

**ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА
НА ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
ПО ПРОГРАММЕ «МЕДОНЛАЙН»**

Настоящая Публичная оферта (далее – «Оферта») является адресованным неопределенному кругу физических и юридических лиц предложением Акционерного общества «KAPITAL SUG'URTA» заключить договор добровольного медицинского страхования по программу «Медонлайн» на условиях, указанных в Оферте посредством официального сайта или интернет сервиса (мобильного приложения, автоматизированной информационной системы) Страховщика и его партнера.

Настоящая Оферта регулируется Правилами добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «Правила страхования») в редакции, действующей на дату оформления Договора (страхового полиса) по программу «Медонлайн». Правила страхования доступны на официальном сайте www.kapitalsugurta.uz и в интернет сервисах Страховщика и его партнера.

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

Страхователь, после получения электронного Страхового полиса, обязуется ознакомить с условиями Оферты Застрахованного (-ых) лица (лиц), указанного (-ых) в Полисе, за исключением случая, когда Страхователь и Застрахованное лицо является одним и тем же лицом. Нарушение (невыполнение) требования об ознакомлении с условиями страхования не освобождает Застрахованного лица от выполнения обязанностей, предусмотренных настоящей Офертой, и не может послужить основанием для предъявления требований к Страховщику по поводу не ознакомления и/или несогласия их с условиями страхования.

В соответствии со статьей 370 Гражданского кодекса Республики Узбекистан, безусловным принятием (акцептом) условий настоящей Оферты, Страхователь:

- подтверждает, что ознакомлен и согласен с условиями Оферты и Правил страхования до заключения договора страхования;

- согласен, а также подтверждает согласие Застрахованного(-ых) лица (лиц), указанного в страховом полисе на обработку персональных данных, предоставленных для формирования Полиса, включая систематизацию, хранение, использование, предоставление, распространение, передачу данных путем обработки автоматизированным или неавтоматизированным способом в целях осуществления страховой деятельности на срок 5 лет, а также на их передачу третьим лицам в целях исполнения обязательств, принятых условиями страхования для обеспечения внутреннего документооборота;

- подтверждает согласие:

- на предоставление медицинскими организациями по запросу Страховщика документов и заключений, содержащих персональные данные Застрахованного лица и сведения, составляющие врачебную тайну;

- на получение смс-уведомлений Страховщика, связанных с обслуживанием и исполнением Полиса, на указанный в Страховом полисе номер мобильного телефона.

При неуплате страховой премии в полном объеме, а также получении Страховщиком извещения об отзыве акцепта ранее акцепта или одновременно с ним, акцепт считается не полученным.

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

**СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ
ДОГОВОРА (ПОЛИСА) ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПО ПРОГРАММЕ «МЕДОНЛАЙН»,
ЗАКЛЮЧАЕМОГО НА УСЛОВИЯХ ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЫ**

РАЗДЕЛ 1. ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Основные термины, используемые в настоящей Оферте:

Страховщик – Акционерное общество «KAPITAL SUG'URTA», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

Страхователь – юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Застрахованное лицо - физическое лицо, обладающее полной гражданской дееспособностью, указанное в Договоре (полисе) страхования, в пользу которого осуществляется страхование. По настоящим условиям страхования Застрахованное лицо является Выгодоприобретателем. По программе страхования «Медонлайн» возрастные ограничения для Застрахованных лиц не применяются.

Заявление-анкета – онлайн форма заявления (электронное заявление) на официальном сайте/в интернет сервисе Страховщика (его партнера), заполняемая Страхователем в режиме реального времени путем внесения персональных данных и сведений о себе и Застрахованных лицах, необходимых и существенных для заключения Договора страхования.

Страховой полис – электронный документ, выдаваемый Страховщиком на имя Страхователя (Застрахованного лица), удостоверяющий факт заключения Договора страхования. Страховой полис отправляется на основании данных Заявления-анкеты на страхование, после оплаты обусловленной страховой премии.

Программа страхования - объем медицинских и иных услуг, указанных в Приложении №1, предоставляемых Застрахованному лицу в рамках настоящей Оферты.

Страховая сумма - сумма денежных средств, указанная в Программе страхования, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты в отношении Застрахованного лица.

