязательств в отношении имущества, являющегося содержимым багажа (предметов, вещей и прочего, находящихся внутри багажа);

19.1.2. не принимает на страхование и не несет обязательств в отношении багажа, перевозимого наземным и водным транспортом;

19.1.3. не покрывает расходы в результате кражи багажа Страхователя, оставленного им без должного присмотра и вне мест, специально отведенных для хранения;

19.1.4. не признает страховыми случаями и не возмещает расходы по страхованию багажа, если они произошли в связи с:

- порчей имущества насекомыми или грызунами; царапинами, потертостями, шелушением окраски, другими изменениями внешнего вида имущества, не вызвавшими нарушения его функций;

- повреждением багажа, посланного отдельно (КАРГО) или почтовым отправлением;

- арестом, конфискацией или иным законным изъятием багажа;

- задержкой багажа по прибытию Страхователя в аэропорт страны / местности постоянного проживания.

19.2. Не являются страховыми случаями, не принимаются на страхование и не возмещаются следующие расходы:

19.2.1. связанные с возмещением:

а) морального вреда по Полису, оформленному в соответствии с настоящей Офертой, в том числе связанные с качеством услуг, оказываемых третьими лицами;

б) упущенной выгоды, социальных компенсаций, компенсаций (гарантийных выплат) в целях возмещения затрат, связанных с исполнением Страхователем трудовых и/или профессиональных обязанностей (трудовые компенсации);

в) любых комиссий при осуществлении финансовых операций, взимаемых банками, платежными системами, коллекторскими агентствами и иными организациями, осуществляющими финансовые операции;

г) любых иных компенсаций и/или гарантийных выплат и/или пособий и/или возмещений и/или штрафных санкций и/или процентов и/или косвенных расходов.

19.2.2. понесенные расходы Страхователем в результате страхового случая в период действия Полиса, причины которого начали действовать еще до начала периода страхования или вступления Полиса в силу;

19.2.3. которые имели место после возвращения Страхователя из Поездки в страну постоянного проживания;

19.2.4. по переводу документов иностранных государств на узбекский или русский язык.

19.3. Не покрываются расходы при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, когда имели место следующие факторы:

19.3.1. находящиеся в прямой причинно-следственной связи между пребыванием Страхователя в состоянии наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ и свершившимся событием;

19.3.2. воздействие ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;

19.3.3. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, забастовок, восстаний, мятежей, массовых беспорядков, народных волнений.

19.4. Страховщик вправе не признать страховой случай, если имело место следующее:

19.4.1. несоблюдение Страхователем обязанностей, предусмотренных настоящей Офертой;

19.4.2. если информация и документы, представленные Страхователем Страховщику с целью получения страхового возмещения или при оформлении Полиса, недостаточны, либо содержат неполные, недостоверные, противоречивые или заведомо ложные сведения о причинах и обстоятельствах наступления страхового случая, а также видах и стоимости оказанных в связи со страховым случаем услуг;

19.4.3. другие случаи, предусмотренные законодательством Республики Узбекистан.

РАЗДЕЛ 20. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

20.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного пункте 15.3. настоящей Оферты, Страхователь обращается на месте происшествия в уполномоченные органы

(администрацию гостиницы, транспортную организацию, местные правоохранительные органы и пр.) для получения документов, фиксирующих факт утраты или повреждения багажа (например, коммерческий акт, составляемый представителем перевозчика) в установленные данными органами сроки. Отказ указанных органов в составлении надлежащих документов также должен быть оформлен в письменном виде.

20.2. При наступлении страхового случая, предусмотренного настоящей Офертой, Страхователь (Выгодоприобретатель) должен представить Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения из поездки, в которой произошел страховой случай, заявление. В заявлении должны быть указаны характер и обстоятельства страхового случая, дата выезда за границу. К заявлению также должны быть приложены оригиналы следующих документов:

- акт (иной документ), составленный перевозчиком/представителем перевозчика, фиксирующий факт утраты, повреждения или задержке багажа, содержащий информацию о количестве мест и общем весе утраченного или поврежденного багажа;
- багажные бирки на утерянный или поврежденный багаж;
- расходный кассовый ордер (иной документ), подтверждающий получение полагающегося возмещения от перевозчика и/или третьих лиц;
- Полис.

20.3. Документы, составленные на ином чем на русском и английском языках, должны быть представлены с приложением оригинала официального перевода. При этом Страховщик не возмещает расходы на перевод.

20.4. Страховое обеспечение производится в дополнение к выплатам перевозчика, производимым им в соответствии с условиями перевозки.

20.5. Решение о выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Выгодоприобретателя/Страхователя по факту произошедшего страхового случая. При необходимости получения дополнительной информации по страховому случаю и/или дополнительных документов, объяснений для выплаты страхового обеспечения решение о выплате страхового обеспечения принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех запрошенных документов, о чем составляется Акт о страховом случае.

20.6. После осуществления страхового обеспечения оригиналы документов Выгодоприобретателю/Страхователю не возвращаются.

20.7. Страховое обеспечение 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.

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

20.9. В случае возникновения споров между сторонами о причинах и размере расходов, каждая из сторон имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет стороны, потребовавшей ее проведения. Если результатами экспертизы будет установлено, что признание Компанией события не страховым было необоснованным, Компания принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, признанной первоначально не подлежащей возмещению и суммы возмещения, выплаченной после проведения экспертизы. Расходы на проведение экспертизы по событиям, признанным после ее проведения не страховыми случаями, относятся на счет Страхователя.

20.10. Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового обеспечения в случае:

а) возникновения споров в правомочности Страхователя на получение страхового возмещения – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;

б) если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, соответствующими органами возбуждено уголовное дело, начат судебный процесс или проводится административное расследование против Страхователя, а также ведется расследование обстоятельств, повлекших расходы – до момента завершения расследования (процесса) и/или судебного разбирательства и установления невиновности Страхователя, получения соответствующего решения суда и вступления судебного акта в законную силу при отсутствии его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию;

в) направления Страховщиком запросов третьим лицам о предоставлении сведений (информации, документов и т.д.), располагающих информацией об обстоятельствах события, произошедшего с Страхователем, в том числе в компетентные органы, по вопросам установления (расследования) причин и определения размера произведенных расходов, а также в случае направления Страховщиком в адрес третьих лиц запросов о разъяснениях – до момента получения ответов на запросы Компании.

20.11. Письменный отказ в выплате страхового возмещения направляется Страхователю в течение 3 (трех) дней со дня принятия решения.

20.12. Выплата страхового возмещения производится в течение 5 (пяти) рабочих дней после принятия решения и подписания Акта о страховом случае.

GROSS
INSURANCE