

ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА НА ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ЛИЦ, ПУТЕШЕСТВУЮЩИХ ПО РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Настоящая Публичная оферта (далее – «Оферта») является адресованным неопределенному кругу физических и юридических лиц предложением Акционерного общества страховой компании «MY-INSURANCE» заключить договор добровольного страхования лиц, путешествующих по Республике Узбекистан, на условиях, указанных в Оферте посредством официального сайта или интернет-сервиса (мобильного приложения, автоматизированной информационной системы) Страховщика.

Настоящая Оферта регулируется Правилами добровольного страхования лиц, путешествующих по Республике Узбекистан (далее по тексту – «Правила страхования») в редакции, действующей на дату оформления Договора (Страхового полиса) страхования. Правила страхования и настоящая Оферта доступны на официальном сайте <https://myinsurance.uz> и в интернет-сервисах Страховщика.

Принятие условий настоящей Оферты и оплата обусловленной страховой премии (взноса) считаются акцептом ее условий и согласием Страхователя заключить Договор добровольного страхования лиц, путешествующих по Республике Узбекистан.

После подтверждения факта оплаты Страхователем страховой премии (взноса) ему направляется электронный Страховой полис и Договор страхования считается заключенным.

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

- выражает своё согласие на условия Оферты, включая условия страхования;
- выражает своё согласие, а также подтверждает согласие Выгодоприобретателя (-ей) и Водителя (-ей) 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 неоплате страховой премии (страхового взноса) в полном объеме, а также получении Страховщиком извещения об отзыве акцепта ранее акцепта или одновременно с ним, акцепт считается не полученным.

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

ПРАВИЛА страхования лиц, путешествующих по Республике Узбекистан

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования лиц, путешествующих по Республике Узбекистан АО СК «MY-INSURANCE» (далее по тексту – Правила), разработаны на русском, узбекском. Активная гиперссылка на Правила страхования размещена в Полисе страхования.

1.2. Настоящие Правила страхования разработаны в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан, на основании Правил по Классу 1 «Страхование от несчастных случаев», Классу 2 «Страхование на случай болезни» отрасли общего страхования, и определяет порядок и условия страхования лиц, путешествующих (Застрахованных лиц) по Республике Узбекистан.

1.3. На основании настоящих Правил страхования Компания предоставляет страховую защиту Застрахованным лицам в виде организации медицинских, медико–транспортных и иных услуг при наступлении страхового случая, произошедшего в период страхования на территории действия Полиса и предусмотренного настоящими Правилами страхования.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. Определение терминов, использованных в настоящих Правилах:

Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, которое, вступая в договорные отношения со Страховщиком, оплачивает страховую премию в порядке и на условиях, определенных в настоящих Правилах.

Страховой полис – документ, генерируемый Автоматизировано-информационной системой Страховщика в момент выпуска страхового полиса, содержащий уникальный код идентификации страхового полиса, в формате, пригодном для печати такого изображения на устройстве печати или для его просмотра и верификации посредством сканирования на электронном устройстве пользователя, подтверждающий заключение между Страховщиком и Страхователем договора страхования на условиях настоящих Правил и Публичной оферты в отношении конкретного Застрахованного лица. Страховой полис выдается после

оплаты страховой премии в полном объеме.

Период страхования – период времени, указанный в Страховом полисе, в течение которого действуют обязательства Страховщика по страховой выплате.

Поездка – туристическая поездка Застрахованного лица в пределах Республики Узбекистан и в Период страхования, указанного в Страховом полисе. Туристическая поездка должна быть подтверждена документально путем предоставления именных авиа, ж/д или транспортных документов и документов на размещение в месте временного пребывания.

Колл Центр (КЦ) – круглосуточно функционирующая служба Страховщика, оказывающая информационную поддержку и содействие Застрахованному лицу при наступлении страховых событий, оговоренных настоящими Правилами и Программой страхования. Контактные данные и координаты КЦ указаны в Страховом полисе.

Медицинские расходы – расходы по лечению, проводимому или предписанному квалифицированным врачом.

Учреждение – медицинское либо иное учреждение (аптека, диагностический центр и т.п.), оказывающее услуги на основании отдельного договора, заключенного со Страховщиком.

Травма – повреждение органов и тканей организма с нарушениями их целостности и функций, вызванные воздействием факторов внешней среды (механическими, термическими, химическими, воздействием излучения любого рода, электрического тока и изменением атмосферного давления).

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

Отравление (интоксикация) – заболевание, развивающееся вследствие воздействия на организм токсических доз химических препаратов (включая лекарственные), растительных ядов и ядов насекомых, бактерий и т.д.

Неотложная форма медицинской помощи – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

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 и независимое от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм Застрахованного лица и влечет за собой травматические повреждения и/или иное расстройство здоровья Застрахованного лица, или его 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.

Территория страхования – Республика Узбекистан.

Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных и данных Застрахованного лица, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке, а также в целях оценки качества услуг путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем или Застрахованным лицом с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, уведомления о новых страховых программах и страховых продуктах. Кроме того, Страхователь (Застрахованное лицо) освобождает врачей от обязательств конфиденциальности (соблюдения врачебной тайны) перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действительно в течение Периода страхования и последующих 5 (пяти) лет после окончания Периода страхования. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

Перечень медицинских, медико-транспортных и иных услуг, предоставляемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая на условиях настоящего Договора, определяется в соответствии с Программой страхования, выбранной Страхователем и указанной в Страховом полисе.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является событие, произошедшее в Период и на территории страхования, указанных в Страховом полисе, вызванное получением травмы, отравлением, внезапным заболеванием, обострением хронического заболевания, несчастным случаем или смертью Застрахованного лица вследствие несчастного случая, в результате которых у Застрахованного лица или Выгодоприобретателя возникает необходимость в оплате следующих расходов:

- 3.1.1. медицинские расходы по амбулаторному и/или стационарному лечению;
- 3.1.2. расходы на экстренную стоматологическую помощь:
 - 3.1.2.1. при травме зуба в результате несчастного случая;
 - 3.1.2.2. при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей;
- 3.1.3. расходы по медицинской транспортировке/эвакуации;
- 3.1.4. расходы по посмертной репатриации (возвращение тела/останков).

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

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

- 4.1.1. расходы, понесенные в связи с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица при совершении путешествия, несмотря на наличие прямых медицинских противопоказаний;
- 4.1.2. если при наступлении несчастного случая в организме Застрахованного лица было констатировано наличие наркотических или психотропных веществ, или констатировано использование непредписанных врачом медикаментов, что может быть отражено в медицинских заключениях/рапортах, зафиксировано в показаниях свидетелей и иных документах, относящихся к произошедшему событию;
- 4.1.3. психические заболевания и состояния, эпилепсия (первичная и симптоматическая), неврозы (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.), а также заболевания центральной нервной системы;
- 4.1.4. любые события/последствия, непосредственно связанные с беременностью (кроме случая, предусмотренного пунктом 9.1.2 настоящего Договора), родами и/или абортom, а также издержками за услуги, связанные с планированием семьи и лечением бесплодия;
- 4.1.5. заболевания, передаваемые половым путем и их последствия, венерические заболевания, СПИД и все болезни, вызванные ВИЧ-инфекцией;
- 4.1.6. онкологические заболевания, новообразования (злокачественные и доброкачественные), независимо от того, было ли известно об этом Застрахованному лицу или нет;
- 4.1.7. предоставление услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, либо не назначенные врачом, а также хирургические операции, которые не являются неотложными;
- 4.1.8. расходы на реабилитационные мероприятия;
- 4.1.9. расходы на трансплантацию органов;
- 4.1.10. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;
- 4.1.11. любое профилактическое мероприятие, вакцинация, дезинфекция, санаторно-курортное лечение, восстановительное и оздоровительное лечение, гелиотерапия, водолечение, физиотерапия, мануальная терапия, массаж любого вида и т.п.;
- 4.1.12. лечение нетрадиционными методами медицины, без указания диагноза или лечение, которое не соответствует установленному диагнозу;
- 4.1.13. косметическая/пластическая хирургия, лечение, связанное с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, а также любыми видами протезирования, включая зубное и глазное;
- 4.1.14. расходы на лечение Застрахованного лица, возникшие вследствие обострения или осложнения наследственных и/или врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;
- 4.1.15. хронические заболевания и/или их обострения/осложнения, и/или иные формы и виды их проявления. В случае обострения/осложнения у Застрахованного лица хронических заболеваний, Компания организует услуги и в пределах страховой суммы до снятия обострения;
- 4.1.16. заболевания системы кровообращения (за исключением артериальной гипертонии и гипотензии), требующие сложного лечения и/или длительного пребывания в стационаре, в том числе кардиохирургического оперативного лечения (включая ангиографию, ангиопластику, шунтирование и т.п.), а также лечения ранних и поздних осложнений, возникших вследствие ранее перенесенных заболеваний системы кровообращения и хирургических вмешательств;
- 4.1.17. заболевания (инфаркт, инсульт, сахарный диабет, почечная недостаточность, туберкулёз, цирроз печени, вирусные гепатиты, любые виды аневризмы, эндокринные заболевания и т.п.), возникновение которых происходит в течение длительного времени и/или в связи с наличием других

