УВАЖАЕМЫЙ ПУТЕШЕСТВЕННИК!

АО «Страховая компания O‘zbekinvest Hayot» признательна за Ваш выбор предоставляемых нами услуг. Мы ценим Ваше доверие и, в свою очередь, гарантируем надежную страховую защиту во время Вашего путешествия.

Для организации высококачественного сервиса для своих клиентов мы сотрудничаем с Allianz Worldwide Partners (AWP) (Швейцария) – признанным лидером на мировом рынке. AWP имеет надежные деловые отношения с лучшими медицинскими учреждениями и врачами, а также собственные центры по всему миру.

При возникновении ситуации, требующей оказания помощи в рамках действия Правил страхования, мы организуем для Вас квалифицированную медицинскую и иную помощь по месту Вашего пребывания за рубежом и обеспечим её оплату. Для организации эффективной помощи с нашей стороны Вам необходимо обратиться в международный круглосуточный диспетчерский центр Службы Ассистанса и изложить причину Вашего обращения по телефону: +7 (495) 212 21 43. (г.Москва, Россия).

Расходы за телефонные переговоры оплачиваются за счет AWP.

Сообщите диспетчеру:

1. Ваши Ф.И.О.;
2. Номер Полиса, период и территорию действия;
3. Местонахождение (страна, гостиница, медицинское учреждение, др.), контактный телефон или телефакс, Ф.И.О. лечащего врача;
4. Симптомы заболевания или описание произошедшего события.

При невозможности связаться с диспетчерским центром Службы Ассистанса, Вы можете самостоятельно понести расходы, связанные со страховым случаем. Для получения компенсации Вам необходимо предоставить в АО «СК O‘zbekinvest Hayot» в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента наступления события или возвращения в Узбекистан заявление о возмещении расходов и следующие документы:

• Полис или его копию;

• Оригинал справки-счета, соответствующий условиям п.11.4.3 Правил страхования лиц, выезжающих за рубеж;

• Оригиналы рецептов на выписанные врачом медикаменты вместе с аптечными чеками.

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования лиц, выезжающих за рубеж (далее по тексту - «Правила») разработаны в соответствии с законодательством Республики Узбекистан, регулирующим страхование, а также на основании правил по Классу 1 «Страхование от несчастных случаев» и Классу 2 «Страхование на случай болезни», и определяют основные условия страхования лиц, выезжающих за рубеж, и являются неотъемлемой частью Полиса страхования.

1.2. На основании настоящих Правил АО «СК O‘zbekinvest Hayot» (далее по тексту Страховщик) заключает договоры страхования с физическими и юридическими лицами (далее по тексту Страхователи) на предоставление страховой защиты от несчастных случаев, понесенных медицинских и медико-транспортных расходов в Период и на Территории действия Полиса страхования.

1.3. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

Договор страхования – письменное соглашение, в соответствии с которым Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного настоящими Правилами страхового случая организовать требующуюся медицинскую помощь и/или иные оговоренные услуги и/или произвести страховую выплату, а Страхователь обязуется уплачивать в установленные сроки страховые премии.

Настоящие Правила представляют собой условия договора страхования, заключаемого путем вручения Страхователю (Застрахованному лицу) Полиса страхования с приложением настоящих Правил в полном изложении.

Полис страхования (Полис) - документ (Приложение 1), удостоверяющий факт заключения договора страхования и выдаваемый Страхователю после уплаты им страховой премии, и являющийся составной и неотъемлемой частью настоящих Правил.

Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении здоровья которого заключен Договор страхования.

Выгодоприобретатель - физическое лицо, названное в Полисе с письменного согласия Застрахованного лица, в качестве получателя страховой выплаты в случае смерти Застрахованного лица. Если в Полисе не указан Выгодоприобретатель, таковым признается Застрахованное лицо. В случае смерти лица, застрахованного по Полису, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

Программа страхования (Программа) – перечень опций, определяющий основные условия покрытия по Полису определенных видов услуг, и являющийся приложением к Полису.

Страховая сумма - сумма денежных средств, состоящая из определяемых Полисом страховых сумм для каждого Застрахованного лица, и представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Полису (в том числе по отдельным опциям Программы).

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные в настоящих Правилах.

Страховая выплата - денежные средства, выплачиваемые Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) или перечисляемые в медицинское учреждение в качестве оплаты расходов Застрахованного лица или в иные инстанции за организацию оговоренных Полисом услуг, в пределах страховой суммы, при наступлении страхового случая, оговоренного в настоящих Правилах.

Период страхования - период времени, в течение которого действует Полис. Страховщик несет обязательства по страховым случаям, произошедшим в течение периода страхования и на территории действия, указанного в Полисе.

Территория действия Полиса - Означает страну/страны и зону покрытия, указанные в Полисе.

Болезнь - любое поддающееся обнаружению изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, при условии, что:

- изменение произошло в период и на территории действия Полиса;
- Застрахованное лицо нуждается в рекомендациях квалифицированного врача и медицинской помощи;
- болезнь не обозначена как исключение в настоящих Правилах.

