

ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА НА СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ АО «KAPITAL SUG'URTA»

*Утверждена приказом генерального директора АО «KAPITAL SUG'URTA» от 11.08.2022г. № 425
С изменениями и дополнениями: Приказ Генерального директора АО «KAPITAL SUG'URTA» от 01.08.2024г.
№ 442 и от 21.01.2026г. №38.*

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

Настоящая Оферта регулируется Правилами страхования путешественников АО «KAPITAL SUG'URTA» (далее по тексту - Правила страхования) в редакции, действующей на дату оформления Полиса. Правила страхования и настоящая Оферта доступны на официальном сайте www.kapitalsugurta.uz и в интернет сервисах Страховщика.

Субъектами (сторонами) договора (полиса) страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

Принятие условий настоящей Оферты и оплата обусловленной страховой премии считаются акцептом ее условий и согласием Страхователя заключить Договор страхования путешественников.

После подтверждения факта оплаты Страхователем страховой премии ему направляется электронный Полис страхования путешественников и Договор страхования считается заключенным.

Страхователь, после получения электронного Полиса, обязуется ознакомить с условиями Оферты всех указанных в Полисе Застрахованных лиц. Нарушение (невыполнение) этого требования не освобождает Застрахованных лиц 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 считается Принятие условий публичной оферты, чем выражается согласие:

- с условиями настоящей Оферты, включая условия страхования, изложенными в ней;
- 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.

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 «Полис» далее по тексту имеют одинаковое значение по отношению к настоящему электронному документу.

СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА (ПОЛИСА) СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ, 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 и на основании Лицензии, выданной Агентством по развитию страхового рынка при Министерстве финансов Республики Узбекистан.

Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, являющееся резидентом или не резидентом Республики Узбекистан, вступающее в договорные отношения с Страховщиком, уплачивающее страховую премию в порядке и на условиях настоящей Оферты.

Застрахованное лицо – физическое лицо, обладающее полной гражданской дееспособностью, указанное в Полисе страхования, в пользу которого осуществляется страхование. При страховании лиц Страховщиком применяется возрастной коэффициент согласно действующей Программе страхования Страховщика на момент заключения Полиса.

Выгодоприобретатель – лицо, имеющее право на получение страхового возмещения (обеспечения) в случае смерти Застрахованного лица в установленном законодательством порядке. В иных случаях Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо.

Заявление-анкета – онлайн форма заявления (электронное заявление) на официальном сайте или в интернет сервисе Страховщика, заполняемая Страхователем в режиме реального времени путем внесения персональных данных и сведений о себе и Застрахованных лиц, необходимых и существенных для заключения Договора страхования. Заполненное электронным образом Заявление-анкета приравнивается к письменному заявлению на страхование, при условии его надлежащего заполнения.

Правила страхования – утвержденные Страховщиком условия страхования, доступные для ознакомления в офисах Страховщика, а также скачивания на официальном сайте www.kapitalsugurta.uz или интернет сервисах либо путем сканирования QR-кода, на основании которых заключается Договор страхования. По условиям Правил страхования и настоящей Оферты Договор страхования заключается путем выдачи Страховщиком Страхователю на основании его Заявления-анкеты или устного заявления Полиса страхования путешественников.

Полис страхования путешественников (далее по тексту - Полис) – оформляемое на основании настоящей Оферты соглашение между Страховщиком и Страхователем, в соответствии с условиями которого Страхователь обязуется оплатить в установленный срок и в полном объеме страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату/страховое обеспечение в пределах страховой суммы.

Страховая сумма – сумма денежных средств, указанная в Полисе, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в отношении каждого Застрахованного лица.

Лимит – максимальная (предельная) сумма страхового покрытия (выплат, компенсаций) по Полису, в отношении определенных рисков (покрытий), установленных в Программе страхования. Все расходы, превышающие установленного Программой страхования лимита оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно.

Временная франшиза – временной промежуток, выраженный в единицах времени, в которой Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения.

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

Страховое событие – событие, имеющее признаки страхового случая.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное настоящей Офертой, повлекшее обязанность Страховщика произвести страховую выплату/страховое обеспечение.

Страховая выплата – денежные средства, выплачиваемые Страховщиком учреждению за оказанные услуги Застрахованному лицу в связи с наступлением страхового случая, в пределах страховой суммы и в порядке, установленном настоящей Офертой.

Страховое обеспечение – денежные средства, выплачиваемые Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю 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 страхование.

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

Путешествие - поездка Застрахованного лица за рубеж, исчисляемая в количествах дней.

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

Другие услуги – услуги по поисково-спасательным мероприятиям, погребению в стране временного пребывания и репатриации Застрахованного лица.

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

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

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

Внезапное заболевание - болезнь, в том числе коронавирусная инфекция COVID-19 возникшая неожиданно в период страхования и на территории действия Полиса, не являющаяся следствием хронического заболевания и/или заболевания, имевшегося до начала путешествия, независимо от того, осуществлялось ли по нему лечение или нет, требующая неотложной помощи, в том числе неотложной стоматологической 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 - длительно протекающее заболевание 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, 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. 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 транспортного узла (аэропорта, вокзала и др.) 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 репатриации определяются Страховщиком в соответствии с Правилами страхования.

Потери Застрахованного лица в результате возникновения непредвиденных расходов – денежные потери Застрахованного лица в связи с наступлением непредвиденных обстоятельств (расходов), предусмотренных настоящей Офертой и Правилами страхования.

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.

Автоматизированная информационная система (АИС) Страховщика – взаимосвязанная совокупность данных, экономико-математических, расчетных методов и моделей, технических, программных средств, предназначенных для обработки, распределения, хранения, выдачи (предоставления) информации и принятия Страховщиком управленческих решений.

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. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с:

- получением медицинской и лекарственной помощи, медицинских и иных услуг, в том числе медико-транспортных услуг, вследствие расстройства здоровья физического лица или несчастного случая, требующего организации и оказания таких услуг, а также транспортных услуг, связанных с перемещением останков Застрахованного лица из места временного пребывания к транспортному узлу (аэропорту, вокзалу и др.) по месту его постоянного жительства;
- наступлением смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая;
- непредвиденными расходами Застрахованного лица в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховщик предоставляет страховую защиту Застрахованным лицам, при наступлении страхового случая, произошедшего в период страхования и на территории действия Полиса, предусмотренного настоящей Офертой в виде организации и оказания медицинской и лекарственной помощи, медицинских и иных услуг, в том числе медико-транспортных услуг и/или осуществления страховой выплаты (компенсации)/страхового обеспечения в пределах лимита Страховщика **по следующим рискам:**

- обращение Застрахованного лица за оказанием ему медицинских, медико-транспортных и других услуг в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания;
- наступление смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая;
- потери Застрахованного лица в результате возникновения непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

3.2. Страховым случаем является свершившееся событие, связанное с наступлением страхового риска, указанного в п.3.1. настоящей Оферты, произошедшее с Застрахованным лицом в период страхования и на территории действия Полиса, в результате которого возникает обязанность Страховщика произвести оплату за организацию и оказание медицинских, медико-транспортных и других услуг, а также страховую выплату (компенсацию)/страховое обеспечение в соответствии с настоящей Офертой.

