

## ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА НА СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ ПО СТРАХОВОМУ ПРОДУКТУ «СПОРТСМЕН»

Настоящая Публичная оферта (далее – «Оферта») является адресованным неопределенному кругу физических и юридических лиц предложением Акционерного общества Страховая Компания «MY-INSURANCE» заключить договор страхования от несчастных случаев по страховому продукту «СПОРТСМЕН» на условиях, указанных в Оферте посредством официального сайта или интернет-сервиса (мобильного приложения, автоматизированной информационной системы) Страховщика.

Настоящая Оферта регулируется Правилами страхования от несчастных случаев по страховому продукту «СПОРТСМЕН» (далее по тексту – «Правила страхования») в редакции, действующей на дату оформления Договора (страхового полиса). Правила страхования и настоящая Оферта доступны на официальном сайте <https://myinsurance.uz/> и в интернет-сервисах Страховщика.

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

Принятие условий настоящей Оферты и оплата обусловленной страховой премии считаются акцептом ее условий и согласием Страхователя заключить Договор страхования от несчастных случаев по страховому продукту «СПОРТСМЕН».

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

Страхователь, после получения электронного Страхового полиса, обязуется ознакомить с условиями Оферты всех указанных в полисе Застрахованных лиц. Нарушение (невыполнение) этого требования не освобождает Застрахованных лиц от выполнения обязанностей, предусмотренных настоящей Офертой, и не может послужить основанием для предъявления требований к Страховщику по поводу не ознакомления и/или несогласия их с условиями страхования.

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

- выражает своё согласие на условия Оферты, включая условия страхования;
- выражает своё согласие, а также подтверждает согласие Застрахованного(-ых) лица (лиц) и Выгодоприобретателя(-ей), указанных в Страховом полисе на обработку персональных данных, предоставленных для формирования полиса, включая систематизацию, хранение, использование, предоставление, распространение, передачу данных путем обработки автоматизированным или неавтоматизированным способом в целях осуществления страховой деятельности на срок 5 лет, а также на их передачу третьим лицам в целях исполнения обязательств, принятых условиями страхования для обеспечения внутреннего документооборота;

- подтверждает, что на момент страхования Застрахованное лицо (лица), указанное в Страховом полисе:

- не является инвалидом I-й и II-й групп или лицом, имеющим действующее направление на врачебно трудовую экспертную комиссию, за исключением спортсменом паралимпийских видов спорта; не имеет диагностированные психические (нервные) заболевания и/или расстройства; не болен СПИДом или инфицированным вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ инфицированные);

- не находится под следствием или осужденным к лишению свободы.

При неуплате страховой премии в полном объеме, а также получении Страховщиком извещения об отзыве акцепта ранее акцепта или одновременно с ним, акцепт считается не полученным. Ссылки «Договор страхования» и «Страховой полис» далее по тексту имеют одинаковое значение по отношению к настоящему электронному документу.

## СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА (ПОЛИСА) СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ ПО СТРАХОВОМУ ПРОДУКТУ «СПОРТСМЕН», ЗАКЛЮЧАЕМОГО НА УСЛОВИЯХ ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЫ

### РАЗДЕЛ 1. ТЕРМИНЫ И ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Основные термины, используемые в настоящей Оферте:

**Страховщик** - Акционерное общество Страховая Компания «MY-INSURANCE», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

**Страхователь** – юридическое или дееспособное физическое лицо, являющееся резидентом или не резидентом Республики Узбекистан, вступающее в Договорные отношения со Страховщиком, уплачивающее страховую премию в порядке и на условиях Договора страхования. Страхователь вправе заключать Договор страхования в отношении третьих лиц – застрахованных лиц, либо в отношении себя, при котором Страхователь одновременно является застрахованным лицом.

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, обладающее полной гражданской дееспособностью, указанное в Договоре (полисе) страхования, чьи имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью, являются объектом страхования и в пользу которого заключен Договор страхования.

**Вид спорта** – часть спорта, представляющая собой обособленную сферу общественных отношений, имеющая специфические особенности, правила спортивных соревнований, среду занятий, используемые спортивный инвентарь и/или оборудование.

**Спортсмены-профессионалы** – лица, занимающиеся избранным видом спорта на профессиональной основе в порядке, установленном законодательством Республики Узбекистан.

**Спортсмены-любители** – лица, систематически занимающиеся определенным видом спорта или физическими упражнениями с целью поддержания спортивной формы, физического развития, принимающие участие в спортивных соревнованиях (на добровольных началах) или выполнившие разрядные нормативы согласно установленным в Республике Узбекистан требованиям спортивной классификации.

**Выгодоприобретатель** – физическое лицо, которое может быть назначено с письменного согласия Застрахованного лица, в качестве получателя страховой выплаты. В случае смерти Застрахованного лица, которое не назначило Выгодоприобретателя по Договору (полису) страхования, получателями страховой выплаты признаются наследники Застрахованного лица.

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

**Правила страхования** – утвержденные Страховщиком условия страхования, доступные для ознакомления в офисах Страховщика, а также скачивания на официальном сайте <https://myinsurance.uz/> или интернет-сервисах либо путем сканирования QR-кода, на основании которых заключается Договор страхования.

**Договор страхования от несчастных случаев по страховому продукту «СПОРТСМЕН» (далее по тексту – «Договор страхования»)** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, составленное сторонами в письменной или электронной форме, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести выплату страхового обеспечения, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (взнос) в размере и сроки, установленные Договором (полисом) страхования.

**Страховой полис (далее по тексту – «Полис»)** – документ в электронной форме, подтверждающий заключение договора страхования между Страхователем и Страховщиком на условиях настоящей Оферты. Полис действует только в течение периода страхования, указанного в нем, и считается действительным при условии своевременной оплаты обусловленной страховой премии.

**Страховая сумма** – сумма денежных средств, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения по Договору (полису) страхования. Временная франшиза - временной промежуток, выраженный в единицах времени, в которой Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения.

**Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

**Страховое событие** – событие, имеющее признаки страхового случая.

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

**Страховая выплата (обеспечение)** – денежные средства, выплачиваемые Страховщиком

Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю в связи с наступлением страхового случая, в пределах персональной страховой суммы и в порядке, установленной Офертой, Полисом и Программой страхования.