Лимит – максимальная (предельная) сумма страхового покрытия Страховщика на определенный вид медицинских и иных услуг, определенная Программой страхования. Все расходы, превышающие установленного Программой страхования лимита, оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и в сроки, установленные Офертой.

Страховая выплата - оплата Страховщиком медицинскому учреждению/Службе ассистанс или иной службе, организовавшей телемедицину за услуги, оказанные Застрахованному лицу в связи с наступлением страхового случая в соответствии с Программой страхования и Страховым полисом.

Период страхования - количество дней, указанных в Страховом полисе, в течение которого действуют обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплаты.

Служба Ассистанса или иная служба, организовавшая телемедицину - организация, действующая на основании договора со Страховщиком, которая осуществляет круглосуточный прием обращений по страховым событиям, организует и содействует Застрахованному лицу в получении необходимых услуг по программе страхования.

Телемедицина - комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих на базе медицинского учреждения деятельность системы оказания консультационно-диагностической медицинской услуги в дистанционном формате, при которой Застрахованное лицо получает дистанционную консультацию специалиста-медика в автоматическом режиме с применением информационно-коммуникационных технологий (интерактивной веб-платформы, мобильного приложения в сети Интернет в режиме реального (онлайн) и отложенного (офлайн) времени). Услуги оказываются с использованием оборудования Застрахованного лица, отвечающего техническим требованиям посредством тестового чата, видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

Медицинская организация и врач не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом услуг, в связи с несоответствием устройства, оборудования и программного обеспечения Застрахованного лица.

1.2. Все определения, использованные в настоящей Оферте, имеют то значение, которое определено для них в данной Оферте. При отсутствии значения к определению (термину) в настоящей Оферте, их значение определяется в соответствии с нормативно-правовыми актами Республики Узбекистан.

РАЗДЕЛ 2. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страховых отношений являются Страховщик, Страхователь и Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель).

2.2. Страховой полис может быть оформлен в пользу дееспособного третьего лица, которое будет являться Застрахованным лицом, в том числе - родителей, детей, братьев, сестер, супруг, дедушек и бабушек Застрахованного лица.

2.3. Если Страховой полис выдан не в пользу третьего лица, то Застрахованным лицом является сам Страхователь - физическое лицо. В этом случае страхование осуществляется в его пользу, на него распространяются все права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные Офертой и Правилами страхования.

2.4. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы, связанные с оплатой и оказанием медико-консультативную помощь, вследствие расстройства здоровья физического лица, требующего оказания таких услуг.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВОЙ РИСК И СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является риск затрат на оказание Застрахованному лицу медико-консультативной помощи при его дистанционном обращении к врачу медицинской организации посредством Страховщика/Службы ассистанса или иной службы, организовавшей телемедицину, при таком состоянии здоровья, которое требует получения телемедицинской консультации.

3.2. Страховым случаем (с учетом ограничений и исключений, установленных в п. 4.1. настоящей Оферты) является дистанционное обращение Застрахованного лица в течение периода страхования к врачу медицинской организации при таком состоянии здоровья, которое требует получения дистанционной медико-консультативной помощи, предусмотренной настоящей Офертой и Программой страхования.

РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. События, указанные в п.3.2. не признаются страховыми случаями и не покрываются Страховщиком:

4.1.1. если они произошли в результате:

а) любого рода военных действий (независимо от того была, объявлена война или нет), специальных военных операций, террористических актов, в том числе предотвращение террористического акта, гражданской войны, революции, мятежа или других подобных волнений, а также внутренних беспорядков (митингов, бунтов, забастовок, демонстраций);

б) стихийных бедствий, ядерного взрыва, ионизирующей радиации или загрязнения в результате утечки или сгорания ядерного топлива. Для целей данного исключения сгорание включает любой процесс расщепления атомов;

в) участия в официальных спортивных мероприятиях (соревнованиях) или иных мероприятиях, связанных с регулярным занятием спортом на профессиональной основе (тренировки, показательные выступления, сборы и т.д.) или использования различных летательных аппаратов, прыжков с парашютом, а также иных мероприятий, связанных с непосредственной повышенной опасностью для жизни и здоровья;

г) патологии беременности, прерывания беременности (за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери или угрожает ее здоровью), рождения ребенка и относящийся к ним осложнений, диагностики и лечения бесплодия, искусственного оплодотворения, генетических исследований, а также методов и средств контрацепции (за исключением контрацептивных препаратов, назначенных с лечебной целью).