РАЗДЕЛ 4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

4.1. Период страхования устанавливается соответственно сроку пребывания Застрахованного лица за рубежом, но не более одного года.

4.2. Период страхования начинается в 00:00:00 часов дня, указанного в Полисе как дата начала периода действия Полиса, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при въезде в страну пребывания).

4.3. Период страхования заканчивается с момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при выезде из страны пребывания),

4.4. Если возвращение Застрахованного лица из-за рубежа в день окончания периода страхования невозможно в связи с его госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик продолжает выполнять

свои обязательства, предусмотренные Офертой и Правилами страхования, в пределах страховой суммы.

4.5. При оформлении Полиса в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, к количеству дней путешествия добавляются дополнительные 15 (пятнадцать) дней, которые указываются в периоде действия Полиса.

РАЗДЕЛ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

5.1. Программа страхования - это комплекс услуг с соответствующими лимитами и страховыми суммами, который может быть предоставлен Застрахованному лицу в рамках настоящей Оферты.

5.2. Страхователь, в зависимости от страны путешествия, выбирает одну из следующих Программ страхования, которая будет указана в Полисе (Страховые суммы и лимиты страховых выплат указаны в Евро):

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ		ЭКОНОМ	КЛАССИК	ПРЕМИУМ
СТРАХОВАЯ СУММА		20 000,00	60 000,00	90 000,00
№	ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ И ПОКРЫВАЕМЫХ УСЛУГ	ЛИМИТЫ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (ВЫПЛАТ, КОМПЕНСАЦИЙ)		
1.	<i>Обращение за оказанием медицинских, медико-транспортных и других услуг в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания:</i>	18 000	57 000	86 000
1.1.	Покрытие медицинских услуг, в том числе:	10 000	30 000	40 000
	Неотложной стоматологической помощи	200	300	500
1.2.	Покрытие медико-транспортных услуг, в том числе:	4 000	17 000	26 000
	Медицинской эвакуации Застрахованного лица	4 000	5 000	10 000
	Проезда сопровождающего лица	нет	6 000	8 000
	Проезда несовершеннолетних детей Застрахованного лица	нет	6 000	8 000
1.3.	Покрытие других услуг:	4 000	10 000	20 000
	Поисково-спасательных мероприятий	нет	2 000	4 000
	Захоронения в стране временного пребывания	нет	2 000	4 000
	Репатриации	4 000	6 000	12 000
2.	Наступление смерти в результате несчастного случая	1 000	2 000	3 000
3.	Возникновение непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания	1 000	1 000	1 000

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

№	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА
1.	ЭКОНОМ	все страны мира, за исключением стран Европы, Шенгенского соглашения, Лихтенштейн, Великобритании, Израиля, Японии, Австралии, Новой Зеландии, Канады и США
2.	КЛАССИК	все страны мира, за исключением США, Канады, Японии, Австралии и Новой Зеландии
3.	ПРЕМИУМ	действует на территории всех стран мира

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

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

РАЗДЕЛ 6. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ФРАНШИЗА

6.1. Страховая сумма может быть установлена индивидуально для каждого из страховых рисков или по совокупности рисков, указанных в Программе страхования и Полисе.

6.2. При оформлении Страхователем Полиса в электронном виде в пользу Застрахованного/ых лица/- будучи находящегося/ихся за рубежом с наличием на паспорте даты въезда в страну

назначения, отличной от даты начала периода страхования применяется временная франшиза в количестве 5 (пяти) календарных дней. Обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения при этом, наступают с 00 часов 00 минут 6-го дня с даты оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме по Полису, и заканчивается в 24 часа 00 минут даты, указывающей в Полисе на окончание периода страхования.

6.3. Страховая премия рассчитывается в долл. США исходя из периода страхования и выбранной Страхователем Программы страхования.

6.4. По настоящему страховому продукту (договору страхования) страховая сумма и страховая премия устанавливаются Страховщиком в размерах, разработанных в соответствии с **Приложением №1**, по выбору Страхователя и отражаются в режиме реального времени на официальном веб-сайте, в мобильном приложении или информационной системе Страховщика (либо его партнера) при оформлении электронного страхового полиса.

6.5. Страховая премия (взнос) оплачивается путем перечисления или перевода денежных средств на расчетный счет Страховщика с помощью операторов платежных систем по одному из следующих вариантов оплаты:

- единовременная оплата - однократно в фиксированном размере на весь срок действия страхования (один год).

- оплата по частям (в рассрочку/вносами) - сумма годовой страховой премии делится:

- а) на несколько равных частей (вносов), каждая из которых вносится с периодичностью: каждый месяц или квартал, либо полугодие;

- б) делится на две части, половина которой оплачивается единовременно, а вторая половина вносится в течение 3 месяцев или 6 месяцев.

РАЗДЕЛ 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА И СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

7.1. При наступлении в период действия Полиса страхового случая Страховщик организует оказание предусмотренных настоящей Офертой необходимых услуг и производит их оплату или возмещает расходы Застрахованного лица, производит страховую выплату/компенсацию в пределах определенной Полисом и Программой страхования лимита и страховой суммы:

7.1.1. Организация и оплата медицинских, медико-транспортных и других услуг в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания.

А) МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, возмещаемые Страховщиком:

- амбулаторное и стационарное (только неотложные операции) лечение в учреждении, включая расходы на врачебные консультации, диагностические и лабораторные исследования, предписанные врачом, назначенные врачом медикаменты (по рецепту), в том числе при коронавирусной инфекции COVID 19, включая «первично положительный» тест на коронавирус, на 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.

При этом, не подлежат компенсации или возмещению следующие расходы на медицинские услуги по COVID 19:

- а) расходы по оплате тестов (анализов) с отрицательным результатом, назначенных врачом в целях подтверждения наличия или отсутствия эпидемического или вирусного заболевания;

- б) расходы по оплате вторых и последующих тестов (анализов), назначенных врачом в целях подтверждения наличия или отсутствия эпидемического или вирусного заболевания;

- в) расходы, связанные с помещением, пребыванием и содержанием Застрахованного лица (питание, бытовые и сервисные расходы и т.п.) в гостинице или специально отведенном помещении на карантин.

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

- неотложная стоматологическая помощь в пределах страховой суммы (лимита), указанной в выбранной Программе страхования.

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.

Страховщик оплачивает приобретение медикаментов только в случае, если они приобретены по

выписанным врачом рецептам.

Медицинские услуги покрываются в пределах страховой суммы (лимита), оговоренной в Программе страхования.

В) МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ, возмещаемые Страховщиком:

- медицинская эвакуация 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;

- транспортировка сопровождающего лица при медицинской эвакуации Застрахованного лица, если такое сопровождение необходимо по указанию лечащего врача;

- проезд несовершеннолетних детей Застрахованного лица в страну постоянного проживания, когда несовершеннолетние дети Застрахованного лица остались без присмотра по причине страхового случая, произошедшего с Застрахованным лицом, а также расходы на проезд сопровождающего лица, когда такое лицо необходимо при возвращении несовершеннолетних детей Застрахованного лица в связи с вышеуказанной ситуацией;

Медицинская транспортировка осуществляется в строгом соответствии с письменными рекомендациями лечащего врача и покрывается в пределах страховой суммы (лимита), оговоренной в Программе страхования.

С) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ, возмещаемые Страховщиком:

- организация и проведение мероприятий, необходимых для поиска и спасения Застрахованного лица;

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

- репатриация, за исключением проведения ритуальных услуг и погребения в стране постоянного проживания Застрахованного лица.

Репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний. Расходы по медицинской репатриации покрываются в пределах страховой суммы (лимита), оговоренной в Программе страхования.

Если репатриацию организует третье лицо, без согласования этого с Страховщиком, Страховщик оплачивает расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую репатриацию могла бы обеспечить Страховщик при помощи Службы Ассистанса.

7.1.2. Наступление смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая.

Страховая выплата/обеспечение производится по страховому случаю:

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

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

Размер страховой выплаты/обеспечения по случаю смерти Застрахованного лица составляет 100% установленной Программой страхования страховой суммы (лимита) по данному виду риска.

Страховая выплата/обеспечение выплачивается Выгодоприобретателю по Полису. В случае отсутствия в Полисе информации о Выгодоприобретателе или в случае его смерти страховая сумма (лимита) в полном объеме выплачивается наследникам Застрахованного лица.

7.1.3. Возникновение непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

По условиям настоящей Оферты по данному риску Страховщиком покрываются транспортные расходы Застрахованного лица на приобретение нового проездного билета для возвращения в постоянное место жительства эконом классом равнозначного вида транспорта, произведенные после аннулирования или возврата прежнего, в связи с невозможностью совершить обратную поездку, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания Застрахованного лица, подтвержденных документами, выданными компетентными учреждениями.

При этом расходы на приобретение проездных документов возмещаются только при условии, что первоначальный билет замене не подлежит.

Стоимость ранее приобретенных Страхователем (Застрахованным лицом) проездных документов Страховщиком не компенсируется.

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

РАЗДЕЛ 8. ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ СПОРТА

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

8.2. С условием оплаты страховой премии с применением повышающего коэффициента и наличия отметки «Спорт» в графе «Цель поездки» Полиса, Страховщиком покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в ходе занятия профессиональным спортом, включая соревнования и тренировки на предназначенных для этих целей и специально оборудованных местах.

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

8.4. По настоящей Оферте не покрываются случаи, возникшие в результате занятия следующими видами спорта (экстремальными видами спорта):

Боевые виды спорта: бокс, кикбоксинг, тайский бокс, бои без правил и т.п.;

Скоростной или экстремальный спуск на лыжах, фристайл, сноуборд, бобслей, санный спорт, скелетон, скейтбординг, скайсёрфинг, сноукайтинг, сёрфинг, вейкбординг, маунтинбордин и т.п.;

Моторные виды спорта: автокросс, дрифт, мотокросс, ралли, ралли-рейд, спидвей, суперкросс, мотороллерах, мопедах и т.п.;

Водные виды спорта: фридайвинг, хай-дайвинг, snorkелинг, виндсёрфинг, гребля на каноэ по бурной воде, рафтинг, кайтборд, а также занятия этими видами спорта в Северном Ледовитом океане и прилегающих к нему морях и т.п.,

Альпинизм: спелеология, хелиборд, боулдеринг, каньонинг, ледолазание, револазание, скалолазание, скайраннинг, спелеотуризм и т.п.;

Свободное падение: бейсджампинг, банджи-джампинг, клифф-дайвинг, парашютизм, вингсьют, зиплайн и т.п.;

Летательные аппараты: воздушные гонки, дельтапланеризм, планеризм, параплан, парасейлинг, парапланеризм, мотопараплан, спидглайдинг, параглайдинг и т.п.;

Велоспорт: горный велосипед, фристайл, даунхилл и т.п.;

Роликовые: фристайл, в т.ч. агрессив фристайл-слалом верт, роликовые коньки или лыжи; пейнтбол, бокинг, слэклайн, ультрамарафон и т.п.;

Прожками с высоты, применением фигур с акробатическими элементами и другие.

РАЗДЕЛ 9. ИСКЛЮЧЕНИЯ

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

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

9.1.3. если при наступлении несчастного случая в организме Застрахованного лица было констатировано наличие наркотических или психотропных веществ, или констатировано использование не предписанных врачом медикаментов, что может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию;

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

9.1.5. любые события/последствия, непосредственно связанные с беременностью (кроме случая, предусмотренного аб.2 пп. «А» п. 7.1.1. настоящей Оферты), родами и или аборт, а также издержками за услуги, связанные с планированием семьи и лечением бесплодия;

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

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

9.1.8. инфекционные (вирусные) заболевания: пандемии, эпидемии, в т.ч. пандемии и/или эпидемии гриппа, за исключением COVID-19;

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

9.1.10. расходы на реабилитационные мероприятия;

9.1.11. расходы на трансплантацию органов;

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

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

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

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

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

9.1.17. 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 700 (семьсот) Евро;

9.1.18. 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;

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

9.1.20. профессиональные заболевания и заболевания, для лечения которых было предпринято путешествие;

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

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

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

9.1.24. события, которые произошли при управлении транспортными средствами без разрешения на управления им в порядке, установленным законодательством страны пребывания;

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

9.2. Страховщик не оплачивает расходы и случай не признается страховым, если:

9.2.2. смерть с Застрахованным лицом наступила по естественным причинам;

9.2.3. событие с Застрахованным лицом наступило:

при попытке самоубийства или самоубийстве;

при исполнении служебных обязанностей в какой-либо военной структуре;

вследствии выполнения им физической работы, если в Полисе в графе «Особые условия» не указано «Работа».

9.3. К страховым рискам не относятся и страховыми случаями не являются непредвиденные расходы, вызванные наступлением следующих событий:

9.3.1. нахождения Застрахованного лица под воздействием алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ;

9.3.2. необходимость лечения заболеваний (расстройств здоровья), которые в течение последних 6 (шести) месяцев требовали лечения (медицинского вмешательства);

9.3.3. неполучения необходимой для поездки вакцинации до отъезда на территории страхования или ее осложнениями;

9.3.4. обострением или осложнением уже имеющихся онкологических заболеваний, а также в случае впервые диагностированного онкологического заболевания Застрахованного лица или его близких родственников;

9.3.5. невозможность осуществления выезда из страны пребывания по вине туроператора/турагента, включая отзыв лицензии или ликвидацию туроператора/турагента, либо невыполнение или ненадлежащее выполнение ими обязательств по договору предоставления туристских услуг.

9.4. Страховщик не оплачивает расходы, которые прямо или косвенно вызваны:

9.4.1. 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;

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

9.4.3. 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;

9.4.4. несчастными случаями, произошедшими с Застрахованным лицом в результате активного отдыха или 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;

9.4.5. 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 Службой ассистанса была надлежащим образом организована медицинская услуга или помощь;

9.4.6. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, которое послужило причиной наступления страхового случая;

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

9.4.8. не представлением необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и объем вызванных в результате страхового случая убытков;

9.4.9. не представлением запрашиваемых Страховщиком документов, оговоренных в разделе 10 настоящей Оферты;

9.4.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

9.5. 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 10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕТЕНЗИИ

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

- фамилию и имя Застрахованного лица, нуждающегося в помощи;

- номер Полиса и период страхования;
- название Страховщика;
- описание обстоятельств произошедшего события и характер требуемой помощи;
- местонахождение и номер контактного телефона для обратной связи.