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

**Несчастный случай** – внезапное, кратковременное, не зависящее от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой травматическое (телесное) повреждение или иное расстройство здоровья (ушибы, растяжения, вывихи, переломы, разрывы (ранения) органов и тканей, сдавливание тканей и внутренних органов, сотрясения), смерть; телесное повреждение от ожога, взрыва, удара молнии, воздействия электрического тока; случайное отравление ядовитыми растениями, промышленными и бытовыми химическими веществами, пищевыми продуктами (за исключением ботулизма, сальмонеллеза, дизентерии и других разновидностей пищевой токсикоинфекции), лекарственными препаратами и/или ожоги, возникшие при вдыхании или соприкосновении с ядовитыми и/или жгучими веществами, парами или газами; обморожение, утопление; нападение злоумышленников или животных, укусы насекомых и пресмыкающихся; случайное попадание в дыхательные пути инородного тела; травмы, полученные при движении, транспортных средств (автомобиля, поезда, трамвая и пр.) или при их крушении, при пользовании машинами, механизмами и всякого рода инструментами.

**Несчастными случаями не считаются:**

- все виды болезней, в том числе инфекционные заболевания, включая ВИЧ инфекцию, СПИД, любые венерические заболевания, мелкие ссадины, ушибы, подкожные гематомы, кровоподтеки, которые не приводят к нарушению функций органов и нарушения косметики и не оставляющие рубцы;

- остро возникшее или хроническое заболевание и его осложнение либо обострение (как ранее диагностированное, так и впервые выявленное), спровоцированное воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

- Травматическое (телесное) повреждение - повреждение, которое вызвано несчастным случаем, произошедшим в течение Периода страхования, единственно и независимо от какой-либо другой причины приводит к временной/постоянной нетрудоспособности или к смерти Застрахованного лица.

- Временная утрата трудоспособности - состояние Застрахованного лица, определяющееся невозможностью продолжать свою трудовую деятельность вследствие медицинских показаний, носящее обратимый, проходящий в процессе лечения характер, которое может возникнуть в течение Периода страхования в результате несчастного случая, предусмотренного Договором (полисом) страхования.

- Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) - утрата трудоспособности вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма Застрахованного лица в течение Периода страхования в результате несчастного случая, предусмотренного Договором (полисом) страхования, приведшая к назначению инвалидности I или II группы.

**Территория страхования** - географическая зона, указанная в Договоре (полисе) страхования, где действует страхование и обязательства Страховщика.

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

## РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, а также с его смертью в результате несчастного случая.

2.2. Субъектами страховых отношений являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

## РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховой риском является предполагаемое событие, связанное с жизнью, здоровьем и трудоспособностью Застрахованного лица, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. По настоящим условиям страхования страхового обеспечения производятся при наступлении страховых случаев по выбранным видам спорта по следующим рискам:

- травматические повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая; - временная утрата трудоспособности Застрахованного лица в результате несчастного случая; - постоянная полная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности (инвалидность), наступившая в течение 1 года со дня несчастного случая, произошедшего в период страхования; - смерть

Застрахованного лица, наступившая в течение 1 года со дня несчастного случая, произошедшего в период страхования;

В Договор (полис) страхования могут быть включены как все, так и отдельные из вышеперечисленных рисков.

3.3. Страховым случаем является свершившееся событие, связанное с наступлением страхового риска, указанного в п.3.2. настоящей Оферты, произошедшее с Застрахованным лицом во время его участия в официальных спортивных мероприятиях (соревнованиях) или иных мероприятиях, связанных с регулярным занятием спортом на любительской или профессиональной основе (тренировки, показательные выступления, сборы и т.д.) в период страхования и на территории действия Договора (полиса) страхования, подтвержденные соответствующими компетентными органами в установленном законом порядке, в результате которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения в соответствии с настоящей Офертой и Правилами страхования.

#### РАЗДЕЛ 4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. Не признаются страховым случаем события, возникшие прямо или косвенно, в результате: а) участия Застрахованного лица в военных действиях или военных мероприятий и их последствий, народных волнений и забастовок, захвата власти военными или противоправного захвата власти, действий группы злоумышленников или лиц, действующих по поручению политических организаций или взаимодействующих с ними, заговора;

б) ядерного взрыва, радиации и радиоактивного заражения;

в) умышленных, противоправных действий и/или бездействия Страхователя/Застрахованного лица, направленных на наступление страхового случая, участия Застрахованного лица в пари и преступлениях, а также в драке, за исключением действий, связанных с выполнением ими своего гражданского долга или защиты жизни, здоровья, чести и достоинства Страхователя/Застрахованного лица или третьих лиц;

г) сообщения Страхователем/Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем Страховщику заведомо ложных сведений;

д) нахождения застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения в результате потребления алкоголя, его заменителей, наркотических веществ, токсических препаратов и веществ, а также лекарств за исключением принятия медицинских препаратов на основании предписания квалифицированного врача;

е) покушения на самоубийство (кроме случая, когда застрахованное лицо было вынуждено совершить суицид в результате противоправных действий третьих лиц, не являющихся Выгодоприобретателями по Полису), умышленного членовредительства, а также травм и заболеваний в результате покушения на самоубийство;

ж) неблагоприятных последствий диагностических, лечебных и профилактических мероприятий (включая инъекции лекарств), если они не были связаны с лечением последствий травмы;

з) совершения или попытки совершения застрахованным лицом (страхователем, выгодоприобретателем) хулиганских или иных противоправных действий, если компетентным органом будет доказано, что застрахованное лицо (страхователь, выгодоприобретатель) было инициатором обстоятельств, приведших к страховому случаю;

и) приступа эпилепсии и других причин конвульсий тела в результате психических реакций, независимо от причин, вызвавших их;

к) обострения или приступа при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, диабета, неврологических заболеваний, имевшихся у Застрахованного лица на момент заключения Договора страхования; л) инфаркта (инфаркт ни в коем случае не рассматривается как последствие несчастного случая); м) электромагнитного и (или) ионизирующего излучения;

н) брюшных грыж, повреждения связок, межпозвоночных дисков, а также внутренних кровотечений и кровоизлияния в мозг (страховое покрытие сохраняется, если основной причиной, вызвавшей подобные нарушения здоровья, является несчастный случай, который попадает под действие Полиса);

о) использования в качестве допинга, лечения, профилактики и любого другого употребления запрещенных отечественными и международными спортивными организациями препаратов, лекарств и иных веществ.

4.2. В соответствии с условиями настоящей Оферты, не покрываются расходы, связанные с: а) нахождением в стационаре в связи с госпитализацией и любым амбулаторным лечением; б) дополнительным медицинским обслуживанием для восстановления трудоспособности после проведенного лечения;

в) потерей дохода в результате неучастия из-за травмы в спортивных мероприятиях, а также выплачиваемыми, в связи с этим неустойками, штрафами и т.п.;

г) ответственностью перед третьими лицами в связи с нанесением им травмы во время спортивного состязания.