заболеваний, требующих сложного лечения и/или длительного пребывания в медицинском учреждении. В случае первичного обнаружения вышеуказанных заболеваний, Компания организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица для организации экстренной медицинской помощи;

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

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

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

4.1.21. 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.;

4.1.22. события, которые произошли при управлении моторными транспортными средствами (за исключением квадроцикла, мотороллера, мопеда, скутера, водного скутера, автомобиля и/или езде на моторных транспортных средствах в качестве пассажира);

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

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

4.2.1. при попытке самоубийства или самоубийстве;

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

4.2.3. выполняя физическую работу, если в Заявлении-анкете и в Полисе в графе «Особые условия» не указано «Работа»;

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.8. непредставлением запрашиваемых Страховщиком документов, оговоренных в пунктах 12.6 – 12.8 настоящего Договора;

4.3.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

4.4. В соответствии с условиями настоящего Договора Страховщик освобождается от ответственности и не покрывает косвенные убытки, недополученную прибыль, пени, штрафы, неустойки и прочие финансовые санкции, а также моральный ущерб.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, указанная в Страховом полисе, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств на условиях настоящих Правил.

5.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику на условиях настоящих Правил.

5.3. Страховая сумма и страховая премия определяются в зависимости от выбранной Страхователем Программы страхования и указываются в Страховом полисе.

5.4. Страховая премия оплачивается Страхователем единовременным платежом за весь период страхования Застрахованного лица до выдачи Страхового полиса в национальной валюте Республики Узбекистан или в иностранной валюте банковской картой через платежные системы, указанные на сайте Страховщика.

5.5. Страховая премия считается уплаченной со дня поступления денежных средств на банковский счет Страховщика или его уполномоченного лица (Страхового агента).

5.6. Все страховые выплаты осуществляются Страховщиком непосредственно Учреждению, оказавшему услуги Застрахованному лицу, за исключением, случаев, предусмотренных настоящими Правилами.

5.7. В случаях, предусмотренных в пункте 9.9 настоящих Правил, страховая выплата уплачивается Страховщиком непосредственно Застрахованному лицу в иностранной валюте, указанной заявителем, по курсу Центрального банка Республики Узбекистан на день уплаты страховой премии, путем единовременного перечисления денежных средств на банковский счет Заявителя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя). При этом, если курс иностранной валюты, в которой требуется проведение расходов, не установлен Центральным банком Республики Узбекистан, то Страховщик по усмотрению определяет источник установления курса данной валюты по отношению к национальной валюте Республики Узбекистан – Сум, который указывается в соответствующем решении Страховщика о признании страхового случая и осуществлении страховой выплаты.

6. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

6.1. Период страхования устанавливается соответственно сроку пребывания Застрахованного лица на территории Республики Узбекистан, но не более одного года.

6.2. 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 Республику Узбекистан).

6.3. Период страхования заканчивается в день, указанный в Страховом полисе как дата окончания периода действия Страхового полиса.

7. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ (ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ)

7.1 Программа страхования, включающая в себя, объем и перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая (объем страховой ответственности), определяется согласно Приложению к настоящим Правилам и указывается в Страховом полисе.

8. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

8.1. Страховая сумма указывается в Полисе страхования и устанавливается в соответствии с утвержденными тарифами Страховщика.

8.2. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с программой страхования, сроком страхования и разработанными Страховщиком тарифными ставками. Размер страховой премии указывается в Полисе страхования. Страховщик при исчислении страховой премии вправе применять как повышающие, так и понижающие коэффициенты к тарифам.

8.3. Страховая премия уплачивается Страхователем разовым платежом за весь срок действия Полиса страхования. Оплата может производиться безналичным расчетом или наличными деньгами. Страховая премия устанавливается в суммах или в иной валюте, эквивалентной определенной сумме в суммах. При установлении страховой премии в иностранной валюте (условных единицах) уплата страховой премии производится в суммах по официальному курсу иностранных валют ЦБ Республики Узбекистан на дату оформления Полиса страхования, если иное не предусмотрено Правилами страхования.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА И СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

9.1.1. на оказание экстренной медицинской помощи в медицинском учреждении, включая расходы на врачебные услуги (консультации), диагностические и лабораторные исследования, предписанные врачом, назначенные врачом медикаменты (по рецепту), перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж и т.п.), до момента, когда становится возможной выписка из учреждения;

9.1.2. на неотложную помощь в случае вызванных несчастным случаем осложнений, вызвавших вынужденное прерывание беременности Застрахованного лица, при условии, что срок беременности не превышает 32 (тридцать две) недели;

9.1.3. на экстренную стоматологическую помощь;

9.1.4. на амбулаторное лечение;

9.1.5. на стационарное лечение;

9.1.6. на медицинскую эвакуацию Застрахованного лица с места происшествия до ближайшего учреждения или к ближайшему врачу, или с одного учреждения в другое (в пределах Республики Узбекистан). При этом решение о целесообразности медицинской эвакуации принимается только уполномоченными врачами Компании, при условии, что необходима неотложная помощь. В случае, если медицинскую эвакуацию организует третье лицо без согласования этого со Страховщиком, Страховщик оплатит расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую медицинскую эвакуацию могла бы обеспечить Страховщик при помощи КЦ минимальной суммы, которая могла быть израсходована для организации репатриации при содействии КЦ.

9.2. Страховщик оплачивает медицинские расходы за хирургические операции только при условии, что данная манипуляция была неотложной и не могла быть произведена после организации медицинской эвакуации в стране постоянного проживания Застрахованного лица, т.е. оплата осуществляется только тогда, когда мгновенное непроведение операции угрожает жизни Застрахованного лица или существует возможность серьезного нарушения его здоровья.

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

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

9.5. Страховщик несет обязательства по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в пределах страховой суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования.

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

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

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

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

9.10. Застрахованное лицо не имеет права передавать свой Страховой полис другим лицам. Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало свой Страховой полис другому лицу с целью получения им медицинских услуг, Страховщик вправе досрочно прекратить действие данного Страхового полиса.

При этом, в случае выявления указанного факта до момента оказания медицинских услуг, Страховщик вправе отказать в оказании медицинских услуг ненадлежащему лицу.