10.2. После получения информации, Служба Ассистанса организует оказание Застрахованному лицу необходимых услуг, а также оплатит расходы Застрахованного лица в соответствии с условиями Программы страхования и настоящей Оферты.

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

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

10.5. Заявление предоставляется Страховщику 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.

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

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

- а) Полис или его копия (при оформлении на бумажном носителе);
- 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;

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

- а) Полис или его копия (при оформлении на бумажном носителе);
- 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).

10.6.3. при потере Застрахованного лица в результате возникновения непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

- а) документы, подтверждающие факт несчастного случая и/или возникновения внезапного заболевания на территории страхования (выписка из истории болезни или официальное медицинское заключение (справка), выданные компетентными учреждениями) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения;
- б) 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;

в) оригиналы чеков/квитанций, подтверждающих факт и сумму приобретения проездных документов (авиационные или железнодорожные билеты и т.п.) для совершения обратной поездки в страну постоянного проживания.

10.7. 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).

10.8. 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 10.6. Оферты.

10.9. 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.

10.10. 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 10.6. с соблюдением требований пункта 10.7. Оферты.

10.11. В любом случае доказательство факта наступления страхового случая, ответственности Страховщика по осуществлению страхового обеспечения и обоснования суммы убытков лежит на Страхователе/Застрахованном лице/Выгодоприобретателе.

10.12. Если Застрахованное лицо заявляет о страховом событии с нарушением требований пункта 10.5. настоящей Оферты, его обязанностью является доказать Страховщику невозможность более скорого сообщения о случившемся.

10.13. 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.

10.14. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения сообщается Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю в письменной форме, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента обращения в Страховщика за выплатой страхового обеспечения, установленном настоящей Офертой, и должно содержать мотивированное обоснование причин отказа.

РАЗДЕЛ 11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ/ОБЕСПЕЧЕНИЯ

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

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

11.3. 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.

11.4. Страховое обеспечение по случаю смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая осуществляется в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу Евро, установленному банком Республики Узбекистан на день оплаты страховой премии, путем единовременного перечисления на банковский счет Выгодоприобретателя.

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

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

РАЗДЕЛ 12. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ПОЛИСА

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

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

12.3. Возврат страховой премии осуществляется при условии возврата Страхователем Страховщику Полиса в следующем порядке и случае:

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

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

12.4. По всем вышеуказанным случаям, предусмотренным пунктом 12.3. 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, дополнительно включенные согласно пункту 4.5. настоящей Оферты, не учитываются.

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

12.6. Страховая премия не возвращается в случаях:

- если в течение периода страхования произошел страховой случай, указанный в настоящей Оферте, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства;
- в паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза на путешествие, когда наличие Полиса требовалось для получения данной визы;
- при досрочном возвращении Застрахованного лица из-за рубежа в связи с изменением срока пребывания за рубежом;
- Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, указанного в Полисе или после получения частичного или полного объема страховой выплаты.

РАЗДЕЛ 13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

13.1. Прочие условия Полиса страхования путешествующих определены Правилами страхования путешествующих АО «KAPITAL SUG'URTA».

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

13.3. 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.

13.4. В случае если Стороны не придут к соглашению мирным путем посредством переговоров, все споры, разногласия, требования или претензии, которые могут возникнуть или возникли из Полиса 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 усмотрению Страховщика в Ташкентском межрайонном экономическом суде, в соответствии с правилами подсудности и подведомственности спора согласно действующему законодательству Республики Узбекистан, либо в Третейском суде при Торгово-промышленной палате Республики Узбекистан г. Ташкента (далее – «Третейский суд») в соответствии с его Регламентом в составе одного судьи (единолично) в соответствии с Регламентом о Третейском суде, Положением о Третейском суде и Положением о сборах, расходах и издержках сторон в Третейском суде. Право выбора обращения с иском в межрайонный экономический суд или Третейский суд остается за Страховщиком.

13.5. 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 (Заявление-анкета, Полис страхования путешествующих, 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.

13.6. Официальный сайт АО «KAPITAL SUG'URTA» в информационной сети Интернет: <https://kapitalsugurta.uz>. Официальный Сайт Страховщика 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 (выдачи Полиса), заключения, изменения, досрочного прекращения договора (Полиса), уведомления о наступлении страхового случая, заявления о выплате страхового возмещения, направления информации о стадии и результатах рассмотрения, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, необходимо сообщить о произошедшем по телефону, указанному в Полисе либо обратиться в ближайший офис (филиал) АО «KAPITAL SUG'URTA».

Адреса, телефоны и режим работы филиалов указаны на официальном сайте Страховщика.

Реквизиты Страховщика:

Полное наименование:

Акционерное общество «KAPITAL SUG'URTA»

Лицензия Министерства финансов Республики Узбекистан

серия СФ за № 00010 от 20 января 2021 года

Почтовый и юридический адрес: Республика Узбекистан, 100000,

г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Махатма Ганди, дом 44

Тел./факс: (71) 200 1100

р/сч: 20216000800138037154

ЦОО АКБ «Капиталбанк»

МФО: 00974 ОКЭД: 65120

ИНН:200638670

Официальный интернет - сайт: www.kapitalsugurta.uz

Электронная почта: info@go.kapitalsugurta.uz, travel@go.kapitalsugurta.uz

Реквизиты Службы Ассистанса:

Полное наименование: «ASPI Management AG» - Remed Assistance

Почтовый и юридический адрес: Maslak, Büyükdere Cad. № 237

Noramin İş Merkezi Kat 3 D: 316 34398 İstanbul - Turkey

Телефон по Турции: +90 242 310 2843

Телефон по всему миру: +90 531 250 4596

Официальный интернет - сайт: www.remedassistance.com/ru

Электронная почта: info@remed.com.tr, antalya@remed.com.tr

Приложение №1 к публичной оферте
на страхование путешествующих АО “Kapital Sug’urta”

ПРОГРАММЫ И РАЗМЕРЫ СТРАХОВЫХ ПРЕМИЙ ПО СТРАХОВАНИЮ ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ АО “KAPITAL SUG’URTA”

ПРОГРАММА	ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА
ЭКОНОМ	все страны мира, за исключением стран Европы, Шенгенского соглашения, Лихтенштейн, Великобритании, Израиля, Японии, Австралии, Новой Зеландии, Канады и США
КЛАССИК	все страны мира, за исключением США, Канады, Японии, Австралии и Новой Зеландии
ПРЕМИУМ	все страны мира

Программа не действует на территории страны постоянного проживания/страны, гражданином которой является Застрахованное лицо/с страны, которая выдала Застрахованному лицу вид на жительство.