4.3. Страховым случаем также не считается, и выплата по нему не производится, если Страхователь, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель):

- в установленные условиями страхования сроки не известил Страховщика о произошедшем несчастном случае; - не представил документы и сведения, необходимые для установления страхового случая, а также для

выяснения причинной связи этого случая с наступившим результатом или представил заведомо ложные доказательства; - страховой случай наступил вследствие умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя), направленных на наступление страхового случая.

4.4. Страховщик также освобождается от страховой выплаты в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

#### **РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ПОРЯДОК И ФОРМА ЕЕ УПЛАТЫ**

5.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон Договора (полиса) страхования.

5.2. Страховая сумма является совокупным предельным размером страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим за период действия Договора (полиса) страхования.

5.3. Размер страховой премии (страхового взноса) по конкретному Договору (полису) страхования вычисляется на основании страховых тарифов и/или Программ страхования, утвержденных локальными актами Страховщика с учетом вида спорта (группой риска) и его травмоопасности, характера страхового риска и других условий страхования.

5.4. Страховая премия оплачивается Страхователем одновременно путем перечисления или перевода денежных средств на расчетный счет Страховщика с помощью операторов платежных систем.

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

6.1. Договор (полис) страхования заключается сроком на 1 год.

6.2. Обязательства Страховщика по страховой выплате, при условии своевременной оплаты Страхователем страховой премии или первого ее взноса (при уплате в рассрочку) в полном объеме, вступают в силу с 00:00 часов дня следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика и действуют до 23 часа 59 минут дня, указанного в Полисе как день окончания Периода страхования.

Страховщик не несет ответственности за случаи, произошедшие с Застрахованным лицом до вступления Полиса в силу.

#### **РАЗДЕЛ 7. РАСТОРЖЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

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

7.2. Договор (полис) страхования прекращается в случаях:

- а) неуплаты Страхователем страховой премии в установленном Договором страхования порядке и сроки; б) истечения периода страхования;
- в) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем/Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем по Договору (полису) в полном объеме;
- г) отказ Страхователя от Договора (полиса) страхования;
- д) прекращения предпринимательской деятельности Сторон/стороны в порядке, установленном законодательством;
- е) расторжения Договора (полиса) страхования по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
- ж) если после вступления Договора (полиса) страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- з) принятия судом решения о признании Договора (полиса) страхования недействительным;
- и) в иных, случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

7.3. Взаиморасчеты сторон при прекращении Договора (полиса) страхования производятся в следующем порядке:

- в случае досрочного расторжения Договора (полиса) страхования по основанию, предусмотренному п.п. 7.2. е) Оферты, Страховщик производит возврат страховой премии пропорционально не истекшему периоду страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере не более 25% (Двадцати пяти процентов) от суммы уплаченной страховой премии. При этом, если по Страховому полису ранее выплачено или подлежит выплате страховое возмещение, то уплаченная страховая премия возврату не подлежит;

- в случае прекращения Договора (полиса) страхования по основаниям, предусмотренным п.п. 7.2. б), в), г) страховая премия возврату не подлежит;

- в случае досрочного прекращения Договора (полиса) страхования по основанию, предусмотренному п.п. 7.2. ж) Оферты, взаиморасчеты сторон производятся по письменному требованию Страхователя согласно действующему законодательству Республики Узбекистан при предоставлении Страхователем документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

#### **РАЗДЕЛ 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.1. Страхователь имеет право:

- а) получать консультации Страховщика по вопросам страхования;
- б) заменить Застрахованное лицо с его согласия;
- в) заменить Выгодоприобретателя, другим лицом, с согласия Застрахованного лица, письменно уведомив об этом Страховщика.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требования о страховой выплате. г) совершать другие действия, предусмотренные настоящей Офертой, Правилами, Договором (полисом) страхования и законодательством Республики Узбекистан.

8.2. Страхователь обязан:

а) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях (в том числе изменение вида спорта, переход с любительской формы занятия спортом на профессиональную) в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени риска наступления страхового случая;

б) уплачивать страховую премию в срок, предусмотренный Договором (полисом) страхования; в) ознакомить Застрахованное лицо и Выгодоприобретателя с их правами и обязанностями по настоящей Офертой и Правилами страхования;

г) при наступлении страхового случая любым доступным способом в установленные сроки сообщить о случившемся Страховщику;

Указанная обязанность Страхователя распространяется на Застрахованное лицо, если Договор страхования заключен в его пользу и страховым случаем является временная или постоянная (или частичная) утрата трудоспособности, либо на Выгодоприобретателя или наследников Застрахованного лица, если наступила смерть Застрахованного лица.

д) предоставить Страховщику справку от медицинских учреждений Республики Узбекистан о состоянии здоровья застрахованного лица с указанием степени тяжести повреждений для рассмотрения страхового события и признании его страховым случаем;

8.3. Застрахованное лицо имеет право:

а) назначать или заменять Выгодоприобретателя по своему усмотрению;

б) в случае ликвидации Страхователя – юридического лица, либо смерти Страхователя – физического лица, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком выполнять обязанности Страхователя; в) ознакомиться с условиями настоящей Оферты и Правилами страхования;

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

8.4. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые могут привести к неблагоприятным последствиям для его жизни, здоровья и трудоспособности;

б) при наступлении страхового случая обратиться в медицинское учреждение для объективной оценки ущерба (вреда), причиненного здоровью, и получить медицинский документ, удостоверяющий факт страхового случая; в) предоставить все необходимые, а также иные документы, затребованные Страховщиком по происшедшему страховому событию.

8.5. Страховщик имеет право:

а) требовать от Застрахованного лица/Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Оферте и Правилами страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель;

в) потребовать признания Договора (полиса) страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан, в случае установления после заключения Договора, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали;

г) отсрочить решение об осуществлении страховой выплаты в случае возбуждения по факту наступления события уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами; д) отказать в страховой выплате, если:

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

- Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) не сообщил в установленный настоящей Офертой срок о наступлении страхового события;
- Страхователь (Застрахованное лицо) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможный вред жизни и здоровью Застрахованного лица;
- Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) не предоставил документов и сведений, необходимых для установления причин, характера произошедшего события;
- произошедшее событие подпадает под исключения, указанные в настоящей Оферте;
- е) совершать другие действия, предусмотренные настоящей Офертой, Правилами, Договором (полисом) страхования и законодательством Республики Узбекистан.