В случае, когда в результате передачи Застрахованным лицом Страхового полиса незастрахованному лицу было установлено, что медицинские услуги оказаны такому незастрахованному лицу, Застрахованное лицо обязано самостоятельно возместить Учреждению полную стоимость полученных указанным незастрахованным лицом медицинских услуг в день получения Застрахованным лицом от Учреждения таких услуг.

9.11. В случае необоснованного вызова Застрахованным лицом (Страхователем) врача и использования санитарного транспорта не по медицинским показаниям, Застрахованное лицо (Страхователь) обязано возместить Учреждению полную стоимость данных медицинских услуг в день получения Застрахованным лицом от Учреждения/Страховщика таких услуг.

При этом Страховщик вправе досрочно прекратить действие Страхового полиса Застрахованного лица. Необоснованным вызовом считается:

- вызов, осуществленный не для получения медицинских услуг;
- ложный вызов (при наличии заключения медико-экономической экспертизы, в таких случаях,

например, как вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании медицинской помощи, Застрахованное лицо или его представитель отсутствовало по адресу без причин);

– вызов, осуществленный Застрахованным лицом (Страхователем) для оказания медицинских услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

9.12. В случае необоснованного вызова Застрахованным лицом (Страхователем) врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использования санитарного транспорта не по медицинским показаниям и, если это обращение не было согласовано и/или организовано КЦ, то Страховщик вправе отказать в оплате стоимости медицинских услуг и Застрахованное лицо (Страхователь) обязано возместить Учреждению полную стоимость данных медицинских услуг день получения таких услуг.

9.13. В случае установления обстоятельств, указанных в подпунктах 9.11, 9.12 и 9.13 настоящих Правил, Страховщик имеет право приостановить действие Страхового полиса до получения соответствующего уведомления от Учреждения о возмещении соответствующих сумм. Приостановление действия Страхового полиса на установленный срок, не считается основанием для изменения Периода страхования, указанного в Страховом полисе.

Действие Страхового полиса в отношении Застрахованного лица возобновляется с момента погашения Застрахованным лицом задолженности. В случае неоплаты счета в срок, установленный настоящими Правилами, Страховщик имеет право расторгнуть договор страхования путем прекращения действия Страхового полиса в одностороннем порядке, при этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

10.1. При наступлении страхового события, Застрахованное лицо или его представитель обращается в КЦ 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, КЦ организует оказание Застрахованному лицу необходимых услуг, предусмотренных настоящим Договором, а также оплатит расходы Застрахованного лица в соответствии с условиями Полиса.

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

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА (ПОЛИСА)

11.1. Действие Договора страхования (Страхового полиса) прекращается в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

11.2. Договор страхования (Страховой полис) может быть досрочно расторгнут в любое время по письменному заявлению Страхователя.

11.3. Возврат страховой премии осуществляется в следующем порядке и случае:

- если Страхователь заявил об отказе от страхования до начала периода действия Страхового полиса –

Страховщик возвратит ему оплаченную страховую премию в полном объеме;

- если Страхователь заявил об отказе после начала периода действия Страхового полиса – Страховщик возвратит ему страховую премию за не истекший период страхования;

- Возврат страховой премии при прекращении действия Страхового полиса по заявлению Страхователя, осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения такого заявления в валюте, в которой было уплачена страховая премия.

11.4. Страховая премия не возвращается в случаях:

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

- Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, указанного в Страховом полисе.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
к Правилам страхования лиц,
путешествующих по Республике
Узбекистан

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

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

Страхователь, в зависимости от страны путешествия, выбирает одну из следующих Программ страхования, которая будет указана в Полисе:

Все страховые суммы указаны в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум

Программы страхования		SILVER	GOLD
Общая страховая сумма:		10 000 000,00 сум	100 000 000,00 сум
№	Перечень услуг	Страховые суммы по каждой услуге	
1.	Медицинские услуги, в том числе:	до 7 000 000,00 сум	до 30 000 000,00 сум
1.1	Экстренная стоматологическая помощь	до 1 000 000,00 сум	до 2 000 000,00 сум
2.	Медико–транспортные и иные услуги, в том числе:	до 3 000 000,00 сум	до 70 000 000,00 сум
2.1	Медицинская эвакуация	до 2 000 000,00 сум	до 5 000 000,00 сум
2.3	Репатриация	Не покрывается	до 55 000 000,00 сум
Страховая премия		7 000,00 сум за день пребывания на территории Республики Узбекистан	15 000,00 сум за день пребывания на территории Республики Узбекистан

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

Реквизиты Страховщика:

Полное наименование:

Акционерное общество Страховая Компания «MY-INSURANCE»

Адрес: 100015, г. Тошкент, улица «Kichik Mirobod», 95

Банк: АО Национальный банк Республики Узбекистан ЦБУ «Саёхат»

МФО: 00450

Банк р/с.: 2020 8000 1047 8606 6001

ОКЕД: 96220

ИНН: 207002342

Официальный интернет - сайт: <https://myinsurance.uz>

Электронная почта: info@myinsurance.uz

OMMAVIY OFERTA O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI BO'YLAB SAYOHAT QILAYOTGAN SHAXSLARNI IXTIYORIY SUG'URTALASH BO'YICHA

Ushbu Ommaviy oferta (keyingi o'rinlarda – "Oferta") Aksiyadorlik jamiyati sug'urta kompaniyasi "MY-INSURANCE" tomonidan nomalum doiradagi jismoniy va yuridik shaxslarga murojaat qilingan taklif bo'lib, O'zbekiston Respublikasi bo'ylab sayohat qilayotgan shaxslarni ixtiyoriy sug'urtalash shartnomasini Ofertada ko'rsatilgan shartlar asosida sug'urtalovchining rasmiy veb-sayti yoki internet-servisi (mobil ilova, avtomatlashtirilgan axborot tizimi) orqali tuzishni nazarda tutadi.

Ushbu Oferta O'zbekiston Respublikasi bo'ylab sayohat qilayotgan shaxslarni ixtiyoriy sug'urtalash qoidalarini (keyingi matnda – "Sug'urta qoidalarini") asosida tartibga solinadi va shartnoma (Sug'urta polisi) rasmiylashtirilgan sanada amal qilayotgan tahrirda bo'ladi. Sug'urta qoidalarini va ushbu Oferta sug'urtalovchining rasmiy veb-sayti <https://myinsurance.uz> hamda internet-servislarida mavjud.

Ushbu Ofertaning shartlarini qabul qilish va belgilangan sug'urta mukofotini (badalini) to'lash uning shartlarini qabul qilish (aksept) va Sug'urtalovchining O'zbekiston Respublikasi bo'ylab sayohat qilayotgan shaxslarni ixtiyoriy sug'urtalash bo'yicha shartnoma tuzishga roziligini bildiradi.

Sug'urta mukofoti (badali) to'langanligi tasdiqlangandan so'ng Sug'urtalovchiga elektron Sug'urta polisi yuboriladi va Sug'urta shartnomasi tuzilgan hisoblanadi.

O'zbekiston Respublikasi Fuqarolik kodeksining 370-moddasiga muvofiq, ushbu Oferta shartlarini shartsiz qabul qilish (aksept) orqali Sug'urtalovchi quyidagilarga rozilik bildiradi:

- Ofertaning barcha shartlariga, jumladan sug'urtalash shartlariga roziligini bildiradi;
- Sug'urta polisini rasmiylashtirilishi uchun taqdim etilgan shaxsiy ma'lumotlarni qayta ishlashga, jumladan tizimlashtirish, saqlash, foydalanish, taqdim etish, tarqatish, avtomatlashtirilgan yoki avtomatlashtirilmagan usulda qayta ishlash yo'li bilan sug'urta faoliyatini amalga oshirish maqsadida 5 yilgacha muddatda, shuningdek sug'urtalash shartlarida nazarda tutilgan majburiyatlarni bajarish, ichki hujjat aylanishini ta'minlash maqsadida ushbu ma'lumotlarni uchinchi shaxslarga berishga o'z roziligini, shuningdek Foydalanuchi(lar) va Haydovchi(lar)ning ham roziligini tasdiqlaydi.