д) заболеваний (состояний) и их осложнений:

- хронических заболеваний, за исключением их обострения;

- инфекционных заболеваний (пандемии, эпидемии);

- заболеваний и инфекций, передающихся половым путем (венерические заболевания, СПИД, ВИЧ, герпетическая инфекция, ТОРЧ (TORCH) инфекции) и их осложнения, а также контрольных обследований после лечения заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкرويد, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз и др., половых расстройств (понижение либидо, нарушение потенции и т.д.);

- онкологических заболеваний, новообразований (злокачественных или доброкачественных), в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы;

- заболеваний кожи и волос (в том числе псориаз, нейродермит, алопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, вульгарные угри (АКНЕ), демодекоз, любых кожных новообразований склеротерапии вен), коррекцией веса;

- диффузных болезней соединительной ткани (ДБСТ); дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; болезнь Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка) и их осложнения;

- психических заболеваний (в том числе алкоголизм, наркомания) и их осложнений, а также иных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы; травм, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, эпилепсия (первичная и симптоматическая), неврозы (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.), а также заболевания центральной нервной системы;

- нарушения осанки (сколиоз, кифоз, лордоз) и возрастные дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата (полиостеоартроз, полиостеоартрит, спондилез, спондилит, межпозвоночный остеохондроз, ДОО (деформирующий остеоартроз)), за исключением снятия болевого синдрома;

Примечание: В случае выявления «межпозвоночного остеохондроза», а также его осложнений, Страховщик возмещает расходы Застрахованного лица, связанные с приобретением медикаментов, необходимых для снятия болевого синдрома, физиолечением (ЛФК и лечебный массаж только по назначению врача, не более одного 10-ти дневного курса в течение Периода страхования).

- эндокринных заболеваний: сахарный диабет I и II типа и его последствия, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипопитарный нанизм, хронический гипокортицизм;

- хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа, гемосорбцияплазмаферезом, УФО крови, гипербарической оксигенацией (барокамера);

- профессиональных заболеваний, вызванных воздействием химических, физических производственных факторов; лазерные излучения; острой и хронической лучевой болезни;

- врожденных аномалий органов, пороков развития и наследственно-генетических заболеваний;

- заболеваний сердечно-сосудистой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств, требующих сложного реконструктивного оперативного лечения;

4.1.2. если они произошли в связи с:

а) ложным вызовом врача, в том числе отсутствия Застрахованного лица по месту проживания (нахождения) на момент прибытия медицинского персонала, или бронированием и неявкой на приём к врачу в назначенный день, когда Застрахованному лицу Страховщиком/Службой ассистанса или иной службой была надлежащим образом организована медицинская или дистанционная медико-консультативная помощь;

б) отравлением алкоголем, какими-либо веществами, принятыми с целью или в состоянии опьянения (различными спиртами, спиртосодержащими техническими жидкостями, растворителями, кислотами, щелочами), употреблением наркотических веществ без назначения врача, а также с травмой, полученной Застрахованным лицом вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением;

в) самоубийством, покушением на самоубийство Застрахованного лица (вне зависимости от состояния, в котором он находился в этот момент) либо совершением Застрахованным лицом действий, в которых следственными органами или судом установлены признаки умышленного правонарушения или действия;

г) мелким хулиганством или дракой, когда постановлением следственных органов или судебным постановлением установлено, что Застрахованное лицо было ее инициатором за исключением если происшествие было вызвано действиями, связанными с исполнением Застрахованным лицом своего гражданского долга или защиты своей жизни, здоровья, чести и достоинства, либо третьих лиц;

д) получением медицинских и иных услуг:

- не предусмотренных Программой страхования;

- не назначенных врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания.

РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ

5.1. Размеры страховой суммы и страховой премии указываются в Программе медицинского страхования и в Страховом полисе.

5.2. Общая сумма страховых выплат по одному или нескольким страховым случаям не может превышать страховой суммы (лимита), установленной Страховым полисом Застрахованному лицу.