8.6. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- б) консультировать Страхователя по вопросам страхования;
- в) соблюдать конфиденциальность информации, полученной от Страхователя в период действия Договора (полиса) страхования, за исключением случаев, когда Страховщик обязан предоставить информацию в государственные органы в соответствии с законодательством Республики Узбекистан;
- г) после получения всех необходимых документов и признания факта наступления страхового случая произвести страховую выплату в порядке и в сроки, установленные Офертой и Правилами страхования. Указанный срок может быть увеличен в случае необходимости проверки представленных документов или получения дополнительной информации из компетентных органов, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя.

## РАЗДЕЛ 9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕТЕНЗИИ

9.1. При наступлении события, которое в рамках Договора (полиса) страхования могло бы обосновать требование к Страховщику произвести страховую выплату, Страхователь/Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель обязан: - устно уведомить Страховщика или его представителя о происшествии по телефону и/или любым доступным способом, но не позднее, чем через 72 часов с того момента, как только это стало ему известно; - в течение 30 (тридцати) календарных дней после наступления события, направить Страховщику письменное заявление с указанием причин и обстоятельств несчастного случая, или, если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то в течение 10 рабочих дней, следующих за днем его выписки из стационара на работу.

9.2. К письменному заявлению о наступлении страхового случая Страхователь/Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель должен приложить следующие документы:

9.2.1. При травматическом повреждении Застрахованного лица в результате несчастного случая:

- а) копию Полиса при выдаче в бумажной форме;
- б) копию документа, удостоверяющего личность;
- в) документ, удостоверяющий факт несчастного случая, содержащий информацию об обстоятельствах и месте происшествия (медицинскую справку либо выписку из медицинской карты или истории болезни Застрахованного лица, заключение судебно-медицинской экспертизы и/или другие документы).

9.2.2. При временной утрате трудоспособности Застрахованного лица в результате несчастного случая:

- а) копию Полиса при выдаче в бумажной форме;
- б) копию документа, удостоверяющего личность;
- в) документ, удостоверяющий факт несчастного случая, содержащий информацию об обстоятельствах и месте происшествия (медицинскую справку либо выписку из медицинской карты или истории болезни Застрахованного лица, Заключение судебно-медицинской экспертизы, заключение ВКК и/или другие документы);

г) копию листка нетрудоспособности;

9.2.3. При постоянной полной (или частичной) утрате Застрахованным лицом трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая:

- а) оригинал Полиса при выдаче в бумажной форме;
- б) копию документа, удостоверяющего личность;
- в) документ, удостоверяющий факт несчастного случая, содержащий информацию об обстоятельствах и месте происшествия (медицинскую справку либо выписку из медицинской карты или истории болезни Застрахованного лица, заключение судебно-медицинской экспертизы, заключение ВКК и/или другие документы);
- г) копию справки ВТЭК.

9.2.4. При наступлении смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая в случае назначения Договором (полисом) страхования Выгодоприобретателя:

- а) оригинал Полиса при выдаче в бумажной форме;
- б) копию документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя;
- в) документ, удостоверяющий факт несчастного случая, содержащий информацию об обстоятельствах и месте происшествия (медицинскую справку либо выписку из медицинской карты или истории болезни

Застрахованного лица, заключение судебно-медицинской экспертизы и/или другие документы);

г) копию свидетельства о смерти.

9.2.5. При наступлении смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая в случае отсутствия в Договоре (полисе) страхования Выгодоприобретателя:

а) оригинал Полиса при выдаче в бумажной форме;

б) копию документа, удостоверяющего личность наследника;

в) свидетельство о праве на наследство, выданное в соответствии с действующим законодательством;

г) документ, удостоверяющий факт несчастного случая, содержащий информацию об обстоятельствах и месте происшествия (медицинскую справку либо выписку из медицинской карты или истории болезни Застрахованного лица);

д) копию свидетельства о смерти.

9.3. Все документы, выданные медицинскими учреждениями, должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью данного медицинского учреждения.

9.4. При необходимости, в целях выяснения обстоятельств случая, Страховщик имеет право затребовать другие документы, касающиеся к событию.

9.5. Страховщик вправе принять решение о признании или непризнании страхового случая без требования представления полного перечня документов, указанных в п.9.2. настоящей Оферты.

9.6. После изучения всех обстоятельств, относящихся к данному событию, Страховщиком принимается решение о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем.

## **РАЗДЕЛ 10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА (ВРЕДА) И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ (ОБЕСПЕЧЕНИЯ)**

10.1. При наступлении в период действия Договора (полиса) страхового случая, Страховщик производит страховую выплату/обеспечение в пределах определенной Договором (полисом) страховой суммы (лимита ответственности):

10.2. Расчет размера страховой выплаты в связи с наступлением страхового случая по риску «Травматическое повреждение Застрахованного лица в результате несчастного случая» производится в процентах от персональной страховой суммы данного Застрахованного лица в соответствии с «Таблицей выплат по возмещению АО СТ «MY-INSURANCE» вреда, причиненного жизни и здоровью страхователей (застрахованных лиц)» (далее по тексту «Таблица выплат»), действующей на момент заключения Договора страхования или выдачи электронного Полиса.

С «Таблицей выплат» можно ознакомиться на сайте Страховщика - <https://myinsurance.uz/>. При получении нескольких травматических (телесных) повреждений, классифицируемых различными медицинскими диагнозами в рамках одного несчастного случая, размер страховой выплаты определяется как сумма выплат по каждому травматическому повреждению, но не может превышать персональной страховой суммы данного Застрахованного лица.

При получении травматического повреждения, классифицируемого медицинским диагнозом, который не включен в «Таблицу выплат», выплата производится на основании заключения доверенного врача-эксперта Страховщика в пределах максимального размера выплаты, соответствующей по степени тяжести травматическому повреждению, указанному в соответствующем Разделе «Таблицы выплат».

10.3. При наступлении страхового случая по риску «Временная утрата трудоспособности Застрахованного лица в результате несчастного случая» повлекшего за собой временную утрату общей трудоспособности, Страховщик выплачивает Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю страховую выплату в размере, установленном в Договоре или Программе страхования за каждый день нетрудоспособности в соответствии с листком нетрудоспособности, начиная с 7-го дня, при чем оплате подлежит такое количество дней, которое по мнению доверенного врача-эксперта Страховщика, является разумным и необходимым для данного состояния, но в любом случае не более чем за 90 календарных дней по одному страховому случаю.