Agar sug'urta mukofoti (badali) to'liq hajmda to'lanmasa yoki akseptdan oldin yoki u bilan bir vaqtda Sug'urtalovchi tomonidan akseptni bekor qilish haqida xabarnoma olinsa, aksept mavjud emas deb hisoblanadi.

Matnda keltirilgan "Sug'urta shartnomasi" va "Sug'urta polisi" tushunchalari mazmunan bir xil bo'lib, ushbu elektron hujjatga nisbatan bir xil ma'noga ega.

O'zbekiston Respublikasi bo'ylab sayohat qilayotgan shaxslarni sug'urtalash QOIDALARI

1. UMUMIY QOIDALAR

1.1. Ushbu O'zbekiston Respublikasi bo'ylab sayohat qilayotgan shaxslarni sug'urtalash qoidalarini "MY-INSURANCE" AJ ST sug'urta kompaniyasi (keyingi o'rinlarda – Qoidalar) tomonidan rus va o'zbek tillarida ishlab chiqilgan. Sug'urta polisini sug'urtalash qoidalariga faol giperhavola joylashtirilgan.

1.2. Ushbu sug'urtalash qoidalarini O'zbekiston Respublikasining amaldagi qonunchiligiga muvofiq, 1-sinf "Baxtsiz hodisalardan sug'urtalash" va 2-sinf "Kasallik holatiga sug'urtalash" umumiy sug'urta tarmog'i qoidalarini asosida ishlab chiqilgan bo'lib, O'zbekiston Respublikasi bo'ylab sayohat qilayotgan (Sug'urtalangan shaxslar) shaxslarni sug'urtalash tartibi va shartlarini belgilaydi.

1.3. Ushbu sug'urtalash qoidalarini asosida Kompaniya sug'urtalangan shaxslarga sug'urtalash muddati davomida polis amal qiladigan hududda yuz bergan sug'urta hodisasi sodir bo'lganda tibbiy, tibbiy-transport va boshqa xizmatlar ko'rsatish orqali sug'urta himoyasini taqdim etadi.

2. ANIQLASHTIRUVCHI TUSHUNCHALAR

2.1. Ushbu Qoidalarda qo'llanilgan atamalarning ta'rifi:

Sug'urtalovchi – yuridik yoki muomala layoqatiga ega bo'lgan jismoniy shaxs bo'lib, Sug'urtalovchi bilan shartnomaviy munosabatga kirgan, ushbu Qoidalarga muvofiq tartibda va shartlarda sug'urta mukofotini to'laydi.

Sug'urta polisi – Sug'urtalovchining Avtomatlashtirilgan axborot tizimi orqali polis rasmiylashtirilgan paytda shakllantiriladigan hujjat bo'lib, u sug'urta polisini noyob identifikatsiya kodini o'z ichiga oladi. Ushbu hujjat chop etish yoki foydalanuvchi qurilmasida skanerlash orqali ko'rish va tasdiqlash imkonini beruvchi formatda tayyorlanadi. U Sug'urtalovchi va Sug'urtalovchi o'rtasida ushbu Qoidalar va Ommaviy oferta shartlariga muvofiq aniq bir Sug'urtalangan shaxs bo'yicha sug'urta shartnomasi tuzilganligini tasdiqlaydi. Sug'urta polisi sug'urta mukofoti to'liq to'langandan keyin beriladi.

Sug'urtalash davri – Sug'urta polisida ko'rsatilgan vaqt oralig'i bo'lib, ushbu davr mobaynida Sug'urtalovchining sug'urta to'lovlari bo'yicha majburiyatlari amal qiladi.

Sayohat – Sug'urtalangan shaxs tomonidan O'zbekiston Respublikasi hududida amalga oshiriladigan turistik sayohat bo'lib, u Sug'urta polisida ko'rsatilgan sug'urtalash davrida amalga oshiriladi. Turistik sayohat pasportdagi yoki boshqa rasmiy hujjatlardagi shaxsiy avia, temiryo'l yoki boshqa transport chiptalari va vaqtincha yashash joyidagi joylashtirish hujjatlari bilan tasdiqlanishi lozim.

Koll Markaz (KM) – Sug'urtalovchi tomonidan tashkil etilgan, kunu tun faoliyat yurituvchi xizmat bo'lib, u sug'urta hodisasi yuz bergan taqdirda Sug'urtalangan shaxsga axborot yordami va ko'mak beradi. Koll markazning aloqa ma'lumotlari Sug'urta polisida ko'rsatilgan bo'ladi.

Tibbiy xarajatlar – malakali shifokor tomonidan amalga oshirilgan yoki buyurilgan davolanish xarajatlari.

Muassasa – Sug'urtalovchi bilan alohida shartnoma asosida xizmat ko'rsatuvchi tibbiyot yoki boshqa muassasa (dorixona, diagnostika markazi va hokazo).

Jarohat – tashqi muhit omillari (mexanik, issiqlik, kimyoviy, har xil nurlanishlar, elektr toki, atmosferadagi bosim o'zgarishi) ta'sirida organizm a'zolari va to'qimalarining yaxlitligi va funksiyasining buzilishi bilan bog'liq tan jarohatlari.

To'satdan yuzaga kelgan kasallik – sug'urtalash davrida va sug'urtalash hududida kutilmaganda paydo bo'lgan, surunkali kasallikdan va/yoki safar boshlanishidan oldin mavjud bo'lgan kasallikdan kelib chiqmagan, unga qaramay davolanish bo'lgan yoki bo'lmagan holatda, tez tibbiy yordamni talab qiladigan va ushbu Qoidalarning istisnolar ro'yxatida ko'rsatilmagan kasallik.

Zaharlanish (intoksikatsiya) – kimyoviy moddalar (shu jumladan, dori vositalari), o'simlik zaharlari, hasharotlar zahari, bakteriyalar va boshqalarning organizmga toksik dozada ta'siri natijasida yuzaga kelgan kasallik.

Shoshilinch tibbiy yordam – bemorning hayotiga bevosita tahdid solmaydigan, ammo to'satdan yuzaga kelgan o'tkir kasalliklar, holatlar yoki surunkali kasalliklarning kuchayishi holatida ko'rsatiladigan tibbiy yordam.

Surunkali kasallik – inson organizmining organ va tizimlariga ta'sir qiluvchi, uzoq davom etadigan, davr-davr bilan kuchayish va remission bosqichlari bilan kechuvchi kasallik.

Surunkali kasallikning kuchayishi – surunkali kasallikning xos belgilari qayta namoyon bo'lishi bo'lib, bunda shoshilinch yordam ko'rsatilishi talab qilinadi.

Baxtsiz hodisa – Sug'urtalangan shaxsning irodasiga bog'liq bo'lmagan, to'satdan yuzaga kelgan, qisqa muddatli, tashqi ta'sir natijasida sog'lig'iga zarar yetkazuvchi yoki hayotiga zomin bo'luvchi hodisa.

Tibbiy evakuatsiya – Sug'urtalangan shaxsni bir joydan ikkinchi joyga har qanday qulay va tegishli transport vositasi bilan, zarurat tug'ilganda tibbiyot xodimlari hamrohligida ko'chirish choralarining yig'indisi. Tibbiy evakuatsiya faqat tibbiy qarama-qarshiliklar mavjud bo'lmaganda va shifokor ruxsati bilan amalga oshiriladi.

Sug'urtalash hududi – O'zbekiston Respublikasi.