5.3. Страховая премия, подлежащая оплате, отображается в режиме реального времени и оплачивается Страхователем одновременно путем перечисления или перевода денежных средств на

расчетный счет Страховщика с помощью операторов платежных систем.

РАЗДЕЛ 6. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА (ПОЛИСА)

6.1. Страховой полис оформляется сроком на 1 (один) год.

6.2. Обязательства Страховщика по страховой выплате, при условии своевременной оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме, вступают в силу с 00:00 часов дня, указанного в Страховом полисе как дата начала периода страхования и действуют до 23 часа 59 минут дня, указанного в полисе как день окончания периода страхования.

6.3. Страховщик не несет ответственности за случаи, произошедшие с Застрахованным лицом до вступления Страхового полиса в силу и после окончания периода страхования по полису.

РАЗДЕЛ 7. ПРЕКРАЩЕНИЕ (АННУЛИРОВАНИЕ) СТРАХОВОГО ПОЛИСА

7.1. Страховой полис может быть досрочно прекращен (аннулирован) по письменному заявлению одной из Сторон, при условии, что об этом будет заявлено не позднее 30 (тридцати) календарных дней до даты предполагаемого расторжения.

7.2. Страховой полис прекращается в случаях:

- истечения периода страхования;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем/Застрахованным лицом по полису в полном объеме;
- прекращения предпринимательской деятельности Страхователя – юридического лица или Страховщика в порядке, установленном законодательством;
- смерти Страхователя, являющегося физическим лицом или смерти Застрахованного лица - в части страхования этого лица;
- принятия судом решения о признании полиса страхования недействительным;
- в иных, случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

7.3. При отказе Страхователя от Страхового полиса до даты начала периода страхования, предусмотренного Страховым полисом, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме.

7.4. При отказе Страхователя от Страхового полиса до наступления срока, на который он был заключен, уплаченная Страховщику страховая премия подлежит возврату за не истекший период страхования за вычетом расходов Страховщика в размере 50% от оплаченной страховой премии в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с даты получения Страховщиком заявления (уведомления) о досрочном прекращении полиса. При этом, если по Страховому полису произошел страховой случай, то уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

РАЗДЕЛ 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь вправе:

- а) получать консультации Страховщика по вопросам страхования;
- б) совершать другие действия, предусмотренные настоящей Офертой, Правилами страхования и законодательством Республики Узбекистан.

8.2. Страхователь обязан:

- а) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных в Заявлении-анкете, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени риска наступления страхового случая;
- б) в установленный срок уплачивать страховую премию;
- в) ознакомить Застрахованное лицо с их правами и обязанностями по настоящей Оферте и Правилам страхования;
- г) при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, незамедлительно уведомить Страховщика/Службу ассистанса или иную уполномоченную службу о его наступлении, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления этого события. Эта обязанность может быть выполнена Застрахованным лицом.

8.3. Застрахованное лицо имеет право:

- а) ознакомиться с условиями Оферты/Правил и Программы страхования;
- б) на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования в соответствии с условиями, указанными в Оферте;
- в) выполнять обязанности Страхователя в случае ликвидации Страхователя – юридического лица, либо смерти Страхователя – физического лица;

г) совершать другие действия, предусмотренные настоящей Офертой, Правилами страхования и законодательством Республики Узбекистан.

8.4. Застрахованное лицо обязано:

а) сообщать Страховщику или Ассистансу о случаях не предоставления или неполного (некачественного) предоставления услуг по Программе страхования;

б) обеспечить сохранность страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медико-консультационной помощи.

8.5. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с условиями Оферты и Правил страхования;

б) соблюдать конфиденциальность информации, полученной от Страхователя в период действия Страхового полиса, за исключением случаев, когда Страховщик обязан предоставить информацию в государственные органы в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

8.6. Страховщик имеет право:

а) приостанавливать выполнение своих обязательств либо досрочно прекратить Страховой полис в случаях осуществления Застрахованным необоснованного или ложного дистанционного обращения за медицинской консультацией;

б) контролировать объем, сроки и качество услуг, оказываемых Застрахованному в рамках Программы страхования;

в) требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей в соответствии с условиями страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо;

г) отказать в страховой выплате, если:

- Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на установление степени риска или наступления страхового события, предусмотренного в Офертой;

- произошедшее событие подпадает под исключения, указанные в [Разделе 4](#) настоящей Оферты;

д) воспользоваться правом требования, которым Страхователь/Застрахованное имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования;

е) совершать другие действия, предусмотренные настоящей Офертой, Правилами страхования и законодательством Республики Узбекистан.