Внезапным заболеванием считается расстройство здоровья (в том числе вследствие травмы), возникшее неожиданно (кроме обострений/последствий имеющихся хронических процессов) и требующее медицинского вмешательства (в т.ч. неотложного/экстренного) с целью недопущения дальнейшего ухудшения здоровья Застрахованного лица.

Несчастный случай - внезапное, кратковременное не зависимое от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой травматические повреждения, иное расстройство здоровья и/или смерть.

Экстренность – состояние здоровья Застрахованного лица, требующее оказания неотложной медицинской помощи.

Угроза жизни – медицинское состояние Застрахованного лица, требующее немедленной медицинской помощи для предотвращения прогрессирования патологических процессов в организме Застрахованного лица, сопровождающихся поражением жизненно важных органов и систем, приводящихся к летальному исходу/отказу систем (органов). В случае возникновения угрозы жизни вследствие имеющихся у Застрахованного лица хронических болезней Страховщик оплачивает расходы на первую помощь и диагностику до купирования острого состояния, за исключением конкретно оговоренных в п.4.2 настоящих Правил расходов (как протезирование, ангиография, лечение онкологических болезней и пр.).

Больница - учреждение, которое:

- работает в соответствии с законодательством страны расположения для обеспечения квалифицированного медицинского ухода и лечения больных или раненых;
- имеет диагностическое и хирургическое отделения;
- обеспечивает 24-часовой уход дипломированного медицинского персонала;
- курируется одним или несколькими врачами.

Больницей не может считаться:
- акушерское отделение, отделение для выздоравливающих или перинатальное отделение;
- санаторий, профилакторий, дом отдыха, дом престарелых, реабилитационные центры.

Амбулаторный медицинский центр - означает медицинское учреждение, обеспечивающее амбулаторное лечение квалифицированными врачами.

Врач - специалист с законченным медицинским образованием, не состоящий в родственных отношениях с Застрахованным лицом, и действующий в рамках своего диплома (специальности)/лицензии.

Рецепт - письменное предписание врача на применение медицинских препаратов.

Под Службой Ассистанса Страховщика по настоящим Правилам понимается специализированная организация, указанная в Полисе, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает обслуживание Застрахованных лиц в рамках предусмотренных настоящими Правилами условий, оказывая консультационное содействие, а также организацию необходимых услуг при наступлении страхового случая и обеспечение контроля над их оказанием.

Франшиза - часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком (условная франшиза). При этом Страховщик освобождается от возмещения убытков, не превышающих установленный размер франшизы, и возмещает их полностью, если размер убытка больше суммы франшизы.

РАЗДЕЛ 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. По настоящим Правилам Страхователями являются отечественные и иностранные юридические лица, а также физические лица - резиденты или нерезиденты Республики Узбекистан и лица без гражданства, обладающие полной гражданской дееспособностью и вступающие в конкретные страховые отношения со Страховщиком и уплачивающие причитающиеся страховые премии Страховщику.

2.2. Застрахованным лицом по настоящим Правилам могут быть граждане Республики Узбекистан, иностранные граждане, постоянно проживающие в Узбекистане, и лица без гражданства.

2.3. Страхователи вправе осуществлять настоящее страхование в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц). В случае если страхование осуществляется в пользу Страхователя, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами. Застрахованными лицами по настоящим Правилам могут быть только физические лица.

РАЗДЕЛ 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются не противоречащие законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы, связанные с жизнью и здоровьем Застрахованного лица, возникшими в период его пребывания на территории страны и во время действия Периода страхования, включенной в зону покрытия, указанных в Полисе.

РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем является фактически свершившееся событие, предусмотренное в пункте 4.2 настоящих Правил, произошедшее в период страхования и на территории действия Полиса, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика организовать требующуюся медицинскую помощь и/или иные оговоренные услуги и/или произвести страховую выплату.

4.2. Страховыми случаями признаются внезапное заболевание, обострение хронической болезни (в пределах установленных лимитов), несчастный случай, а также смерть Застрахованного лица при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного лица на территории, указанной в Полисе.

4.3. Не признаются страховыми случаями следующие события, указанные в пункте 4.2, и выплаты по ним не производятся, вызванные:

4.3.1. любыми последствиями алкоголизма или опьянения, употребления наркотических или токсических веществ, а также любые травмы, болезнь или смерть Застрахованного лица, наступившие в состоянии алкогольного (за исключением случаев (только для программ «Комфорт»), когда алкогольная интоксикация не является прямой причиной ухудшения здоровья и/или смерти, и

степень алкогольного опьянения не превышала допустимые нормы (легкую степень, или до 2,0 промилле при проведении тестирования крови)), наркотического или токсического опьянения;