Sug'urtalovchi ushbu Qoidalar asosida sug'urta shartnomasini tuzgan holda, Sug'urtalovchiga va Sug'urtalangan shaxsga tegishli hujjatlarda ko'rsatilgan shaxsiy ma'lumotlarni qayta ishlashga rozilik bildiradi. Bu ma'lumotlar tovarlar, ishlar va xizmatlarni bozorga chiqarish hamda ko'rsatilayotgan xizmatlar sifatini baholash, sug'urta shartnomasini bajarishni ta'minlash, yangi sug'urta dasturlari va mahsulotlari haqida xabardor qilish maqsadida to'g'ridan-to'g'ri aloqalar o'rnatish yo'li bilan qayta ishlanadi. Bundan tashqari, Sug'urtalovchi (Sug'urtalangan shaxs) shifokorlarni, sug'urta hodisasi bilan bog'liq hollarda, tibbiy maxfiylik (shifokor siriligi) majburiyatlaridan ozod qiladi.

Shaxsiy ma'lumotlarni qayta ishlash quyidagi yo'llar bilan amalga oshiriladi: to'plash, tizimlashtirish, jamlash, saqlash, aniqlashtirish (yangilash, o'zgartirish), foydalanish, tarqatish (shu jumladan uzatish), anonimlashtirish, bloklash va yo'q qilish, qog'oz va elektron tashuvchilarda. Ushbu rozilik Sug'urtalash davri davomida va undan keyingi 5 (besh) yil mobaynida amal qiladi. Ushbu rozilik Sug'urtalovchi tomonidan yozma murojaat yuborish yo'li bilan bekor qilinishi mumkin.

Sug'urtalangan shaxsga sug'urta hodisasi yuz berganda ko'rsatiladigan tibbiy, tibbiy-transport va boshqa xizmatlar ro'yxati Sug'urtalovchi tomonidan tanlangan va Sug'urta polisida ko'rsatilgan Sug'urta dasturiga muvofiq belgilanadi.

3. SUG'URTA HODISASI

3.1. Sug'urta hodisasi – bu Sug'urta polisida ko'rsatilgan sug'urtalash davri va hududida yuz bergan, quyidagi holatlardan biri yoki bir nechta natijasida sodir bo'lgan voqea: jarohat olish, zaharlanish, to'satdan yuzaga kelgan kasallik, surunkali kasallikning kuchayishi, baxtsiz hodisa yoki baxtsiz hodisa oqibatida Sug'urtalangan shaxsning vafoti. Ushbu voqealar natijasida Sug'urtalangan shaxs yoki Foyda oluvchi quyidagi xarajatlarni qoplash zaruriyatiga duch keladi:

3.1.1. Ambulator yoki/yoki statsionar davolanish bo'yicha tibbiy xarajatlar;

3.1.2. Shoshilinch stomatologik yordam xarajatlari:

3.1.2.1. Baxtsiz hodisa natijasida tish jarohati olganda;

3.1.2.2. Tish yoki unga yondosh to'qimalarning o'tkir yallig'lanishi holatlarida;

3.1.3. Tibbiy transportirovka/evakuatsiya xarajatlari;

3.1.4. Vafot etgan shaxsning jasadini (qoldiqlarini) qaytarish (posmertnaya repatriatsiya) bo'yicha xarajatlar.

4. ISTISNOOLAR

4.1. Sug'urta to'lovi/sug'urta ta'minoti quyidagi omillarning bevosita yoki bilvosita natijasi bo'lgan hodisa sug'urta hodisasi alomatlariga ega bo'lishiga qaramay amalga oshirilmaydi:

4.1.1. Tibbiy ko'rsatmalarga qat'iy qarshi bo'lishiga qaramay safarga chiqish natijasida sug'urtalangan shaxsning sog'lig'i yomonlashgan yoki vafot etgan holat bilan bog'liq xarajatlar;

4.1.2. Sug'urta hodisasi sodir bo'lganida sug'urtalangan shaxs organizmida narkotik yoki psixotrop moddalar mavjudligi aniqlansa yoki vrach buyurmagan dorilarni iste'mol qilgani aniqlansa, bu holatlar tibbiy xulosalar/ma'lumotnomalarda, guvohlarning ko'rsatmalarida va voqeaga oid boshqa hujjatlarda aks ettirilgan bo'lsa;

4.1.3. Ruhiiy kasalliklar va holatlar, epilepsiya (birlamchi va simptomatik), nevrozlar (panik hujumlar, depressiya, isterik sindromlar va h.k.), shuningdek, markaziy asab tizimi kasalliklari;

4.1.4. Homiladorlik (9.1.2-bandda nazarda tutilgan holatdan tashqari), tug'ruq va abort bilan bog'liq hodisalar, oilani rejalashtirish va bepustlikni davolash bilan bog'liq xizmatlar uchun xarajatlar;

4.1.5. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar va ularning oqibatlari, zaxm kasalliklari, OITS va OIV infeksiyasi sababli yuzaga keladigan barcha kasalliklar;

4.1.6. Onkologik kasalliklar, yangi o'simtalar (yomon va yaxshi sifatli), sug'urtalangan shaxs buni bilgan yoki bilmagan bo'lishidan qat'i nazar;

4.1.7. Tibbiy nuqtayi nazardan zarur bo'lmagan yoki vrach tomonidan tayinlanmagan xizmatlar, shuningdek, kechiktirilishi mumkin bo'lgan operatsiyalar;

4.1.8. Reabilitatsiya tadbirlari uchun xarajatlar;

4.1.9. Organ transplantatsiyasi bilan bog'liq xarajatlar;

4.1.10. Sug'urtalangan shaxsning vrach ko'rsatmalariga ongli ravishda rioya qilmaganligi natijasida yuzaga kelgan xarajatlar;

4.1.11. Profilaktik tadbirlar, emlash, dezinfeksiya, sanatoriy-kurort, sog'lomlashtirish, quyosh, suv, fizioterapiya, manual terapiya, massaj va shunga o'xshash davolanish usullari;

4.1.12. An'anaviy bo'lmagan tibbiyot usullari bilan, tashxis ko'rsatilmagan holda yoki mavjud tashxisga mos kelmaydigan davolash;

4.1.13. Kosmetik/plastik jarrohlik, tashqi ko'rinishdagi kamchiliklar yoki jismoniy nuqsonlarni bartaraf etish, shuningdek, protezlash (shu jumladan tish va ko'z protezlari);

4.1.14. Irsiy va/yoki tug'ma kasalliklar, a'zolarining rivojlanish nuqsonlari va ularning asoratlari sababli davolash xarajatlari;

4.1.15. Surunkali kasalliklar va/yoki ularning kuchayishi/asoratlari, har qanday ko'rinishdagi ifodalanishi. Surunkali kasallik kuchaygan hollarda Kompaniya faqat yengillashtirishgacha xizmat ko'rsatadi yoki xarajatni qoplaydi;

4.1.16. Qon aylanish tizimi kasalliklari (arterial gipertoniya va gipotenziyadan tashqari), murakkab davolanishi yoki uzoq muddatli statsionar davolanishni talab qiladigan hollarda, jumladan yurak jarrohlik amaliyotlari (angiografiya, angioplastika, shuntlash va h.k.), shuningdek avvalgi yurak kasalliklari va operatsiyalarning erta yoki kech asoratlari;

4.1.17. Yurak xuruji, insult, qandli diabet, buyrak yetishmovchiligi, sil, jigar sirrozi, virusli gepatitlar, har qanday aneurizma, endokrin kasalliklar kabi uzoq muddat davomida rivojlanadigan yoki boshqa kasalliklar sababli yuzaga keladigan holatlar. Bunday kasalliklar ilk marta aniqlanganda Kompaniya favqulodda tibbiy yordamni tashkil etadi yoki xarajatni qoplaydi;