РАЗДЕЛ 9. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ ПРИ СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКА И СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

9.1. Предоставление консультационно-медицинских услуг, обусловленных Страховым полисом и Программой страхования при страховом случае осуществляется с помощью интернет сервисов Страховщика/Службы ассистанса или иной службы, организовавшей телемедицину. При обращении Застрахованное лицо информирует оператора либо врача о случившемся, сообщая запрошенные персональные данные:

- фамилию, имя, отчество;

- наименование Страховщика;

- описание обстоятельств произошедшего события и характер требуемой помощи.

9.2. При наступлении страхового случая величина размера убытка определяется объемом и стоимостью оказанных Застрахованному лицу услуг, определенных Программой страхования и Страховым полисом.

9.3. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 30 (тридцати) банковских дней путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг, непосредственно на счет медицинской организации/Службы ассистанса или иной службы, организовавшей услуги телемедицины.

9.4. Каждый оплаченный Страховщиком платеж за оказанные услуги Застрахованному лицу уменьшает страховую сумму по каждой услуге, входящей в Программу страхования, на сумму платежа.

9.5. Общий размер страховой выплаты, осуществленный Страховщиком по одному или нескольким медико-консультационным услугам, не может превышать размер страховой суммы (лимита) по каждой услуге, входящей в Программу страхования.

9.6. В случае принятия Страховщиком решения об отказе в выплате страхового возмещения, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа.

РАЗДЕЛ 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

10.2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, если неисполнение ими своих обязательств по Страховому полису было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажор). Сторона, подвергшаяся действию обстоятельств непреодолимой силы, обязана немедленно уведомить другую сторону о возникновении и возможной продолжительности действия указанных обстоятельств.

10.3. При возникновении споров, требований или разногласий по вопросам, предусмотренными полисом и настоящей Офертой или в связи с ними, в том числе касающиеся их исполнения и нарушения, стороны примут меры к разрешению их путем переговоров.

10.4. В случае если Стороны не придут к соглашению мирным путем переговоров, все споры, разногласия, требования или претензии, которые могут возникнуть или возникли из Договора (полиса) страхования или в связи с ним, в том числе касающиеся его заключения, изменения, исполнения, нарушения, расторжения, прекращения, недействительности, незаключенности (полностью и/или части), подлежат разрешению по месту регистрации Страховщика в Ташкентском межрайонном экономическом суде.

10.5. В соответствии с Законом Республики Узбекистан «Об электронном документообороте», Стороны соглашаются и признают юридическую силу всех документов, составленных в электронной форме в рамках настоящей Оферты (электронный страховой полис, счет-фактура, акты, справки, документы и т.п.), приравнивая их к документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью и проставленным печатью соответствующей Стороны, в случае если эти электронные документы были обработаны и отправлены одним из операторов системы оборота электронного счета-фактуры (информационный посредник, получивший разрешение на занятие этой деятельностью) согласно данным Государственного налогового комитета.

10.6. Официальный сайт Страховщика/его партнера может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в т.ч. для отправки заявления о заключении Договора страхования, заключения, изменения, досрочного прекращения, уведомления о наступлении страхового случая, заявления о страховой выплате, направления информации о стадии и результатах рассмотрения, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

Реквизиты Страховщика:

Акционерное общество «КАПИТАЛ SUG'URTA»

Лицензия Министерства финансов Республики Узбекистан

№ 049696 от 22.11.2022 года

Почтовый и юридический адрес: Республика Узбекистан, 100000,
г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Махатма Ганди, дом 44

Тел./факс: (71) 200 1100

Р/с 20216000900138037096

В Яшнабадском филиале АКБ «Капиталбанк»

МФО 01136 ОКЭД 65120

ИНН 200638670

Официальный интернет - сайт: www.kapitalsugurta.uz

Электронная почта: info@go.kapitalsugurta.uz

**Программа добровольного медицинского страхования «МЕДОНЛАЙН»,
предусматривающая оказание
дистанционной консультационно-диагностической медицинской помощи**

Настоящая Программа страхования «Медонлайн» (далее - Программа страхования) разработана на условиях Оферты и Правил добровольного медицинского страхования АО «KAPITAL SUG'URTA» в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования (выдачи полиса).