Программа страхования		ЭКОНОМ	КЛАССИК	ПРЕМИУМ
Страховая сумма (в Евро)		20 000,00	60 000,00	90 000,00
№	Перечень страховых рисков и покрываемых услуг	Из них лимиты страхового покрытия (выплат, компенсаций) в Евро		
1.	Обращение за оказанием медицинских, медико-транспортных и других услуг в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания (включая COVID-19):	18 000,00	57 000,00	86 000,00
1.1.	Покрытие медицинских услуг, в том числе:	10 000,00	30 000,00	40 000,00
	Неотложной стоматологической помощи	200,00	300,00	500,00
1.2.	Покрытие медико-транспортных услуг, в том числе:	4 000,00	17 000,00	26 000,00
	Медицинской эвакуации Застрахованного лица	4 000,00	5 000,00	10 000,00
	Проезда сопровождающего лица	нет	6 000,00	8 000,00
	Проезда несовершеннолетних детей Застрахованного лица	нет	6 000,00	8 000,00
1.3.	Покрытие других услуг:	4 000,00	10 000,00	20 000,00
	Поисково-спасательных мероприятий	нет	2 000,00	4 000,00
	Захоронения в стране временного пребывания	нет	2 000,00	4 000,00
	Репатриации	4 000,00	6 000,00	12 000,00
2.	Наступление смерти в результате несчастного случая	1 000,00	2 000,00	3 000,00
3.	Возникновение непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания (включая COVID-19)	1 000,00	1 000,00	1 000,00
Продолжительность путешествия		Страховая премия на 1 человека за 1 день периода страхования (долларах США)		
1	1-8 дней	0,50	0,90	2,38
2	9-15 дней	0,46	0,85	2,30
3	16-21 день	0,43	0,83	2,18

4	22-30 дней		0,40	0,80	2,15		
5	31-44 дня		0,38	0,76	2,10		
6	45-60 дней		0,36	0,72	2,00		
7	61-92 дня		0,30	0,63	1,90		
8	93-183 дня		0,40	0,70	2,23		
9	184-365 дней		0,35	0,68	2,00		
ПЛАН		Период страхования	Период пребывания	Страховая премия на 1 человека за весь период страхования (долларах США)			
Multi I		не более 92 дней	30 дней	25	35	55	
Multi II		не более 183 дней	90 дней	50	75	125	
Multi III		не более 365 дней	90 дней	65	90	150	
Multi IV		не более 365 дней	180 дней	85	135	200	
Multi V		не более 365 дней	30 дней (каждое путешествие)	100	170	260	
Поправочные (понижающие или повышающие) коэффициенты:							
Возрастные	Возраст (включительно)	до 24 лет	от 66 до 70 лет	от 71 до 75 лет	от 76 до 80 лет	от 81 до 85 лет	от 86 лет и старше
	Коэффициент	0,8	2	3	4	7	10
Групповые / Семья	Количество человек	Семья от 3 до 6 человек	Группа от 11 до 20	от 21 до 50	от 51 до 75	от 76 до 100	от 101 и более
	Коэффициент	2,5	0,90	0,85	0,80	0,75	0,70
Целевые	Цель	Работа 1-364 дн.	Работа 365 дн.	Учеба 1-364 дн.	Учеба 365 дн.	Спорт	
	Коэффициент	1,25	0,60	0,70	0,50	1,50	
ПРИМЕЧАНИЕ:	1	Итоговая стоимость Полиса округляется с точностью до одного сума и указывается в национальной валюте РУз - Сум, по курсу ЦБ РУз на дату оформления Полиса.					
	2	При оформлении полиса по планам «Multi I-V» применяются только повышающие коэффициенты. Название плана указывается в графе «Цель поездки».					
	3	Для стран-участниц Шенгенского соглашения до 92 дней, к фактическому периоду пребыванию добавляются дополнительные 15 дней, при этом до полнительная страховая премия за эти дни не взимается.					
	4	Если Полис оформляется для категории лиц, имеющих право на несколько видов понижающих коэффициентов, применяется только один (любой) из положенных понижающих коэффициентов.					
	5	Если Полис приобретается для категории лиц, одновременно имеющих право на повышающий и понижающий коэффициенты, то применяется только повышающий коэффициент.					
	6	При выборе плана «Multi» в графе «Количество дней» указывается название плана и количество застрахованных дней («30», «90», «180», «30x1» в зависимости от плана).					
	7	Под термином «Семья» понимается – родитель(и) и дети до 24 лет включительно из 3-х – до 6-ти человек.					



**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ
АО “KAPITAL SUG’URTA”
(Основные условия страхования)**

РАЗДЕЛ 1. ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Основные термины, используемые в настоящих Правилах (существенных условиях Правил):

Страховщик – Акционерное общество «KAPITAL SUG'URTA», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством Республики Узбекистан и на основании Лицензии, выданной Агентством по развитию страхового рынка при Министерстве финансов Республики Узбекистан.

Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, являющееся резидентом или не резидентом Республики Узбекистан, вступающее в договорные отношения с Страховщиком, уплачивающее страховую премию в порядке и на условиях настоящих Правил (существенных условиях Правил).

Застрахованное лицо – физическое лицо, обладающее полной гражданской дееспособностью, указанное в Полисе страхования, в пользу которого осуществляется страхование. При страховании лиц Страховщиком применяется возрастной коэффициент согласно действующей Программе страхования Страховщика на момент заключения Полиса.

Выгодоприобретатель – лицо, имеющее право на получение страхового возмещения (обеспечения) в случае смерти Застрахованного лица в установленном законодательством порядке. В иных случаях Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо.

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

анкета приравнивается к письменному заявлению на страхование, при условии его надлежащего заполнения.

Правила страхования - утвержденные Страховщиком условия страхования, доступные для ознакомления в офисах Страховщика, а также скачивания на официальном сайте www.kapitalsugurta.uz или интернет сервисах либо путем сканирования QR-кода, на основании которых заключается Договор страхования. По условиям Правил страхования Договор страхования заключается путем выдачи Страховщиком Страхователю на основании его Заявления-анкеты или устного заявления Полиса страхования путешествующих.

Полис страхования путешествующих (далее по тексту - Полис) - оформляемое на основании настоящих Правил (существенных условиях Правил) соглашение между Страховщиком и Страхователем, в соответствии с условиями которого Страхователь обязуется оплатить в установленный срок и в полном объеме страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату/страховое обеспечение в пределах страховой суммы.

Страховая сумма - сумма денежных средств, указанная в Полисе, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в отношении каждого Застрахованного лица.

Лимит – максимальная (предельная) сумма страхового покрытия (выплат, компенсаций) по Полису, в отношении определенных рисков (покрытий), установленных в Программе страхования. Все расходы, превышающие установленного Программой страхования лимита оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно.

Временная франшиза – временной промежуток, выраженный в единицах времени, в которой Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и в сроки, установленные настоящими Правилами (существенными условиями Правил).

Страховое событие - событие, имеющее признаки страхового случая.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное настоящими Правилами (существенными условиями Правил), повлекшее обязанность Страховщика произвести страховую выплату/страховое обеспечение.

Страховая выплата - денежные средства, выплачиваемые Страховщиком учреждениям за оказанные услуги Застрахованному лицу в связи с наступлением страхового случая, в пределах страховой суммы и в порядке, установленном настоящими Правилами (существенными условиями Правил).