Страховая выплата за каждый день по временной нетрудоспособности не выплачивается: - если временная нетрудоспособность составляет 7 (семь) или менее рабочих дней;

- если Застрахованному лицу причитается страховая выплата по полной (или частичной) утрате трудоспособности (инвалидности) Застрахованного лица.

10.4. При наступлении страхового случая по риску «Постоянная полная (или частичная) утрата Застрахованным лицом трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая» повлекшего за собой стойкое повреждение здоровья (инвалидности) Застрахованного лица, Страховщик выплачивает Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю страховую выплату, за вычетом всех ранее произведенных страховых выплат по данному страховому случаю, в следующих размерах:

а) инвалидность II группы – 75% от персональной страховой суммы (лимита ответственности) на дату выплаты; б) инвалидность I группы – 100% от персональной страховой суммы (лимита ответственности) на дату выплаты.

10.5. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая по риску «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» производится в размере 100% персональной страховой суммы (лимита ответственности), установленной для данного Застрахованного лица за вычетом ранее произведенных страховых выплат в отношении данного Застрахованного лица. Страховая выплата производится Выгодоприобретателю (наследникам).

Если Выгодоприобретатель или наследник признан судом виновным в смерти Застрахованного лица, страховая выплата производится другому Выгодоприобретателю или наследнику.

Если Выгодоприобретатель после наступления страхового случая с Застрахованным лицом умер, не успев получить страховую выплату по Договору (полису) страхования, то выплата осуществляется наследникам Выгодоприобретателя.

10.6. Общая сумма страховых выплат, осуществленных Страховщиком по одному или нескольким страховым случаям, произошедшим с одним и тем же Застрахованным лицом в течение Периода страхования не может превышать его персональной страховой суммы.

10.7. Страховая выплата производится путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет, указанный Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в течение 15 (пятнадцати) дней после установления факта наступления страхового случая, его причины и обстоятельства, определения размера страховой выплаты и составления акта о страховом случае.

10.8. Решение Страховщика об отказе в страховой выплате должно быть сообщено не позднее, чем в течение 15 (пятнадцати) дней после обращения Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя за страховой выплатой и должно содержать мотивированное обоснование причин отказа.

## РАЗДЕЛ 11. СУБРОГАЦИЯ

11.1. К Страховщику, выплатившему страховое обеспечение, переходит в пределах выплаченной им суммы право требования, которое Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) или иное лицо, получившее страховое обеспечение, имеют к лицу, ответственному за причиненный ущерб (вред).

11.2. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан передать Страховщику все документы и предпринять все действия, необходимые для осуществления права требования к виновным лицам. В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) от передачи права требования или если осуществление последнего окажется невозможным по вине Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), Страховщик вправе отказать в выплате страхового обеспечения.

11.3. Если Страхователь (Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель) получили от третьих лиц возмещение за причиненный ущерб (вред), то Страховщик выплачивает только разницу между суммой, подлежащей выплате по условиям Договора (полиса), и суммой, полученной от третьих лиц.

## РАЗДЕЛ 12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. Прочие условия электронного Договора (полиса) страхования от несчастных случаев по страховому продукту «СПОРТСМЕН» определены Правилами страхования от несчастных случаев по страховому продукту «СПОРТСМЕН».

12.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан. 12.3. Стороны освобождаются от ответственности в случае, если неисполнение ими своих обязательств по настоящей Оферте было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажор). Сторона, подвергшаяся действию обстоятельств непреодолимой силы, обязана немедленно уведомить другую сторону о возникновении и возможной продолжительности действия указанных обстоятельств.

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

12.5. В случае если Стороны не придут к соглашению мирным путем посредством переговоров, все споры, разногласия, требования или претензии, которые могут возникнуть или возникли из Договора (полиса) страхования или в связи с ним, в том числе касающиеся его заключения, изменения, исполнения, нарушения, расторжения, прекращения, недействительности, незаключенности (полностью и/или части), подлежат разрешению в суде по месту государственной регистрации Страховщика или в Третейском суде при Торгово-промышленной палате Республики Узбекистан г. Ташкента (далее – «Третейский суд») в составе одного судьи (единолично) в соответствии с Регламентом о Третейском суде, Положением о Третейском суде и Положением о сборах, расходах и издержках сторон в Третейском суде. Право выбора обращения с иском в суд или Третейский суд остается за Страховщиком.

12.6. В соответствии с Законом Республики Узбекистан «Об электронном документообороте», Стороны соглашаются и признают юридическую силу всех документов, составленных в электронной форме в рамках настоящей Оферты (электронный Договор (полис), счет-фактура, акты, справки, документы и т.п.), приравнивая их

к документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью и проставленным печатью соответствующей Стороны, в случае если эти электронные документы были обработаны и отправлены одним из операторов системы оборота электронного счета-фактуры (информационный посредник, получивший разрешение на занятие этой деятельностью) согласно данным Государственного налогового комитета.

12.7. Официальный Сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в т.ч. для отправки заявления о заключении Договора страхования, заключения, изменения, досрочного прекращения, уведомления о наступлении страхового случая, заявления о выплате страхового возмещения, направления информации о стадии и результатах рассмотрения, включая сведения об осуществлении страховой выплаты. При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, необходимо сообщить о происшедшем по телефону, указанному в Полисе либо обратиться в ближайший офис (филиал) АО СТ «MY-INSURANCE».

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](mailto:info@myinsurance.uz)

## OMMAVIY OFERTA

### “SPORTCHI” SUG'URTA MAHSULOTI BO'YICHA BAXTSIZ HODISALARDAN SUG'URTALASH OMMAVIY OFERTA

Ushbu Ommaviy oferta (keyingi o'rinlarda – “Oferta”) – Aksiyadorlik jamiyati “MY-INSURANCE” sug'urta kompaniyasi tomonidan belgilangan shartlar asosida “SPORTChI” sug'urta mahsuloti bo'yicha baxtsiz hodisalardan sug'urtalash shartnomasini tuzish bo'yicha noma'lum doiradagi jismoniy va yuridik shaxslarga qaratilgan taklif hisoblanadi. Mazkur Oferta sug'urtalovchining rasmiy veb-sayti yoki internet-servislarini (mobil ilova, avtomatlashtirilgan axborot tizimi) orqali amalga oshiriladi.