4.3.2. несчастным случаем, спровоцированным Застрахованным лицом умышленно, или третьими лицами в сговоре с ним, и направленным на наступление страхового случая, а также последствия из-за попытки самоубийства или смерти в результате самоубийства Застрахованного лица;

4.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного заражения;

4.3.4. загрязнением окружающей среды, стихийными бедствиями, эпидемиями, карантином;

4.3.5. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, кроме случаев (только для программы «Комфорт»), когда Застрахованный был вынужден защищать свои или третьих лиц жизнь, честь и достоинство;

4.3.6. любыми последствиями военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской или международной войны, актов терроризма, народных волнений всякого рода, восстаний, мятежей или забастовок;

4.3.7. службой Застрахованного лица в любых вооружённых силах и формированиях;

4.3.8. несчастным случаем, произошедшим в результате занятия на любительском уровне следующими видами спорта: альпинизм, трэкинг, спелеология, зимние виды спорта, прыжки с трамплина, прыжки с эластичным канатом, любые виды авто- мото- спорта, воздушные, боевые виды спорта, подводное плавание, ныряние, рафтинг (кроме случаев (только для программ «Комфорт») приобретения билета/тура у сертифицированной организации в сопровождении/под присмотром тренера/консультанта), любые формы полетов (за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по определенному маршруту), кроме случаев, когда был оплачен дополнительный тариф;

4.3.9. несчастным случаем, произошедшим в результате занятия любым видом спорта на профессиональном уровне, кроме случаев, когда был оплачен дополнительный тариф;

4.3.10. несчастным случаем, произошедшим в результате занятия Застрахованным лицом охотой, а также любыми опасными видами деятельности (то есть, когда можно обоснованно предполагать, что в результате занятия данным видом деятельности может наступить страховой случай), кроме травм (только для программ «Комфорт»), не явившихся прямым следствие таких занятий;

4.3.11. несчастным случаем или заболеванием, произошедшим в результате выполнения любых форм опасной работы или связанным с любым ремеслом или профессией, кроме случаев, когда был оплачен дополнительный тариф; профессиональные заболевания;

4.3.12. ситуациями, когда путешествие было предпринято специально с намерением получить лечение, при этом не возмещаются расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица в связи с этим лечением;

4.3.13. несчастным случаем, произошедшим во время управления Застрахованным лицом транспортным средством без соответствующего права или в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или не имеющему соответствующего права на управление транспортным средством;

4.3.14. несчастным случаем, произошедшим в результате участия Застрахованного лица в пари, преступлениях, драке;

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

4.3.16. хроническими заболеваниями и/или их обострениями. До момента установления диагноза могут быть покрыты медицинские расходы (на первую помощь/до купирования острого состояния и диагностику) в пределах: 500 (пятисот) долл.США для программ «Эконом», 800 (восьмисот) долл.США для программ «Стандарт» и 1000 (одной тысячи) долл.США для программ «Комфорт»;

4.3.17. нервно-психическими заболеваниями, депрессией;

4.3.18. онкологическими заболеваниями;

4.3.19 ВИЧ/СПИД, болезнями венерическими и передаваемыми половым путем, ТОРЧ-инфекциями мочеполовой системы и их последствиями;

4.3.20. заболеваниями системы кровообращения, требующими сложного лечения и длительного пребывания в стационаре, в том числе кардиохирургического оперативного лечения (включая ангиографию, ангиопластику и шунтирование), а также лечения ранних и поздних

осложнений, возникших вследствие ранее перенесенных заболеваний системы кровообращения и хирургических вмешательств, кроме: транспортировки Застрахованного лица в ближайшее медицинское учреждения и первого медицинского визита в пределах 600 (шестисот) долл.США для программы «Эконом», 800 (восьмисот) долл.США для программ «Стандарт» и 1000 (одной тысячи) долл.США для программы «Комфорт».

В случае возникновения вследствие указанных в пп.4.3.16, 4.3.20 событий угрозы жизни Застрахованного лица, Страховщик оплачивает расходы на первую помощь и диагностику до купирования острого состояния, за исключением конкретно оговоренных в п.4.3 настоящих Правил расходов (как протезирование, ангиография и т.п., лечение онкологических болезней и пр.), но не более 3000 (трех тысяч) долл.США;

4.3.21. нетрадиционными способами лечения, официально не признанными наукой и медициной;

4.3.22. оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

4.3.23. последствиями любого типа излучений, в частности солнечного (солнечные ожоги, фотодерматит - кроме программы «Комфорт»);

4.3.24. предоставлением услуг, не являющимся необходимыми с медицинской точки зрения, или лечением, не назначенным врачом;

4.4. В рамках предоставляемых по Полису покрытий не оплачиваются расходы на проведение следующих мероприятий и вызванных ими последствий:

4.4.1. лечение, назначенное и проведенное членам семьи, не являющимся Застрахованными лицами по данному Полису;

4.4.2. медицинское обслуживание и/или лечение, не связанное с внезапным заболеванием или несчастным случаем, не являющееся неотложным и не назначенное лечащим врачом;