4.1.18. Kasbiy kasalliklar va safar aynan shu kasallikni davolash uchun amalga oshirilgan holatlar;

4.1.19. Ko'rishni yaxshilovchi vositalar (ko'zoynak, ramkalar, linzalar, lupalar va h.k.), shuningdek protez, qo'ltiqta'yoq, nogironlar aravachasi va boshqa yordamchi vositalar;

4.1.20. Vitaminlar, oziq-ovqat qo'shimchalari, ozuqaviy boyituvchilar, o'simlik mahsulotlari, gomeopatik vositalarni xarid qilish;

4.1.21. Maxsus xavfli va tropik kasalliklar (vabo, xolera, chechak, sariq isitma, gemorragik isitma, sibir yara, tif va h.k.) bilan bog'liq holatlar;

4.1.22. Avtotransport vositalarini boshqarish vaqtida sodir bo'lgan hodisalar (kvadrotsikl, mototsikl, moped, skutyer, suv skuteri, avtomobil va/yoki yo'lovchi sifatida harakatlanish holatlaridan tashqari);

4.1.23. Sug'urtalangan shaxs doimiy yashash mamlakatiga qaytgach yoki sug'urta davri tugaganidan keyingi davolanish bilan bog'liq xarajatlar.

4.2. Sug'urtalovchi quyidagi holatlarda xarajatlarni qoplamaydi va bunday holat sug'urta hodisasi deb hisoblanmaydi, agar hodisa sug'urtalangan shaxs bilan quyidagi holatlarda sodir bo'lsa:

4.2.1. O'z joniga qasd qilish yoki bunday harakatga urinish;

4.2.2. Harbiy xizmatda bo'lgan paytda;

4.2.3. Jismoniy ish bajarayotganda, agar Ariza-anketada va Politsada "Maxsus shartlar" bandida "Ish" belgilanmagan bo'lsa;

4.3. Sug'urtalovchi quyidagi holatlarga bevosita yoki bilvosita aloqador bo'lgan xarajatlarni qoplamaydi:

4.3.1. Terrorchilik harakati (siyosiy, diniy, mafkuraviy yoki etnik sabablarga ko'ra bir shaxs yoki guruh tomonidan kuch ishlatish yoki kuch ishlatish bilan tahdid qilish harakati), shu jumladan terrorizmning oldini olish choralarini sababli yetkazilgan zarar;

4.3.2. Urush, chet el bosqini, harbiy harakatlar (e'lon qilingan yoki qilinmagan), fuqarolik urushi, qo'zg'olon, inqilob, isyon, tartibsizliklar;

4.3.3. Tikishlar, jinoyatlar yoki mushtlashuvda ishtirok etish (fuqarolik burchini bajarish yoki o'z hayoti, sog'lig'i, sha'ni va qadr-qimmatini yoki uchinchi shaxslarni himoya qilish holatlaridan tashqari);

4.3.4. Transport vositasini alkogol, narkotik, toksik yoki boshqa mastlik holatida boshqarish, tegishli huquq/ruxsatsiz boshqarish yoki bunday shaxsga boshqaruvni topshirish;

- 4.3.5. Sug'urtalangan shaxs tomonidan sodir etilgan noqonuniy harakatlar natijasida hodisa yuz bersa;
- 4.3.6. Sog'liq holati yoki tibbiy xizmatlarga doir ataylab noto'g'ri ma'lumotlar taqdim etilgan bo'lsa;
- 4.3.7. Sug'urta hodisasi va zararning miqdorini tasdiqlovchi zarur hujjatlar taqdim etilmasa;
- 4.3.8. 12.6–12.8-bandlarda ko'rsatilgan sug'urtalovchi tomonidan so'ralgan hujjatlar taqdim etilmasa;
- 4.3.9. O'zbekiston Respublikasi qonunchiligida nazarda tutilgan boshqa hollarda.
- 4.4. Ushbu Shartnoma shartlariga binoan Sug'urtalovchi bilvosita zararlar, boy berilgan foyda, jarima, penya, boshqa moliyaviy jazolar hamda ma'naviy zarar uchun javobgar emas.

5. SUG'URTA SUMMASI VA SUG'URTA MUKOFOTI

- 5.1. Sug'urta summasi – bu ushbu Qoidalarga muvofiq Sug'urtalovchining o'z majburiyatlarini bajarish bo'yicha javobgarligi doirasidagi, Sug'urta polisida ko'rsatilgan pul summasidir.
- 5.2. Sug'urta mukofoti – bu sug'urta uchun to'lov bo'lib, Sug'urtalanuvchi ushbu Qoidalarda nazarda tutilgan shartlarga muvofiq Sug'urtalovchiga to'lashi shart bo'lgan mablag'dir.
- 5.3. Sug'urta summasi va sug'urta mukofoti Sug'urtalanuvchi tomonidan tanlangan Sug'urta dasturiga qarab belgilanadi va Sug'urta polisida ko'rsatiladi.
- 5.4. Sug'urta mukofoti Sug'urtalanuvchi tomonidan sug'urta muddati uchun bir yo'la, to'liq miqdorda milliy valyutada yoki Sug'urtalovchi veb-saytida ko'rsatilgan to'lov tizimlari orqali bank kartasi bilan chet el valyutasida to'lanadi. To'lov Sug'urta polisi berilishidan oldin amalga oshiriladi.
- 5.5. Sug'urta mukofoti Sug'urtalovchining yoki uning vakolatli shaxsining (Sug'urta agentining) bank hisob raqamiga pul mablag'lari tushgan kundan boshlab to'langan hisoblanadi.
- 5.6. Barcha sug'urta to'lovlari Sug'urtalovchi tomonidan to'g'ridan-to'g'ri Sug'urtalangan shaxsga xizmat ko'rsatgan Muassasaga to'lanadi, ushbu Qoidalarda nazarda tutilgan hollardan tashqari.
- 5.7. Ushbu Qoidalarning 9.9-bandida nazarda tutilgan hollarda, sug'urta to'lovi Sug'urtalovchi tomonidan to'g'ridan-to'g'ri Sug'urtalangan shaxsga xorijiy valyutada, murojaatchi ko'rsatgan valyutada, O'zbekiston Respublikasi Markaziy bankining sug'urta mukofoti to'langan kundagi kursi bo'yicha bir martalik pul o'tkazmasi tarzida murojaatchi (Sug'urtalangan shaxs/Foydali oluvchi)ning bank hisob raqamiga o'tkaziladi. Agar xarajatlar amalga oshiriladigan xorijiy valyuta kursi O'zbekiston Respublikasi Markaziy banki tomonidan belgilanmagan bo'lsa, Sug'urtalovchi ushbu valyutaning milliy valyutaga nisbatan kursi aniqlanadigan manbani o'zi belgilaydi va bu manba Sug'urta hodisasi tan olinganligi va to'lov amalga oshirilishi haqidagi qarorda ko'rsatiladi.

6. SUG'URTA DAVRI

- 6.1. Sug'urta davri Sug'urtalangan shaxsning O'zbekiston Respublikasi hududida bo'lish muddati asosida belgilanadi, biroq bir yildan oshmasligi lozim.
- 6.2. Sug'urta davri Polisda sug'urta davrining boshlanish sanasi sifatida ko'rsatilgan kunda soat 00:00:00 dan boshlanadi, ammo Sug'urtalangan shaxs sug'urta polisi amal qiladigan hudud chegarasini (ya'ni, O'zbekiston Respublikasi chegarasini) kesib o'tgandan keyingina kuchga kiradi (pasportdagi chegara xizmati tamg'asi asosida).
- 6.3. Sug'urta davri Sug'urta polisida ko'rsatilgan tugash sanasida tugaydi.