Ushbu Oferta “SPORTChI” sug'urta mahsuloti bo'yicha baxtsiz hodisalardan sug'urtalash Qoidalari (keyingi o'rinlarda – “Sug'urta qoidalari”) asosida tartibga solinadi va Shartnoma (sug'urta polisi) rasmiylashtirilgan sanada amalda bo'lgan tahrirda kuchga ega bo'ladi. Sug'urta qoidalari va mazkur Oferta Sug'urtalovchining rasmiy <https://myinsurance.uz/> saytida hamda uning internet-servislarida mavjud.

Sug'urta shartnomasining tomonlari quyidagilar hisoblanadi: Sug'urtalovchi, Sug'urtalanuvchi, Sug'urtalangan shaxs va Foyda oluvchi.

Ushbu Oferta shartlarini qabul qilish va sug'urta mukofotini to'lash Ofertaning shartlarini qabul qilish (aksept) va Sug'urtalanuvchi tomonidan “SPORTChI” sug'urta mahsuloti bo'yicha baxtsiz hodisalardan sug'urtalash shartnomasini tuzishga rozilik berish sifatida talqin etiladi.

Sug'urta mukofoti to'langani tasdiqlangach, Sug'urtalanuvchiga elektron sug'urta polisi yuboriladi va Sug'urta shartnomasi tuzilgan hisoblanadi.

Sug'urtalanuvchi elektron sug'urta polisini olganidan so'ng, polisda ko'rsatilgan barcha Sug'urtalangan shaxslarni Oferta shartlari bilan tanishtirishga majburdir. Ushbu majburiyatning buzilishi (bajarilmasligi) Sug'urtalangan shaxslarni Oferta bilan belgilangan majburiyatlarni bajarishdan ozod qilmaydi va ularning shartlardan bexabarligi yoki rozi emasligi sug'urtalovchiga nisbatan hech qanday da'vo qilish uchun asos bo'la olmaydi.

O'zbekiston Respublikasi Fuqarolik kodeksining 370-moddasiga muvofiq, ushbu Oferta shartlarini so'zsiz qabul qilish (aksept) orqali Sug'urtalanuvchi:

- Oferta shartlariga, shu jumladan sug'urta shartlariga roziligini bildiradi;
- Sug'urtalangan shaxs(lar) va Foyda oluvchi(lar) tomonidan sug'urta polisi shakllantirish uchun taqdim etilgan shaxsiy ma'lumotlarni qayta ishlashga (sistemalashtirish, saqlash, foydalanish, taqdim etish, tarqatish, avtomatlashtirilgan yoki avtomatlashtirilmagan usulda uzatish) 5 yil davomida sug'urta faoliyatini amalga oshirish maqsadida, shuningdek, sug'urta shartlaridan kelib chiqadigan majburiyatlarni bajarish hamda ichki hujjat aylanishini ta'minlash uchun uchinchi shaxslarga uzatishga roziligini bildiradi va bu rozilikni tasdiqlaydi;
- Sug'urta polisi rasmiylashtirilgan vaqtda Sug'urtalangan shaxs(lar):
  - I yoki II guruh nogironi emasligini yoki mehnatga layoqatlilik ekspert komissiyasiga yo'llanma olgan shaxs emasligini (paralimpiya sporti ishtirokchilaridan tashqari);
  - ruhiy (asabiy) kasalliklar yoki buzilishlar bilan og'rimayotganligini;
  - OITS yoki OIV (odamning immun tanqisligi virusi) bilan kasallanmaganligini;
  - tergov ostida emasligini yoki ozodlikdan mahrum etish jazosiga hukm etilmaganligini tasdiqlaydi.

Sug'urta mukofoti to'liq to'lanmagan taqdirda yoki Sug'urtalovchi akseptni olgan vaqtgacha yoki u bilan bir vaqtda akseptdan voz kechish to'g'risidagi xabarni olsa, aksept qabul qilinmagan hisoblanadi. “Shartnoma” va “Sug'urta polisi” atamalari mazkur elektron hujjat doirasida bir xil ma'noga ega.

**“SPORTCHI” SUG'URTA MAHSULOTI BO'YICHA  
OMMAVIY OFERTA ASOSIDA TUZILADIGAN BAXTSIZ HODISALARDAN SUG'URTA SHARTNOMASI (POLISI)  
MUHIM SHARTLARI**

**1-BOB. ATAMALAR VA ULARNING TA'RIFLARI**

1.1. Ushbu Oferatada ishlatilgan asosiy atamalar:

**Sug'urtalovchi** – O'zbekiston Respublikasi qonunchiligiga muvofiq sug'urta faoliyatini amalga oshiruvchi “MY-INSURANCE” Aksiyadorlik Jamiyati Sug'urta Kompaniyasi.

**Sug'urtalanuvchi** – O'zbekiston Respublikasi rezidenti yoki norezidenti bo'lgan yuridik yoki muomala layoqatiga ega jismoniy shaxs bo'lib, Sug'urtalovchi bilan shartnoma munosabatlariga kiradi va sug'urta mukofotini Shartnomada belgilangan tartibda va shartlarda to'laydi. Sug'urtalanuvchi sug'urta shartnomasini uchinchi shaxslar – sug'urta qilingan shaxslar foydasiga yoki o'zi foydasiga tuzish huquqiga ega, bunda Sug'urtalanuvchi sug'urta qilingan shaxs sifatida ishtirok etadi.

**Sug'urta qilingan shaxs** – sug'urta shartnomasida (polisda) ko'rsatilgan, fuqarolik layoqatiga to'liq ega bo'lgan jismoniy shaxs bo'lib, uning hayoti, sog'ligi va mehnatga layoqati bilan bog'liq mulkiy manfaatlarini sug'urta obyekti hisoblanadi va uning foydasiga sug'urta shartnomasi tuziladi.

**Sport turi** – sportning alohida sohasi bo'lib, o'ziga xos xususiyatlar, musobaqa qoidalari, shug'ullanish muhiti, sport anjomlari va jihozlari bilan ajralib turadi.

**Professional sportchilar** – O'zbekiston Respublikasi qonunchiligiga muvofiq tanlangan sport turi bilan professional asosda shug'ullanadigan shaxslar.

**Havaskor sportchilar** – sport formasi va jismoniy rivojlanishni saqlash maqsadida muntazam ravishda sport yoki jismoniy mashqlar bilan shug'ullanuvchi, ixtiyoriy ravishda sport musobaqalarida qatnashuvchi yoki O'zbekistonda belgilangan sport klassifikatsiyasiga muvofiq razryad talablarini bajargan shaxslar.