Страховое обеспечение - денежные средства, выплачиваемые Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю в связи с наступлением страхового случая, в пределах страховой суммы и в порядке, установленном настоящими Правилами (существенными условиями Правил).

Период действия Полиса - промежуток времени, указываемый в Полисе, в течение которого действует страхование.

Период страхования - количество дней, указанных в Полисе, в течение которого действуют обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в соответствии с условиями настоящих Правил (существенных условиях Правил).

Путешествие - поездка Застрахованного лица за рубеж, исчисляемая в количествах дней.

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

Другие услуги – услуги по поисково-спасательным мероприятиям, погребению в стране временного пребывания и репатриации Застрахованного лица.

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

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

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

Внезапное заболевание - болезнь, в том числе коронавирусная инфекция COVID-19 возникшая неожиданно в период страхования и на территории действия Полиса, не являющаяся следствием хронического заболевания и/или заболевания, имевшегося до начала путешествия, независимо от того, осуществлялось ли по нему лечение или нет, требующая неотложной помощи, в том числе неотложной стоматологической помощи и не обозначенная как исключение в настоящих Правилах (существенных условиях Правил).

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 - длительно протекающее заболевание 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, 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. 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 транспортного узла (аэропорта, вокзала и др.) 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 репатриации определяются Страховщиком в соответствии с Правилами страхования.

Потери Застрахованного лица в результате возникновения непредвиденных расходов – денежные потери Застрахованного лица в связи с наступлением непредвиденных обстоятельств (расходов), предусмотренных настоящими Правилами (существенными условиями Правил).

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.

Автоматизированная информационная система (АИС) Страховщика – взаимосвязанная совокупность данных, экономико-математических, расчетных методов и моделей, технических, программных средств, предназначенных для обработки, распределения, хранения, выдачи (предоставления) информации и принятия Страховщиком управленческих решений.

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

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с:

- получением медицинской и лекарственной помощи, медицинских и иных услуг, в том числе медико-транспортных услуг, вследствие расстройства здоровья физического лица или несчастного случая, требующего организации и оказания таких услуг, а также транспортных услуг, связанных с

перемещением останков Застрахованного лица из места временного пребывания к транспортному узлу (аэропорту, вокзалу и др.) по месту его постоянного жительства;

- наступлением смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая;
- непредвиденными расходами Застрахованного лица в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.2. Страховщик предоставляет страховую защиту Застрахованным лицам, при наступлении страхового случая, произошедшего в период страхования и на территории действия Полиса, предусмотренного настоящими Правилами в виде организации и оказания медицинской и лекарственной помощи, медицинских и иных услуг, в том числе медико-транспортных услуг и/или осуществления страховой выплаты (компенсации)/страхового обеспечения в пределах лимита Страховщика **по следующим рискам:**

- обращение Застрахованного лица за оказанием ему медицинских, медико-транспортных и других услуг в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания;
- наступление смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая;
- потери Застрахованного лица в результате возникновения непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

3.2. Страховым случаем является свершившееся событие, связанное с наступлением страхового риска, указанного в п.3.1. настоящих Правил, произошедшее с Застрахованным лицом в период страхования и на территории действия Полиса, в результате которого возникает обязанность Страховщика произвести оплату за организацию и оказание медицинских, медико-транспортных и других услуг, а также страховую выплату (компенсацию)/страховое обеспечение в соответствии с настоящими Правилами.

РАЗДЕЛ 4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

4.1. Период страхования устанавливается соответственно сроку пребывания Застрахованного лица за рубежом, но не более одного года.

4.2. Период страхования начинается в 00:00:00 часов дня, указанного в Полисе как дата начала периода действия Полиса, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при въезде в страну пребывания).

4.3. Период страхования заканчивается с момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при выезде из страны пребывания),

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

4.5. При оформлении Полиса в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, к количеству дней путешествия добавляются дополнительные 15 (пятнадцать) дней, которые указываются в периоде действия Полиса.

РАЗДЕЛ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

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

5.2. Страхователь, в зависимости от страны путешествия, выбирает одну из следующих Программ страхования, которая будет указана в Полисе (Страховые суммы и лимиты страховых выплат указаны в Евро):

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ		ЭКОНОМ	КЛАССИК	ПРЕМИУМ
СТРАХОВАЯ СУММА		20 000,00	60 000,00	90 000,00
№	ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ И ПОКРЫВАЕМЫХ УСЛУГ	ИЗ НИХ ЛИМИТЫ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (ВЫПЛАТ, КОМПЕНСАЦИЙ)		
1.	Обращение за оказанием медицинских, медико-транспортных и других услуг в результате несчастного	18 000	57 000	86 000

	<i>случая и/или внезапного заболевания:</i>			
1.1.	Покрытие медицинских услуг, в том числе:	10 000	30 000	40 000
	Неотложной стоматологической помощи	200	300	500
1.2.	Покрытие медико-транспортных услуг, в том числе:	4 000	17 000	26 000
	Медицинской эвакуации Застрахованного лица	4 000	5 000	10 000
	Проезда сопровождающего лица	нет	6 000	8 000
	Проезда несовершеннолетних детей Застрахованного лица	нет	6 000	8 000
1.3.	Покрытие других услуг:	4 000	10 000	20 000
	Поисково-спасательных мероприятий	нет	2 000	4 000
	Захоронения в стране временного пребывания	нет	2 000	4 000
	Репатриации	4 000	6 000	12 000
2.	Наступление смерти в результате несчастного случая	1 000	2 000	3 000
3.	Возникновение непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания	1 000	1 000	1 000

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

№	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА
1.	ЭКОНОМ	все страны мира, за исключением стран Европы, Шенгенского соглашения, Лихтенштейн, Великобритании, Израиля, Японии, Австралии, Новой Зеландии, Канады и США
2.	КЛАССИК	все страны мира, за исключением США, Канады, Японии, Австралии и Новой Зеландии
3.	ПРЕМИУМ	действует на территории всех стран мира

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

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

РАЗДЕЛ 6. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ФРАНШИЗА

6.1. Страховая сумма может быть установлена индивидуально для каждого из страховых рисков или по совокупности рисков, указанных в Программе страхования и Полисе.

6.2. При оформлении Страхователем Полиса в электронном виде в пользу Застрахованного/ых лица/- будучи находящегося/ихся за рубежом с наличием на паспорте даты въезда в страну назначения, отличной от даты начала периода страхования применяется временная франшиза в количестве 5 (пяти) календарных дней. Обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения при этом, наступают с 00 часов 00 минут 6-го дня с даты оплаты Страхователем страховой премии в полном объеме по Полису, и заканчивается в 24 часа 00 минут даты, указывающей в Полисе на окончание периода страхования.

6.3. Страховая премия рассчитывается в долл. США исходя из периода страхования и выбранной Страхователем Программы страхования.

6.4. Размер страховой премии отображается в режиме реального времени на официальном сайте или в мобильном приложении Страховщика и оплачивается Страхователем одновременно путем перечисления или перевода денежных средств с помощью операторов платежных систем на расчетный счет Страховщика.