4.4.3. профилактического характера, плановое лечение или наблюдение в динамике, дезинфекции, вакцинации (кроме противостолбнячной или антирабической вакцины при травмах, а также вакцин при укусах ядовитых животных/насекомых/пресмыкающихся), медицинские осмотры и врачебные экспертизы, а также лабораторные и диагностические исследования, не связанные с несчастным случаем или внезапным заболеванием;

4.4.4. любые медицинские услуги, непосредственно связанные с беременностью свыше 30 недель (например, патология и прерывание беременности, мероприятия по сохранению беременности и/или устранению патологий развития плода, роды и их последствия; обострившиеся вследствие беременности проявления хронических заболеваний и т.д.). При беременности до 30 недель покрываются медицинские расходы при наступлении несчастного случая/внезапного заболевания, связанные с мерами по спасению жизни, а также транспортировка пострадавшей Застрахованной до ближайшей больницы;

4.4.5. косметическая, пластическая хирургия, другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, а также любые виды протезирования, включая зубное и глазное;

4.4.6. покрытие любых расходов, возникших в результате добровольного отказа Застрахованного лица (включая отказ близких родственников, выданный от имени или вместо Застрахованного лица) от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

4.4.7. санаторно-курортное и восстановительное лечение, гелио- физио- и мануальную терапию, водолечение, массаж любого вида;

4.4.8. пребывание в медицинском учреждении (кроме медицинских расходов и палаты стандартного типа на время госпитализации в связи со страховым случаем), а также организация дополнительного комфорта, в частности: палата типа «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, увлажнитель, услуги парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.д.;

4.4.9. лечение в стране проживания или в стране, гражданином которой является Застрахованное лицо;

4.4.10. контрацепция, лечение бесплодия, восстановление репродуктивных функций (половых расстройств) или коррекция гормональных нарушений, искусственное осеменение и экстракорпоральное оплодотворение;

4.4.11. приобретение приспособлений для улучшения зрения и слуха (очки и оправы, линзы, лупы, слуховые аппараты и т.д.);

4.4.12. стационарное лечение, медико-транспортные расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Службой Ассистанса.

4.5. Указанная в Полисе условная франшиза применяется при оплате расходов по каждому страховому случаю.

РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма устанавливается в Полисе по соглашению Сторон отдельно по каждому виду расходов, оплачиваемых или возмещаемых Страховщиком (медицинские, медико-транспортные расходы, расходы на посмертную репатриацию, покрытие по несчастному случаю и др.) в зависимости от Программы, выбранной Страхователем и указанной в Полисе.

РАЗДЕЛ 6. ТАРИФЫ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

6.1. Страховая премия устанавливается исходя из страховой суммы, выбранной Программы и страхового тарифа, ее размер указывается в Полисе.

6.2. Страховщик при определении размера страховой премии вправе применить повышающие и понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам, которые рассчитываются в зависимости от периода страхования, возраста Застрахованного лица, страны пребывания, цели поездки, сферы деятельности, профессии, а также других факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

6.3. Страховая премия вносится Страхователем единым платежом за весь период страхования путем:

а) безналичного перечисления на банковский счет;

б) внесения наличных средств в отделения уполномоченных банков Республики Узбекистан или уполномоченным представителям Страховщика в день выдачи Полиса, для последующего зачисления средств на банковский счет Страховщика;

в) перечисления на банковский счет Страховщика бухгалтерией по месту работы Страхователя, с удержанием из заработной платы.

6.4. Страховая премия уплачивается в национальной валюте – сум.

РАЗДЕЛ 7. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

7.1. Полис выдается на срок пребывания Застрахованного лица за пределами Республики Узбекистан, но не более одного года. Если Полис сроком на один год предусматривает многократные поездки Застрахованного лица за рубеж, то покрытие распространяется на:

- программа Multi I - период страхования 365 дней, продолжительность каждой поездки не более 60 (шестьдесят) дней;
- программа Multi II - период страхования 365 дней, общий период пребывания (количество застрахованных дней) - 180 (сто восемьдесят три) дней;
- программа Multi III - период страхования 365 дней, общий период пребывания (количество застрахованных дней) - 90 (девяносто) дней;
- программа Multi IV - период страхования 183 дня, общий период пребывания (количество застрахованных дней) - 90 (девяносто) дней;
- программа Multi V - период страхования 92 дня, общий период пребывания (количество застрахованных дней) - 30 (тридцать) дней.

При этом Полис не может быть продлен на срок более 30 дней для одной поездки, как и не может быть выдано два Полиса на одну поездку.

7.2. Полис не действует в той стране, где Застрахованное лицо имеет постоянное место жительства и/или гражданином которой оно является.

7.3. Страхование вступает в силу в 00.00 часов дня, указанного в Полисе, как дата начала страхования, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы застрахованной территории (отметка пограничных служб в паспорте), и прекращается в 24.00 часа дня, указанного в Полисе, как срок окончания действия страхования, но не позднее пересечения Застрахованным лицом границы застрахованной территории (отметка пограничных служб в паспорте).