QR

Для ознакомления с Офертой и Правилами страхования отсканируйте QR-код.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе Акционерное общество «KAPITAL SUG'URTA» (далее – Страховщик) при наступлении страхового случая в течение периода страхования организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному лицу посредством дистанционных устных или письменных медицинских консультаций с использованием интерактивного интернет сервиса в режиме реального (онлайн) и/или отложенного (офлайн) времени следующей медико-консультативной помощи в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания телемедицинской консультации:		
№	Перечень услуг	Персональная страховая сумма Лимит (сум)
Территория страхования – Весь Мир		
1.	Пакет «Индивидуальный» Первичные и повторные телемедицинские консультации врачей (второе экспертное медицинское мнение, сбор анамнеза, первичная и повторная консультация, расшифровка анализов, медкарта, заключение), выполняемые в режиме 24/7 посредством текстового чата, видео или аудио, услуга «Личный кабинет». <ul style="list-style-type: none"> • Семейного врача/Терапевта (дежурный); • Педиатра; • Кардиолога; • Хирурга; • Эндокринолога; • Акушера-гинеколога; • Венеролога; • Гастроэнтеролога; • Дерматолога; • Невролога; • Нейрохирурга; • Отоларинголога; • Пульмолога; • Ревматолога; • Уролога; • Маммолога. 	1 875 000
2.	Пакет «Семейный» Первичные и повторные телемедицинские консультации врачей (второе экспертное медицинское мнение, сбор анамнеза, первичная и повторная консультация, расшифровка анализов, медкарта, заключение), выполняемые в режиме 24/7 посредством текстового чата, видео или аудио, услуга «Личный кабинет». <ul style="list-style-type: none"> • Семейного врача/Терапевта (дежурный); • Педиатра; • Кардиолога; • Хирурга; • Эндокринолога; • Акушера-гинеколога; • Венеролога; • Гастроэнтеролога; • Дерматолога; • Невролога; • Нейрохирурга; • Отоларинголога; • Пульмолога; • Ревматолога; • Уролога; • Маммолога. 	2 812 500
1.2. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги и расходы, указанные в разделе 4 Оферты на страхование.		

УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДОНЛАЙН»

1. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

Услуга состоит в предоставлении Застрахованному лицу в режиме реального времени медицинской помощи в виде консультаций с применением телемедицинских технологий с использованием сервиса Страховщика или его партнера (на сайте и/или в мобильном приложении) по вопросам, отнесенным к компетенции врача.

Застрахованному лицу предоставляются услуги по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного лица дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования).

Застрахованное лицо до начала оказания услуги вправе предоставить врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов путем пересылки врачу копии необходимых документов с использованием средства коммуникации.

При оказании услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

Организация телемедицинских услуг по программе страхования «Медонлайн» осуществляется ООО «Dariger online».

Застрахованное лицо, прежде чем запросить получение услуг, должен пройти процесс предварительной регистрации на сайте <https://darigeronline.uz/> согласно Правил предоставления доступа к дистанционным медицинским услугам. При регистрации Застрахованное лицо обязан дать согласие на сбор и обработку персональных данных и предоставление медицинской информации медицинской организации, оказывающей услуги, а также дать информированное согласие на медицинские вмешательства.

Оказание услуг осуществляется с использованием оборудования Застрахованного лица. Перед получением услуг необходимо удостовериться с работоспособности камеры, динамика, микрофона оборудования.

После регистрации Застрахованное лицо направляет запрос на оказание услуг, связывается с дежурным врачом для получения услуг одним из способов связи: видео, аудио или переписка.

Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

По итогам консультации врач пишет медицинское заключение, содержащее результаты медицинской консультации без постановки, корректировки диагноза и назначения лечения и направляет его Застрахованному лицу посредством интернета сервиса.