7. SUG'URTA DASTURI (SUG'URTA JAVOBGARLIGI DOIRASI)

- 7.1. Sug'urta dasturi – sug'urta hodisasi yuzaga kelganda Sug'urtalangan shaxsga ko'rsatiladigan tibbiy va boshqa xizmatlar hajmi va ro'yxatini (sug'urta javobgarligi doirasini) o'z ichiga oladi, u ushbu Qoidalarning Ilovasiga muvofiq belgilanadi va Sug'urta polisida ko'rsatiladi.

8. SUG'URTA SUMMASI VA SUG'URTA MUKOFOTI

- 8.1. Sug'urta summasi Sug'urta polisida ko'rsatiladi va Sug'urtalovchi tomonidan tasdiqlangan tariflarga muvofiq belgilanadi.
- 8.2. Sug'urta mukofoti Sug'urtalovchi tomonidan sug'urta dasturi, sug'urta muddati va Sug'urtalovchi tomonidan ishlab chiqilgan tarif stavkalariga muvofiq belgilanadi. Sug'urta mukofotining miqdori Sug'urta polisida ko'rsatiladi. Sug'urtalovchi sug'urta mukofotini hisoblashda tariflarga ko'taruvchi hamda pasaytiruvchi koeffitsientlarni qo'llash huquqiga ega.
- 8.3. Sug'urta mukofoti Sug'urtalanuvchi tomonidan sug'urta polisining amal qilish muddati uchun bir martalik to'lov sifatida to'lanadi. To'lov naqd yoki naqdsiz amalga oshirilishi mumkin. Sug'urta mukofoti so'mda yoki so'm ekvivalentidagi boshqa valyutada belgilanadi. Agar sug'urta mukofoti xorijiy valyutada (shartli birliklarda) belgilanadigan bo'lsa, u holda sug'urta mukofoti Sug'urta polisini rasmiylashtirish kunidagi O'zbekiston Respublikasi Markaziy bankining rasmiy valyuta kursi bo'yicha so'mda to'lanadi, agar sug'urta qoidalarida boshqacha ko'rsatilmagan bo'lsa.

9. SUG'URTA TO'LOVLARI VA SUG'URTA TA'MINOTI

- 9.1. Ushbu shartnomada ko'rsatilgan sug'urta holati yuzaga kelganda, sug'urta dasturiga kiritilgan har bir xizmat bo'yicha sug'urta summasi doirasida quyidagi xizmatlar xarajatlari to'lanadi:
 - 9.1.1. Tibbiy muassasada tez tibbiy yordam ko'rsatish, jumladan shifokor xizmatlari (konsultatsiyalar), diagnostika va laboratoriya tadqiqotlari, shifokor tomonidan buyurilgan dori vositalari (retsept bo'yicha), bog'lovchi vositalar va mahkamlash vositalari (gips, bandaj va boshqalar), shifoxonadan chiqish imkoniyati paytgacha;

9.1.2. Favqulodda yordam, agar baxtsiz hodisa natijasida sug'urtalanuvchining homiladorligi 32 haftadan oshmagan bo'lsa va homiladorlik majburan to'xtatilgan bo'lsa;

9.1.3. Favqulodda stomatologik yordam;

9.1.4. Ambulator davolash;

9.1.5. Statsionar davolash;

9.1.6. Sug'urtalanuvchini hodisa joyidan yaqin tibbiyot muassasasiga yoki shifokorga, yoki bir muassasadan boshqasiga tibbiy evakuatsiya qilish (O'zbekiston Respublikasi hududida). Tibbiy evakuatsiya zarurligi haqidagi qarorni faqat Kompaniya vakolatli shifokorlari qabul qiladi, faqat favqulodda yordam zarur bo'lsa. Agar tibbiy evakuatsiyani uchinchil tomon sug'urtalovchining roziligisiz tashkil qilsa, sug'urtalovchi xarajatlarni evakuatsiyani minimal mumkin bo'lgan summa doirasida qoplaydi, bu summa Kompaniyaning boshqaruv markazi yordamida tashkil qilinishi mumkin bo'lgan minimal summa hisoblanadi.

9.2. Sug'urtalovchi jarrohlik amaliyotlari xarajatlarini faqat favqulodda bo'lib, tibbiy evakuatsiyadan keyin sug'urtalanuvchining doimiy yashash joyidagi mamlakatda amalga oshirilishi mumkin bo'lmagan taqdirda qoplaydi, ya'ni operatsiyani kechiktirish sug'urtalanuvchining hayotiga yoki sog'lig'iga jiddiy xavf tug'dirganda.

9.3. Sug'urtalovchi faqat shifokor retsepti bo'yicha sotib olingan dorilar xarajatlarini qoplaydi.

9.4. Sug'urtalovchining sug'urta to'lovlarini amalga oshirish majburiyati faqat sug'urta muddati davomida va polis amal qiladigan hududda yuzaga kelgan sug'urta holatlariga nisbatan amal qiladi.

9.5. Sug'urtalovchi sug'urta dasturiga kiritilgan har bir xizmat bo'yicha sug'urta summasi doirasida sug'urta to'lovlarini amalga oshirish majburiyatini oladi.

9.6. Zarur bo'lganda, sug'urtalovchi taqdim etilgan ma'lumotlarni tekshirish, sug'urta hodisasi holatlari haqida ma'lumotga ega tashkilotlardan ma'lumot so'rash, shuningdek, sug'urtalanuvchini tibbiy ko'rikdan o'tkazish huquqiga ega.

9.7. Sug'urtalovchi tomonidan sug'urtalanuvchiga ko'rsatilgan xizmatlar uchun to'langan har bir muassasa hisobi sug'urta dasturiga kiritilgan har bir xizmat bo'yicha sug'urta summasidan to'langan summa miqdorida kamayadi.

9.8. Sug'urtalovchi tomonidan bitta yoki bir nechta sug'urta holatlariga qarab amalga oshirilgan umumiy sug'urta to'lovi sug'urta dasturiga kiritilgan har bir xizmat bo'yicha sug'urta summasidan oshmasligi kerak.

9.9. Agar sug'urtalanuvchi ushbu qoidalarning talablariga zid ravishda sug'urta holatini bildirsa, u sug'urtalovchiga sodir bo'lgan hodisani imkon qadar tezroq xabar qilishning imkonsizligini isbotlash majburiyatini oladi.

9.10. Sug'urtalanuvchi o'z sug'urta polisini boshqa shaxslarga berish huquqiga ega emas. Agar aniqlansa, sug'urtalanuvchi polisni boshqa shaxsga tibbiy xizmat olish maqsadida bergan bo'lsa, sug'urtalovchi ushbu sug'urta polisining amal qilishini oldindan tugatishi mumkin.

Agar bu holat tibbiy xizmatlar ko'rsatilishidan oldin aniqlansa, sug'urtalovchi noto'g'ri shaxsga xizmat ko'rsatishni rad etishga haqli.

Agar sug'urtalanuvchi polisni sug'urta qilinmagan shaxsga berganligi sababli sug'urta qilinmagan shaxsga tibbiy xizmat ko'rsatilgan bo'lsa, sug'urtalanuvchi o'z hisobidan ushbu shaxsga ko'rsatilgan xizmatlarning to'liq qiymatini muassasaga xizmatlar ko'rsatilgan kunda to'lashga majbur.

9.11. Agar sug'urtalanuvchi (sug'urtalanuvchi) shifokorni asoslanmagan chaqirsa yoki tibbiy ko'rsatmalarsiz tez yordam transportidan foydalansa, u holda sug'urtalanuvchi (sug'urtalanuvchi) ushbu tibbiy xizmatlarning to'liq qiymatini muassasaga xizmatlar ko'rsatilgan kunda to'lashga majbur.

Sug'urtalovchi sug'urta polisining amal qilishini muddatidan oldin to'xtatish huquqiga ega.