7.4. В случае отмены или изменения сроков пребывания за рубежом, Страхователь должен сообщить Страховщику об этом письменно за 24 часа до даты, указанной в графе «Начало периода

действия Полиса», и Страховщик заменит выданный Полис с возвратом уплаченной суммы или доплатой разницы в стоимости страхования. При уменьшении срока пребывания за рубежом Страховщик возвратит Страхователю разницу страховой премии.

7.5. Если к моменту окончания срока действия Полиса возвращение Застрахованного лица из-за рубежа невозможно в связи с госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик выполняет свои обязанности, предусмотренные Разделом 4 настоящих Правил и связанные с данным страховым случаем, в течение 4 (четырех) недель, считая со дня, указанного в Полисе как срок окончания периода страхования, либо до предельных обязательств по соответствующей страховой сумме выбранной Программы покрытия, указанной в Полисе.

РАЗДЕЛ 8. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ПОЛИСА

8.1. Полис выдается на основании письменного Заявления-анкеты Страхователя-юридического лица или устного обращения Страхователя-физического лица.

8.2. Полис выдается после уплаты Страхователем соответствующей страховой премии.

8.3. В случае утери Страхователем/Застрахованным лицом Полиса, по письменному заявлению Страхователя/Застрахованного лица Страховщиком может быть выдан дубликат. После выдачи дубликата утерянный Полис считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

РАЗДЕЛ 9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

9.1. Действие Полиса прекращается в случаях:

9.1.1. истечения срока Периода страхования;

9.1.2. исполнения Страховщиком обязательств по Полису в полном объеме;

9.1.3. ликвидации Страховщиком в соответствии с установленными законом порядком и условиями;

9.1.4. признания Полиса недействительным по решению суда;

9.1.5. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

9.2. Полис может быть досрочно прекращен в любое время по письменному заявлению Страхователя с соблюдением требований действующего законодательства Республики Узбекистан. При этом возврат страховой премии осуществляется в следующем порядке:

9.2.1. в случае, если Страхователь заявил об отказе от страхования до даты, указанной в графе «Начало периода действия Полиса», Страховщик возвратит ему оплаченную страховую премию в полном размере;

9.2.2. в случае, если Страхователь заявил об отказе от страхования позже даты, указанной в графе «Начало периода действия Полиса», Страховщик возвратит ему страховую премию за неистекший Период страхования;

9.2.3. страховая премия не возвращается в случае, если в течение действия Полиса произошел страховой случай, указанный в пункте 4.2. настоящих Правил, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства, а также в случае, если Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, указанного в Полисе.

9.3. Возврат страховой премии производится в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента получения письменного уведомления Страхователя.

РАЗДЕЛ 10. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ

10.1. По настоящим Правилам Страховщик оплачивает (специализированным организациям, организующим осуществление указанных ниже мероприятий) или возмещает (непосредственно Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю при предоставлении соответствующих документов о понесенных расходах) в пределах Страховой суммы и в соответствии с Программой, указанных в Полисе, следующие (включая расходы непосредственно на организацию обслуживания по соответствующим опциям (лимитам)) расходы:

А. Медицинские расходы, а именно:

10.1.1. за амбулаторное лечение в медицинском центре, включая расходы на врачебные услуги (консультацию), диагностические и/или лабораторные исследования, предписанные врачом, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж, спицы, пластины и т.п. (не являющиеся протезами, кроме стентов и т.п.));

10.1.2. за пребывание и лечение в больнице (в палате стандартного типа), включая расходы на проведение операций (включая использованные средства фиксации (спицы, пластины и т.п., кроме стентов и т.п.), не являющиеся протезами), диагностические и/или лабораторные исследования, предписанные врачом, а также назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж);

10.1.3. за организацию экстренной стоматологической помощи, если она связана с последствиями несчастного случая и/или купированием острой зубной боли (непредвиденная и внезапная боль, требующая немедленного лечения).

Б. Медико-транспортные расходы, а именно:

10.1.4. в случае необходимости, за транспортировку адекватным транспортным средством в одну из ближайших больниц. При обращении Застрахованного лица с острой зубной болью Служба Ассистанса, при необходимости, организует транспортировку за счет клиента;

10.1.5. за транспортировку Застрахованного лица в Узбекистан (экономическим классом, включая расходы на проезд до аэропорта прямого международного сообщения в стране нахождения) в случае, если отъезд Застрахованного лица не состоялся вовремя, т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного лица, по причине наступления страхового случая, повлекшего необходимость пребывания Застрахованного лица на стационарном лечении;

10.1.6. за медицинскую репатриацию Застрахованного лица (с медицинской бригадой Службы Ассистанса, если необходимо) - транспортировку от места, где находится Застрахованное лицо, до ближайшего международного аэропорта Узбекистана или, в случае необходимой госпитализации, до больницы, ближайшей к международному аэропорту Узбекистана;

Только врачи, уполномоченные Службой Ассистанса, могут судить о целесообразности медицинской репатриации и средствах ее осуществления. Если врачи Службы Ассистанса считают репатриацию возможной и необходимой, а Застрахованное лицо/его представитель от нее отказывается (письменно или устно), Служба Ассистанса немедленно прекращает предоставление своих услуг и их оплату (в частности, расходов на амбулаторное лечение или госпитализацию, а также расходов, связанных с последующим возвращением Застрахованного лица в Узбекистан).