РАЗДЕЛ 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА И СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

7.1. При наступлении в период действия Полиса страхового случая Страховщик организует оказание предусмотренных настоящих Правил необходимых услуг и производит их оплату или возмещает расходы Застрахованного лица, производит страховую выплату/компенсацию в пределах определенной Полисом и Программой страхования лимита и страховой суммы:

7.1.1. Организация и оплата медицинских, медико-транспортных и других услуг в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания.

А) МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, возмещаемые Страховщиком:

- амбулаторное и стационарное (только неотложные операции) лечение в учреждении, включая расходы на врачебные консультации, диагностические и лабораторные исследования, предписанные врачом, назначенные врачом медикаменты (по рецепту), в том числе при коронавирусной инфекции COVID 19, включая «первично положительный» тест на коронавирус, на 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.

При этом, не подлежат компенсации или возмещению следующие расходы на медицинские услуги по COVID 19:

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

б) расходы по оплате вторых и последующих тестов (анализов), назначенных врачом в целях подтверждения наличия или отсутствия эпидемического или вирусного заболевания;

в) расходы, связанные с помещением, пребыванием и содержанием Застрахованного лица (питание, бытовые и сервисные расходы и т.п.) в гостинице или специально отведенном помещении на карантин.

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

- неотложная стоматологическая помощь в пределах страховой суммы (лимита), указанной в выбранной Программе страхования.

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.

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

Медицинские услуги покрываются в пределах страховой суммы (лимита), оговоренной в Программе страхования.

В) МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ, возмещаемые Страховщиком:

- медицинская эвакуация 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;

- транспортировка сопровождающего лица при медицинской эвакуации Застрахованного лица, если такое сопровождение необходимо по указанию лечащего врача;

- проезд несовершеннолетних детей Застрахованного лица в страну постоянного проживания, когда несовершеннолетние дети Застрахованного лица остались без присмотра по причине страхового случая, произошедшего с Застрахованным лицом, а также расходы на проезд сопровождающего лица, когда такое лицо необходимо при возвращении несовершеннолетних детей Застрахованного лица в связи с вышеуказанной ситуацией;

Медицинская транспортировка осуществляется в строгом соответствии с письменными рекомендациями лечащего врача и покрывается в пределах страховой суммы (лимита), оговоренной в Программе страхования.

С) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ, возмещаемые Страховщиком:

- организация и проведение мероприятий, необходимых для поиска и спасения Застрахованного лица;

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

- репатриация, за исключением проведения ритуальных услуг и погребения в стране постоянного проживания Застрахованного лица.

Репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний. Расходы по

медицинской репатриации покрываются в пределах страховой суммы (лимита), оговоренной в Программе страхования.

Если репатриацию организует третье лицо, без согласования этого с Страховщиком, Страховщик оплачивает расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую репатриацию могла бы обеспечить Страховщик при помощи Службы Ассистанса.

7.1.2. Наступление смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая.

Страховая выплата/обеспечение производится по страховому случаю:

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

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

Размер страховой выплаты/обеспечения по случаю смерти Застрахованного лица составляет 100% установленной Программой страхования страховой суммы (лимита) по данному виду риска.

Страховая выплата/обеспечение выплачивается Выгодоприобретателю по Полису. В случае отсутствия в Полисе информации о Выгодоприобретателе или в случае его смерти страховая сумма (лимита) в полном объеме выплачивается наследникам Застрахованного лица.

7.1.3. Возникновение непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

По условиям настоящих Правил по данному риску Страховщиком покрываются транспортные расходы Застрахованного лица на приобретение нового проездного билета для возвращения в постоянное место жительства эконом классом равнозначного вида транспорта, произведенные после аннулирования или возврата прежнего, в связи с невозможностью совершить обратную поездку, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания Застрахованного лица, подтвержденных документами, выданными компетентными учреждениями.

При этом расходы на приобретение проездных документов возмещаются только при условии, что первоначальный билет замене не подлежит.

Стоимость ранее приобретенных Страхователем (Застрахованным лицом) проездных документов Страховщиком не компенсируется.

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

РАЗДЕЛ 8. ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ СПОРТА

8.1. Настоящие Правила автоматически покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в ходе проведения им активного отдыха. При этом под активным отдыхом понимается способ проведения свободного времени в путешествии с участием в спортивных развлечениях и занятием активными видами деятельности (кроме подготовки и участия в любого рода соревнованиях).

8.2. С условием оплаты страховой премии с применением повышающего коэффициента и наличия отметки «Спорт» в графе «Цель поездки» Полиса, Страховщиком покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в ходе занятия профессиональным спортом, включая соревнования и тренировки на предназначенных для этих целей и специально оборудованных местах.

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

8.4. По настоящим Правилам не покрываются случаи, возникшие в результате занятия следующими видами спорта (экстремальными видами спорта):

Боевые виды спорта: бокс, кикбоксинг, тайский бокс, бои без правил и т.п.;

Скоростной или экстремальный спуск на лыжах, фристайл, сноуборд, бобслей, санный спорт, скелетон, скейтбординг, скайсёрфинг, сноукайтинг, сёрфинг, вейкбординг, маунтинбордин и т.п.;

Моторные виды спорта: автокросс, дрифт, мотокросс, ралли, ралли-рейд, спидвей, суперкросс, мотороллерах, мопедах и т.п.;

Водные виды спорта: фридайвинг, хай-дайвинг, snorkелинг, виндсёрфинг, гребля на каноэ по бурной воде, рафтинг, кайтборд, а также занятия этими видами спорта в Северном Ледовитом океане и прилегающих к нему морях и т.п.,

Альпинизм: спелеология, хелиборд, боулдеринг, каньонинг, ледолазание, револазание, скалолазание, скайраннинг, спелеотуризм и т.п.;

Свободное падение: бейсджампинг, банджи-джампинг, клифф-дайвинг, парашютизм, вингсьют, зиплайн и т.п.;

Летательные аппараты: воздушные гонки, дельтапланеризм, планеризм, параплан, парасейлинг, парапланеризм, мотопараплан, спидглайдинг, параглайдинг и т.п.;

Велоспорт: горный велосипед, фристайл, даунхилл и т.п.;

Роликовые: фристайл, в т.ч. агрессив фристайл-слалом верт, роликовые коньки или лыжи; пейнтбол, бокинг, слэклайн, ультрамарафон и т.п.;

Прыжками с высоты, применением фигур с акробатическими элементами и другие.