**Foyda oluvchi (benefitsiariy)** – sug'urta qilingan shaxsning yozma roziligi bilan sug'urta to'lovini olish uchun tayinlangan jismoniy shaxs. Agar sug'urta qilingan shaxs vafot etsa va shartnomada foyda oluvchi tayinlanmagan bo'lsa, sug'urta to'lovini merosxo'rlar oladi.

**Ariza-anketa** – Sug'urtalovchining rasmiy veb-sayti yoki internet xizmatida mavjud bo'lgan yozma yoki onlayn ariza shakli bo'lib, unda Sug'urtalanuvchi o'z va sug'urta qilingan shaxs(lar) haqida zaruriy ma'lumotlarni real vaqt rejimida kiritadi. Elektron shaklda to'ldirilgan ariza-anketa, to'g'ri to'ldirilgan taqdirda, yozma ariza bilan tenglashtiriladi.

**Sug'urta qoidalari** – Sug'urtalovchi tomonidan tasdiqlangan va sug'urta shartnomasi tuzilishiga asos bo'luvchi qoidalar bo'lib, ular bilan Sug'urtalovchining ofislarida, rasmiy veb-sayti <https://myinsurance.uz/da> yoki internet-servislar orqali yoki QR-kod orqali tanishish mumkin.

**“SPORTCHI” sug'urta mahsuloti bo'yicha baxtsiz hodisalardan sug'urta qilish shartnomasi (keyingi o'rinlarda “Sug'urta shartnomasi”)** – Sug'urtalanuvchi va Sug'urtalovchi o'rtasida yozma yoki elektron shaklda tuziladigan kelishuv bo'lib, unga muvofiq Sug'urtalovchi sug'urta hodisasi yuz bersa, sug'urta to'lovini amalga oshirish majburiyatini oladi, Sug'urtalanuvchi esa belgilangan miqdorda va muddatda sug'urta mukofotini to'lash majburiyatini oladi.

**Sug'urta polisi (keyingi o'rinlarda “Polis”)** – Sug'urtalanuvchi va Sug'urtalovchi o'rtasida ushbu Oferata shartlariga asosan sug'urta shartnomasi tuzilganini tasdiqlovchi elektron hujjat. Polis faqat unda ko'rsatilgan sug'urta davrida amal qiladi va sug'urta mukofoti o'z vaqtida to'langan taqdiridagina haqiqiy hisoblanadi.

**Sug'urta summasi** – Sug'urtalovchining sug'urta to'lovi majburiyatlarining eng yuqori miqdori.

**Vaqtinchalik franshiza** – vaqt birligida ifodalangan oraliq bo'lib, uning davomida Sug'urtalovchi sug'urta to'lovini to'lash majburiyatidan ozod qilinadi.

**Sug'urta mukofoti** – Sug'urtalovchi tomonidan Shartnomada belgilangan tartibda va muddatlarda Sug'urtalovchiga to'lanishi lozim bo'lgan sug'urta to'lovi.

**Sug'urta hodisasi** – sug'urta hodisasi belgilari mavjud bo'lgan voqea.

**Sug'urta hodisasi** – ushbu Oferatada nazarda tutilgan, sodir bo'lgan voqea bo'lib, Sug'urtalovchining sug'urta to'lovini amalga oshirish majburiyatini keltirib chiqaradi.

**Sug'urta to'lovi (ta'minoti)** – Sug'urtalovchi tomonidan Sug'urtalanuvchiga/sug'urta qilingan shaxsga/foйда oluvchiga shartnoma (polis), Oferata va Sug'urta dasturida belgilangan tartibda va miqdorda to'lanadigan pul mablag'lari.

**Sug'urta davri** – polisda ko'rsatilgan, sug'urta to'lovi majburiyatlari amal qiladigan kunlar soni.

**Baxtsiz hodisa** – sug'urta qilingan shaxs irodasidan mustaqil ravishda sodir bo'lgan, to'satdan, qisqa muddatli, tashqi ta'sir natijasida inson organizmiga zarar yetkazuvchi hodisa. Bunday hodisalar jumlasiga: jarohatlar, kuyish, chaqmoq urishi, elektr toki ta'siri, zaharlanishlar, hayvon yoki odam hujumi, transport vositalari ishtirokidagi baxtsiz hodisalar va boshqalar kiradi.

**Baxtsiz hodisa hisoblanmaydi:**

- barcha kasalliklar, shu jumladan OITS, OIV, tanosil kasalliklari, kichik shikastlar (siyrak yengil jarohatlar) va organizm faoliyatini buzmaydigan yoki tashqi ko'rinishini buzmaydigan zarbalar;

• infarkt, insult, anevrizma, o'sma, a'zolar yetishmovchiligi va tug'ma nuqsonlar kabilar bilan kechuvchi keskin yoki surunkali kasalliklar.

**Jarohat** – sug'urta davrida sodir bo'lgan baxtsiz hodisa natijasida yuzaga kelgan va mehnatga vaqtincha yoki doimiy nogironlikka sabab bo'ladigan tana shikastlanishi.

**Vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik** – tibbiy ko'rsatmalarga ko'ra ishlash imkoniyati yo'qolgan, lekin davolanish jarayonida tiklanishi mumkin bo'lgan holat.

**Doimiy to'liq (yoki qisman) mehnatga layoqatsizlik (nogironlik)** – sug'urta hodisasi natijasida yuzaga kelgan va I yoki II guruh nogironligi tayinlanishiga sabab bo'lgan sog'liq buzilishi.

**Sug'urta hududi** – Sug'urta shartnomasi (polisi)da ko'rsatilgan geografik hudud, unda sug'urta amal qiladi.

1.2. Ushbu Oferatada ishlatilgan barcha atamalar ushbu bo'lim va Sug'urta qoidalarida berilgan ma'noga ega. Agar ba'zi atamalar ushbu Oferatada yoki qoidalarda ko'rsatilmagan bo'lsa, ularning ma'nosi O'zbekiston Respublikasining amaldagi me'yoriy-huquqiy hujjatlariga muvofiq aniqlanadi.

## 2-BOB. SUG'URTA OB'EKTI VA SUB'EKTLARI

2.1. Sug'urta ob'ekti sifatida O'zbekiston Respublikasi qonunchiligiga zid bo'lmagan, sug'urtalangan shaxsning hayoti yoki sog'lig'iga yetkazilgan zarar, shuningdek, baxtsiz hodisa natijasida uning vafoti bilan bog'liq mulkiy manfaatlar hisoblanadi.