В. Транспортные и иные расходы, а именно:

10.1.7. при госпитализации Застрахованного лица во время действия Полиса и ее продолжении после даты запланированного возвращения в Узбекистан, за организацию Службой Ассистанса оплаты номера в гостинице для сопровождающего лица, застрахованного у Страховщика, остающегося до момента репатриации пострадавшего в Узбекистан, в пределах суммы, указанной в Программе, но не более чем за 7 (семь) суток;

10.1.8. при госпитализации Застрахованного лица с несовершеннолетними детьми, и отсутствии другого взрослого члена семьи (18 лет и старше), за организацию Службой Ассистанса отправки детей Застрахованного лица, оставшихся без присмотра и застрахованных у Страховщика, до места постоянного проживания в Узбекистане. В случае необходимости ребенок (дети) сопровождается представителем Службы Ассистанса;

10.1.9. за организацию Службой Ассистанса транспортировки одного из членов семьи, сопровождающих Застрахованного лица (супруг/а, совершеннолетние дети, отец, мать, родные брат/сестра), застрахованных у Страховщика, если из-за наступившего Страхового случая они не могут в первоначально запланированные сроки на предусмотренном транспортном средстве вернуться в Узбекистан. Условия данного пункта распространяются на всех сопровождающих Застрахованного лица членов семьи, если их возвращение в первоначально запланированные сроки на предусмотренном транспортном средстве невозможно по причине необходимости их присутствия в связи выяснением обстоятельств наступления Страхового случая;

10.1.10. при госпитализации Застрахованного лица, не сопровождаемого ни одним из совершеннолетних членов семьи, на более чем 10 (десять) суток, за организацию Службой Ассистанса приезда одного близкого родственника Застрахованного лица (супруг/а, совершеннолетние дети, отец, мать, родные брат/сестра), проживающего в Узбекистане, до места госпитализации Застрахованного лица (билеты туда и обратно на поезд или самолет в экономическом

классе). При этом расходы по пребыванию родственника за границей Страховщиком/Службой Ассистанса не покрываются.

В случае организации репатриации или другой указанной в п.10.1.7-10.1.9 и 10.1.14 настоящих Правил транспортировки Служба Ассистанса оставляет за собой право по использованию первоначальных (неиспользованных) билетов по своему усмотрению. Застрахованное лицо обязано сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы и/или возместить их стоимость Службе Ассистанса/Страховщику. При несоблюдении данного условия Служба Ассистанса/Страховщик вправе вычесть из суммы возмещения расходов Застрахованного лица стоимость неиспользованных проездных документов.

Г. Расходы по посмертной репатриации, а именно:

10.1.11. за организацию Службой Ассистанса транспортировки тела от места кончины в случае смерти Застрахованного лица до ближайшего международного аэропорта Узбекистана. При этом расходы на ритуальные услуги и погребение не покрываются; Способы транспортировки Застрахованного лица определяются Службой Ассистанса/ Страховщиком. При этом Служба Ассистанса/Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения.

Д. Покрытие при несчастном случае, а именно:

10.1.12. в случае смерти Застрахованного лица, явившейся прямым результатом несчастного случая, произошедшего в период и на территории действия Полиса, Страховщик выплачивает Выгодоприобретателю страховую сумму в рамках предусмотренного покрытия от несчастного случая, согласно выбранной Программе страхования;

10.1.13. в случае потери конечностей, полной или невосстановимой потери зрения на один или оба глаза Застрахованным лицом в результате несчастного случая, Страховщик выплачивает:

- при потере конечности или одного глаза: 50% от страховой суммы;
- двух и более конечностей или двух глаз: 100% от страховой суммы.

Потеря конечности означает её ампутацию на любом уровне. Под конечностью понимают: ногу (в т.ч.ступню, голень), руку (в т.ч.кисть, предплечье). Потеря зрения означает полную и невосстановимую ее утрату (в т.ч.при сохранении глазного яблока);

10.1.14. в случае невозможности возвращения в Узбекистан сопровождавших Застрахованное лицо членов семьи в первоначально запланированные сроки на предусмотренном транспортном средстве, Служба Ассистанса организует и берет на себя расходы по их транспортировке;

10.1.15. страховая выплата осуществляется в Узбекистане в сумах по курсу Центрального Банка Республики Узбекистан на день наступления страхового случая путем перечисления денежных средств на банковский счет Застрахованного лица/Выгодоприобретателя.