РАЗДЕЛ 9. ИСКЛЮЧЕНИЯ

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

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

9.1.3. если при наступлении несчастного случая в организме Застрахованного лица было констатировано наличие наркотических или психотропных веществ, или констатировано использование не предписанных врачом медикаментов, что может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию;

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

9.1.5. любые события/последствия, непосредственно связанные с беременностью (кроме случая, предусмотренного аб.2 пп. «А» п. 7.1.1. настоящих Правил), родами и или абортom, а также издержками за услуги, связанные с планированием семьи и лечением бесплодия;

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

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

9.1.8. инфекционные (вирусные) заболевания: пандемии, эпидемии, в т.ч. пандемии и/или эпидемии гриппа, за исключением COVID-19;

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

9.1.10. расходы на реабилитационные мероприятия;

9.1.11. расходы на трансплантацию органов;

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

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

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

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

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

9.1.17. 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 700 (семьсот) Евро;

9.1.18. заболевания системы кровообращения (за исключением артериальной гипертензии и

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

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

9.1.20. профессиональные заболевания и заболевания, для лечения которых было предпринято путешествие;

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

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

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

9.1.24. события, которые произошли при управлении транспортными средствами без разрешения на управления им в порядке, установленном законодательством страны пребывания;

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

9.2. Страховщик не оплачивает расходы и случай не признается страховым, если:

9.2.2. смерть с Застрахованным лицом наступила по естественным причинам;

9.2.3. событие с Застрахованным лицом наступило:

при попытке самоубийства или самоубийстве;

при исполнении служебных обязанностей в какой-либо военной структуре;

вследствии выполнения им физической работы, если в Полисе в графе «Особые условия» не указано «Работа».

9.3. К страховым рискам не относятся и страховыми случаями не являются непредвиденные расходы, вызванные наступлением следующих событий:

9.3.1. нахождения Застрахованного лица под воздействием алкогольсодержащих, наркотических, токсических средств и иных психоактивных веществ;

9.3.2. необходимость лечения заболеваний (расстройств здоровья), которые в течение последних 6 (шести) месяцев требовали лечения (медицинского вмешательства);

9.3.3. неполучения необходимой для поездки вакцинации до отъезда на территории страхования или ее осложнениями;

9.3.4. обострением или осложнением уже имеющихся онкологических заболеваний, а также в случае впервые диагностированного онкологического заболевания Застрахованного лица или его близких родственников;

9.3.5. невозможность осуществления выезда из страны пребывания по вине туроператора/турагента, включая отзыв лицензии или ликвидацию туроператора/турагента, либо невыполнение или ненадлежащее выполнение ими обязательств по договору предоставления туристских услуг.

9.4. Страховщик не оплачивает расходы, которые прямо или косвенно вызваны:

9.4.1. 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;

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

9.4.3. 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;

9.4.4. несчастными случаями, произошедшими с Застрахованным лицом в результате активного отдыха или 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;

9.4.5. ложным вызовым 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 Службой ассистанса была надлежащим образом организована медицинская услуга или помощь;

9.4.6. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, которое послужило причиной наступления страхового случая;

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

9.4.8. не представлением необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и объем вызванных в результате страхового случая убытков;

9.4.9. не представлением запрашиваемых Страховщиком документов, оговоренных в разделе 10 настоящих Правил;

9.4.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

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

РАЗДЕЛ 10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕТЕНЗИИ

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

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

10.2. После получения информации, Служба Ассистанса организует оказание Застрахованному лицу необходимых услуг, а также оплатит расходы Застрахованного лица в соответствии с условиями Программы страхования.

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

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

10.5. Заявление предоставляется Страховщику 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.

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

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

- а) Полис или его копия (при оформлении на бумажном носителе);
- 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;

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

а) Полис или его копия (при оформлении на бумажном носителе);

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).

10.6.3. при потере Застрахованного лица в результате возникновения непредвиденных расходов в связи с невозможностью совершить выезд из страны пребывания, вследствие несчастного случая и/или внезапного заболевания.

а) документы, подтверждающие факт несчастного случая и/или возникновения внезапного заболевания на территории страхования (выписка из истории болезни или официальное медицинское заключение (справка), выданные компетентными учреждениями) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения;

б) 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;

в) оригиналы чеков/квитанций, подтверждающих факт и сумму приобретения проездных документов (авиационные или железнодорожные билеты и т.п.) для совершения обратной поездки в страну постоянного проживания.

10.7. 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).

10.8. 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 10.6. Правил страхования.

10.9. 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.

10.10. 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 10.6. с соблюдением требований пункта 10.7. Правил страхования.

10.11. В любом случае доказательство факта наступления страхового случая, ответственности Страховщика по осуществлению страхового обеспечения и обоснования суммы убытков лежит на Страхователе/Застрахованном лице/Выгодоприобретателе.

10.12. Если Застрахованное лицо заявляет о страховом событии с нарушением требований пункта 10.5. настоящих Правил, его обязанностью является доказать Страховщику невозможность более скорого сообщения о случившемся.

10.13. 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.

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

РАЗДЕЛ 11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ/ОБЕСПЕЧЕНИЯ

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

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

11.3. 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.

11.4. Страховое обеспечение по случаю смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая осуществляется в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу Евро, установленному банком Республики Узбекистан на день оплаты страховой премии, путем единовременного перечисления на банковский счет Выгодоприобретателя.

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

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

РАЗДЕЛ 12. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ПОЛИСА

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

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

12.3. Возврат страховой премии осуществляется при условии возврата Страхователем Страховщику Полиса в следующем порядке и случае:

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

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

12.4. По всем вышеуказанным случаям, предусмотренным пунктом 12.3. настоящих Правил страхования, Страхователям, оформившим Полис в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, при возврате страховой премии или её части, последние 15 (пятнадцать) дней периода действия Полиса, дополнительно включенные согласно пункту 4.5. настоящих Правил страхования, не учитываются.

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

12.6. Страховая премия не возвращается в случаях:

■ если в течение периода страхования произошел страховой случай, указанный в настоящих Правилах страхования, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства;

■ в паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза на путешествие, когда наличие Полиса требовалось для получения данной визы;

- при досрочном возвращении Застрахованного лица из-за рубежа в связи с изменением срока пребывания за рубежом;
- Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, указанного в Полисе или после получения частичного или полного объема страховой выплаты.

РАЗДЕЛ 13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

13.1. Прочие условия Полиса страхования путешествующих определены Правилами страхования путешествующих АО «KAPITAL SUG'URTA».

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

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

13.4. В случае если Стороны не придут к соглашению мирным путем посредством переговоров, все споры, разногласия, требования или претензии, которые могут возникнуть или возникли из Полиса 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 усмотрению Страховщика в Ташкентском межрайонном экономическом суде, в соответствии с правилами подсудности и подведомственности спора согласно действующему законодательству Республики Узбекистан, либо в Третейском суде при Торгово-промышленной палате Республики Узбекистан г. Ташкента (далее – «Третейский суд») в соответствии с его Регламентом в составе одного судьи (единолично) в соответствии с Регламентом о Третейском суде, Положением о Третейском суде и Положением о сборах, расходах и издержках сторон в Третейском суде. Право выбора обращения с иском в межрайонный экономический суд или Третейский суд остается за Страховщиком.

13.5. В соответствии с Законом Республики Узбекистан «Об электронном документообороте», Стороны соглашаются и признают юридическую силу всех документов, составленных в электронной форме в рамках настоящих Правил (Заявление-анкета, Полис страхования путешествующих, 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.

13.6. Официальный сайт АО «KAPITAL SUG'URTA» в информационной сети Интернет: <https://kapitalsugurta.uz>. Официальный Сайт Страховщика 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 (выдачи Полиса), заключения, изменения, досрочного прекращения договора (Полиса), уведомления о наступлении страхового случая, заявления о выплате страхового возмещения, направления информации о стадии и результатах рассмотрения, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.