Asoslanmagan chaqiruv quyidagilar hisoblanadi:

- tibbiy xizmat olish uchun bo'lmagan chaqiruv;
- noto'g'ri chaqiruv (tibbiy-iqtisodiy ekspertiza xulosasi mavjud bo'lsa, masalan, yordamga ehtiyoji bo'lmagan sug'urtalanuvchi chaqirilgan yoki sug'urtalanuvchi yoki uning vakili sababsiz manzilda bo'lmagan holatlar);
- sug'urtalanuvchi (sug'urtalanuvchi) tomonidan tibbiy xizmat ko'rsatilmagan shaxsga tibbiy yordam ko'rsatish uchun amalga oshirilgan chaqiruv.

9.12. Agar sug'urtalanuvchi (sug'urtalanuvchi) shifokor, tez yordam yoki favqulodda tibbiy yordamni asoslanmagan chaqirsa va tibbiy transportni tibbiy ko'rsatmalarsiz ishlatsa, va agar bu murojaat boshqaruv markazi bilan kelishilmagan yoki tashkil qilinmagan bo'lsa, sug'urtalovchi tibbiy xizmatlar qiymatini to'lashdan bosh tortishi mumkin va sug'urtalanuvchi (sug'urtalanuvchi) ushbu xizmatlar uchun muassasaga to'liq to'lovni amalga oshirishga majbur.

9.13. 9.11, 9.12 va 9.13 bandlarida ko'rsatilgan holatlar aniqlanganda, sug'urtalovchi tegishli muassasadan kompensatsiya to'lovlari haqidagi bildirishnomani olguncha sug'urta polisini vaqtincha to'xtatib qo'yish huquqiga ega.

Sug'urta polisini vaqtincha to'xtatish polisda ko'rsatilgan sug'urta muddati o'zgarishiga sabab bo'lmaydi.

Sug'urta polisining amal qilishi sug'urtalanuvchi qarzdorlikni bartaraf etganda tiklanadi.

Agar hisob-kitob ushbu qoidalarga muvofiq belgilangan muddatda amalga oshirilmasa, sug'urtalovchi sug'urta shartnomasini bir tomonlama bekor qilish huquqiga ega bo'lib, shu bilan birga to'langan sug'urta mukofoti qaytarilmaydi.

10. SUG'URTA HOLATI HAQIDA XABARNOMANI KO'RIB CHIQISH TARTIBI

10.1. Sug'urta holati yuz berganda, sug'urtalanuvchi yoki uning vakili Polisdan ko'rsatilgan telefon raqamlari yoki boshqa aloqa vositalari orqali boshqaruv markaziga (Koll Markaz) murojaat qiladi va imkon qadar operatorga quyidagi

ma'lumotlarni beradi:

- yordamga muhtoj sug'urtalanuvchining familiyasi va ismi;
- polis raqami va sug'urta muddati;
- sug'urtalovchining nomi;
- yuz bergan hodisa sharoitlari va talab qilinayotgan yordam turi haqida tavsif;
- joylashuvi va aloqa uchun telefon raqami.

10.2. Ma'lumot olingach, Koll Markaz ushbu shartnomaga muvofiq sug'urtalanuvchiga zarur xizmatlarni tashkil qiladi va polis shartlariga muvofiq xarajatlarni qoplaydi.

10.3. Agar shifokor bilan maslahatlashish yoki klinikaga yuborishdan oldin Koll Markazga qo'ng'iroq qilish imkoni bo'lmasa, sug'urtalanuvchi imkon qadar birinchi imkoniyatda Koll Markazga qo'ng'iroq qilishi kerak. Har qanday holatda, hisob-kitoblar va xarajatlar to'lanishidan oldin sug'urtalanuvchi Koll Markaz yoki sug'urtalovchiga xabar berishi va tibbiyot xodimlariga polisni taqdim etishi shart.

11. SHARTNOMANI (POLISNI) TO'XTATISH VA BEKOR QILISH

11.1. Sug'urta shartnomasi (polis) O'zbekiston Respublikasi amaldagi qonunchiligida belgilangan hollarda to'xtatiladi.

11.2. Sug'urta shartnomasi (polis) sug'urtalanuvchining yozma arizasi asosida istalgan vaqtda muddatidan oldin bekor qilinishi mumkin.

11.3. Sug'urta mukofoti quyidagi tartibda va hollarda qaytariladi:

• Agar sug'urtalanuvchi polis amal qilishidan oldin sug'urtadan voz kechganini bildirsa, sug'urtalovchi to'langan sug'urta mukofotini to'liq qaytaradi;

• Agar sug'urtalanuvchi polis amal qilishidan keyin sug'urtadan voz kechsa, sug'urtalovchi foydalanilmagan sug'urta muddati uchun mukofotni qaytaradi;

• Sug'urta mukofotining qaytarilishi sug'urtalanuvchi arizasi qabul qilingan kundan boshlab 5 ish kuni ichida, mukofot to'langan valyutada amalga oshiriladi.

11.4. Sug'urta mukofoti quyidagi hollarda qaytarilmaydi:

• Agar sug'urta muddati davomida ushbu qoidalarga muvofiq sug'urta holati yuzaga kelgan va sug'urtalovchi majburiyatlarini bajargan yoki bajarayotgan bo'lsa;

• Agar sug'urtalanuvchi polisda ko'rsatilgan sug'urta muddati tugagandan keyin sug'urtadan voz kechgan bo'lsa.

ILOVA №1
O'zbekiston Respublikasi hududida sayohat qiluvchi shaxslarga sug'urta qoidalariga

SUG'URTA DASTURLARI VA POLIS AMAL QILISH HUDUDI

Sug'urta dasturi – bu sug'urta qoidalarini doirasida sug'urtalanuvchiga taqdim etilishi mumkin bo'lgan tegishli sug'urta summalari bilan xizmatlar majmuasidir.

Sug'urtalanuvchi, sayohat qilinish davlatga qarab, quyidagi sug'urta dasturlaridan birini tanlaydi, u polisda ko'rsatiladi:

Barcha sug'urta summalari O'zbekiston Respublikasi milliy valyutasi — so'mda ko'rsatilgan.

Sug'urta dasturlari		SILVER	GOLD
Umumiy sug'urta summasi:		10 000 000,00 so'm	100 000 000,00 cym
№	Xizmatlar ro'yxati	Har bir xizmat uchun sug'urta summasi	
1.	Tibbiy xizmatlar, jumladan:	7 000 000,00 so'mgacha	30 000 000,00 so'mgacha
1.1	Favqulodda stomatologik yordam	1 000 000,00 so'mgacha	2 000 000,00 so'mgacha
2.	Tibbiy-transport va boshqa xizmatlar, jumladan:	3 000 000,00 so'mgacha	70 000 000,00 so'mgacha
2.1	Tibbiy evakuatsiya	2 000 000,00 so'mgacha	5 000 000,00 so'mgacha
2.3	Repatriatsiya	1 000 000,00 so'mgacha	40 000 000,00 so'mgacha
Sug'urta mukofoti		7 000,00 cym O'zbekiston Respublikasi hududida har bir kun uchun	15 000,00 cym O'zbekiston Respublikasi hududida har bir kun uchun

Filiallarining manzillari, telefonlari va ish vaqti Sug'urtalanuvchining rasmiy veb-saytida ko'rsatilgan.

Manzil: 100015, Toshkent sh., Kichik Mirobod ko'chasi, 95
 Bank nomi: O'ZR TIF "MILLIY BANK" SAYOHAT FILIALI
 Bank kodi: 00450
 Bank h/r.: 20208000104786066001
 XXTUT: 96220
 STIR: 207002342
 Rasmiy internet sayti: <https://myinsurance.uz>
 Elektron pochta: info@myinsurance.uz