10.2. Общая сумма страховых выплат, осуществленных Страховщиком по одному или нескольким страховым случаям, происшедшим с одним и тем же Застрахованным лицом в течение периода страхования и на территории действия Полиса, не может превышать размер страховой суммы по данному виду покрытия, указанному в Программе.

РАЗДЕЛ 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованное лицо должно незамедлительно обратиться в диспетчерский центр Службы Ассистанса по телефону, указанному в Полисе или сервисной карточке, и проинформировать диспетчера о случившемся, сообщив при этом данные Полиса и обстоятельства события.

11.2. После получения информации Служба Ассистанса в случае соответствия произошедшего события определению Страхового случая организует оказание Застрахованному лицу необходимых медицинских, медико-транспортных и иных услуг, предусмотренных Полисом, а также оплатит расходы Застрахованного лица, в соответствии с Разделом 5 настоящих Правил.

11.3. В случае невозможности позвонить в диспетчерский центр Службы Ассистанса до консультации с врачом или отправки в клинику, Застрахованное лицо должно сделать это при первой возможности. В любом случае при госпитализации или обращении к врачу Застрахованное лицо должно предъявить медицинскому персоналу Полис или сервисную карточку.

11.3.1. Все расходы по стационарному лечению или репатриации, произведённые без согласия Службы Ассистанса, не возмещаются.

11.4. При невозможности связаться с диспетчерским центром Службы Ассистанса, Застрахованное лицо может самостоятельно оплатить расходы, связанные с необходимостью получения медицинской помощи, и для их последующего возмещения обратиться к Страховщику в письменной форме, представив:

11.4.1. заявление на возмещение расходов в связи с необходимостью получения медицинской помощи, с обоснованием причин, препятствующих обращению в диспетчерский центр Службы Ассистанса для организации оказания необходимой медицинской помощи, и указанием размера понесенных расходов;

11.4.2. Полис или его копию (если Период страхования еще не истек);

11.4.3. оригинал справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате;

11.4.4. оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;

11.4.5. оригинал выданного врачом направления на прохождение лабораторных исследований (других видов диагностики) и полученные результаты, и счет из лаборатории (рентген-кабинета и т.п.) с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;

11.4.6. оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы).

11.5. Для осуществления страховой выплаты в качестве возмещения расходов за амбулаторное лечение Страховщик принимает только оплаченные счета. При предоставлении неоплаченных счетов Застрахованное лицо обязано дать письменные объяснения. Неоплаченные счета, полученные Застрахованным лицом по почте, должны быть предоставлены Страховщику в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента получения.

11.6. Для получения страховой выплаты, предусмотренной настоящими Правилами в связи с несчастным случаем, к заявлению необходимо приложить следующие документы:

11.6.1. Полис или его копию;

11.6.2. детальное описание обстоятельств несчастного случая и имена свидетелей;

11.6.3. протокол правоохранительных органов в отношении несчастного случая (если несчастный случай связан с правонарушением);

11.6.4. выписка из истории болезни;

11.6.5. официальное свидетельство о смерти, а в случае исчезновения Застрахованного лица - судебное решение об объявлении его умершим или без вести пропавшим;

11.6.6. в случае потери конечности или невосстановимой потери зрения - медицинское заключение, выданное компетентным органом, с указанием окончательного диагноза;

11.6.7. документы, устанавливающие личность Выгодоприобретателя и его законное право на получение Страховой выплаты;

11.6.8. иные документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая;

11.6.9. Страховщик имеет право за свой счет обследовать Застрахованное лицо и делать это настолько часто, сколько потребуется в период рассмотрения претензии;

11.6.10. Страховщик в случае смерти Застрахованного лица имеет право за свой счет запросить произведение вскрытия тела в период рассмотрения претензии, если это не запрещено законодательством или завещанием.

11.7. Заявление и документы, указанные в пунктах 11.4 и 11.6, должны быть предоставлены Страховщику в офис АО «СК O‘zbekinvest Hayot» или в Службу Ассистанса (на электронный адрес assistance.ru@allianz.com) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента наступления события или возвращения в Узбекистан, если до этого момента получение Страховой выплаты невозможно (с приложением заверенных переводов документов, составленных на ином, чем русский, английский, французский, немецкий языки).

11.8. Страховая выплата по понесенным Застрахованным лицом расходам производится Страховщиком в течение 10 (десяти) банковских дней после принятия решения о признании произошедшего события Страховым случаем. Решение принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) дней с момента предоставления указанных в п.11.4 и 11.6 документов. Страховщик вправе проводить проверку предоставленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах Страхового случая, а также проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика. При необходимости получения дополнительной информации по заявленному событию решение принимается после получения Страховщиком всех требующихся запрошенных документов.

11.9. Страховая выплата осуществляется в сумах по курсу Центрального банка Республики Узбекистан на день наступления страхового случая, путем перечисления на банковский счет Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).

11.10. Если по фактам, послужившим причиной наступления Страхового случая возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принятие Страховщиком решения о признании события Страховым случаем и/или произведении Страховой выплаты может быть отсрочено до окончания расследования или судебного разбирательства, либо установления невиновности Застрахованного лица.

РАЗДЕЛ 12. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в страховой выплате по Полису, если в течение периода страхования имели место:

12.1.1. нарушение или ненадлежащее исполнение пунктов 11.3, 11.4, 11.5, 11.6, 11.7 настоящих Правил;

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

12.1.3. способствование (умышленное или по неосторожности) увеличению размера убытков, подлежащих страховой выплате Страховщиком в связи со страховым случаем, либо непринятие разумных мер к их уменьшению.

12.2. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента получения заявления.

РАЗДЕЛ 13. В КАКИХ РАМКАХ ДЕЙСТВУЕТ СЛУЖБА АССИСТАНСА

13.1. Служба Ассистанса всегда действует в рамках национальных и международных законов и правовых норм. Ее действия обусловлены получением от компетентных органов власти соответствующих разрешений.

13.2. Служба Ассистанса не несет ответственность за задержки и препятствия при выполнении договорных обязательств в результате забастовок, взрывов, мятежей, народных восстаний, ограничения свободного передвижения, диверсий, террористических актов, войны с иностранным государством или гражданской войны, последствий радиоактивного заражения или любых других непредвиденных или чрезвычайных обстоятельств.

13.3. Службе Ассистанса Застрахованным лицом передается право на получение любой медицинской информации, связанной с его обслуживанием по полису, от лечащих врачей, освобождая их от необходимости соблюдения профессиональной тайны по отношению к запросам представителей Службы ассистанса или Перестрахователя.

РАЗДЕЛ 14. ПРАВО ТРЕБОВАНИЯ К ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

14.1. В качестве компенсации за оказанные услуги в пределах их оплаченной стоимости, Страховщик/Служба Ассистанса имеют право предъявлять иски и претензии, которые Застрахованное лицо имеет по отношению ко всем лицам, виновным в происшествии. Если по вине Застрахованного лица Страховщик/Служба Ассистанса не смогут воспользоваться этим правом, они могут быть полностью или частично освобождены от своих обязательств по отношению к Застрахованному лицу.

РАЗДЕЛ 15. САНКЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СЛУЧАЕ ЛОЖНЫХ ЗАЯВЛЕНИЙ

15.1. Сокрытие или ложное заявление, всякое упущение или неточность в извещении об обстоятельствах или последствиях произошедших событий, предполагающие выплаты Страховщиком, влекут за собой потерю для Застрахованного лица всех прав на услуги или возмещение, связанных с этими убытками.

РАЗДЕЛ 16. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

16.2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, если неисполнение ими своих обязательств было вызвано форс-мажорными обстоятельствами (таких как природные бедствия, пожары, наводнения, землетрясения и т.п., забастовки, гражданские войны и т.п.). Сторона, подвергшаяся действию обстоятельств непреодолимой силы, обязана немедленно уведомить другую Сторону о возникновении и возможной продолжительности действия указанных обстоятельств в течение 30 (тридцати) дней.

16.3. Если форс-мажорными обстоятельства будут продолжаться более 3 (трех) месяцев, каждая из Сторон будет иметь право отказаться от исполнения обязательств по настоящим Правилам и Полису.

РАЗДЕЛ 17. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

17.1. В случае возникновения споров, требований или разногласий по вопросам, предусмотренным настоящими Правилами или в связи с ними, в том числе касающихся его исполнения, нарушения, прекращения или недействительности, Стороны примут меры к разрешению их путем переговоров.

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

17.3. В случае разногласий, возникающих из различного толкования положений настоящих Правил на русском и английском языках, русский текст Правил имеет приоритет.

Краткая информация о Страховщике

Главная задача АО «СК O‘zbekinvest Hayot» - оказание гражданам необходимой медицинской и финансовой поддержки при внезапных заболеваниях и несчастных случаях, а также оказание помощи при формировании денежных резервов с сопровождением страховой защиты жизни.

АО «СК O‘zbekinvest Hayot» - ведущий Страховщик на рынке Узбекистана в отрасли страхования жизни и здоровья.

Деятельность на рынке осуществляется с 2003 года.

МЫ ТАКЖЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМ СЛЕДУЮЩУЮ СТРАХОВУЮ ЗАЩИТУ:

- Долгосрочное накопительное страхование жизни;
- Долгосрочное страхование жизни (на случай смерти);
- Страхование жизни на случай критических заболеваний;
- Страхование жизни на случай стойкой утраты трудоспособности (инвалидности);
- Долгосрочное страхование жизни к бракосочетанию;
- Долгосрочное страхование жизни к образованию;
- Добровольное медицинское страхование;
- Страхование от несчастных случаев (бытовые, производственные, спортивные травмы);
- Страхование на случай инфекционных болезней.