2.2. Sug'urta munosabatlarining sub'ektlari quyidagilardan iborat: Sug'urtalovchi, Sug'urtalanuvchi, Sug'urtalangan shaxs va Foyda oluvchi.

## 3-BOB. SUG'URTA TAVAKKALCHILIKLARI. SUG'URTA HODISALARI

3.1. Sug'urta tavakkalchiligi – bu Sug'urtalangan shaxsning hayoti, sog'lig'i va mehnatga layoqatligi bilan bog'liq, sodir bo'lishi ehtimol bo'lgan hodisadir.

3.2. Ushbu sug'urtalash shartlariga binoan, tanlangan sport turlari bo'yicha quyidagi tavakkalchiliklar yuzasidan sug'urta ta'minoti amalga oshiriladi:

- Sug'urtalangan shaxsning baxtsiz hodisa natijasida olgan jarohatlari;
- Baxtsiz hodisa natijasida vaqtincha mehnatga layoqatsizlik;
- Baxtsiz hodisa sodir bo'lgan kundan boshlab 1 yil ichida yuzaga kelgan doimiy to'liq yoki qisman mehnatga layoqatsizlik (nogironlik);

- Baxtsiz hodisa sodir bo'lgan kundan boshlab 1 yil ichida yuz bergan sug'urtalangan shaxsning vafoti.

Sug'urta shartnomasida (polisida) yuqoridagi tavakkalchiliklarning barchasi yoki ayrimlari aks ettirilishi mumkin.

3.3. Sug'urta hodisasi – bu 3.2-bandda ko'rsatilgan sug'urta tavakkalchiligi yuz bergan vaqtda sodir bo'lgan hodisa bo'lib, bu Sug'urtalangan shaxs bilan sodir bo'lgan rasmiy sport tadbirlarida (musobaqalarda) yoki muntazam sport bilan shug'ullanishga doir faoliyat (mashg'ulotlar, ko'rgazmali chiqishlar, yig'inlar va hokazo) jarayonida yuz berib, qonunda belgilangan tartibda vakolatli organlar tomonidan tasdiqlangan bo'lishi kerak. Ushbu holatda Sug'urtalovchining sug'urta to'lovini amalga oshirish majburiyati yuzaga keladi.

## 4-BOB. UMUMIY ISTISNOLAR

4.1. Quyidagi holatlar sug'urta hodisasi deb hisoblanmaydi va ular bevosita yoki bilvosita quyidagilardan kelib chiqqan bo'lishi mumkin:

a) Sug'urtalangan shaxsning harbiy harakatlarda yoki harbiy tadbirlarda ishtirok etishi, xalq g'alayonlari, ish tashlashlar, harbiy to'ntarishlar, noqonuniy hokimiyat egallash, siyosiy guruhlar nomidan harakat qiluvchi shaxslar ishtirokidagi harakatlar;

b) Yadro portlashi, radiatsiya yoki radioaktiv ifloslanish;

v) Sug'urtalovchi/Sug'urtalangan shaxsning sug'urta hodisasining yuzaga kelishiga qaratilgan qasddan yoki noqonuniy harakatlari yoki harakatsizligi, shuningdek, tortishuvlar va jinoyatlarda ishtiroki (fuqarolik burchini bajarayotgan holatlar bundan mustasno);

g) Ataylab yolg'on ma'lumot berilishi;

d) Spirtli ichimlik, narkotik yoki toksik moddalardan zaharlanish holati (agar shifokor tomonidan belgilangan dori bo'lmasa);

e) Suicidga urinish (agar bu harakat uchinchi shaxslarning noqonuniy harakatlari natijasi bo'lmasa), ataylab o'ziga shikast yetkazish;

j) Diagnostika, davolash yoki profilaktik tadbirlar oqibatidagi salbiy holatlar (agar ular shikastlanishni davolash bilan bog'liq bo'lmasa);

z) Sug'urtalangan shaxs tomonidan sodir etilgan (yoki urinish qilingan) xuliganlik yoki boshqa noqonuniy harakatlar;

i) Epileptik xurujlar va psixik reaksiyalar tufayli yuzaga kelgan tirishishlar;

k) Yurak-qon tomir kasalliklari, diabet, nevrologik kasalliklar bilan bog'liq xurujlar;

l) Infarkt (hech qanday holatda baxtsiz hodisa oqibati sifatida qaralmaydi);

m) Elektromagnit yoki ionlashtiruvchi nurlanish;

n) Qorin churrasi, bog'lamlar shikastlanishi, orqa miya disklari shikastlanishi, ichki qon ketishlar (agar bu holatlar baxtsiz hodisa natijasida yuz bermagan bo'lsa);

o) Doping, davolash, profilaktika yoki boshqa maqsadda xalqaro yoki mahalliy sport tashkilotlari tomonidan taqiqlangan moddalar qo'llanilishi.

4.2. Ushbu Ofertega ko'ra quyidagi xarajatlar ham sug'urta qoplamasiga kirmaydi:

a) Statsionarda yotish va ambulator davolanish xarajatlari;

b) Mehnatga layoqatni tiklash uchun qo'shimcha tibbiy xizmatlar; v) Jarohat tufayli sport musobaqalarida qatnashmaslikdan ko'rilgan daromad yo'qotishlari, jazolar, jarimalar; g) Sport musobaqasi vaqtida uchinchi shaxslarga yetkazilgan shikastlar uchun javobgarlik.

4.3. Quyidagi hollarda sug'urta hodisasi deb hisoblanmaydi va to'lov amalga oshirilmaydi:

• Sug'urtalangan shaxs yoki Foyda oluvchi hodisa yuzasidan belgilangan muddatda Sug'urtalovchini xabardor qilmagan bo'lsa;

• Sug'urta hodisasini tasdiqlovchi hujjatlarni taqdim etmagan yoki ataylab yolg'on ma'lumot bergan bo'lsa;

• Sug'urta hodisasi qasddan sodir etilgan bo'lsa.

4.4. Sug'urtalovchi O'zbekiston Respublikasi qonunchiligida ko'zda tutilgan boshqa hollarda ham sug'urta to'lovidan ozod etiladi.

## **5-BOB. SUG'URTA SUMMASI, SUG'URTA BADALI, UNI TO'LASH TARTIBI VA SHAKLI**

5.1. Sug'urta summasi Sug'urta shartnomasi (polisi) tomonlarining kelishuvi asosida belgilanadi.

5.2. Sug'urta summasi – bu sug'urta shartnomasi (polisi) amal qiladigan davr mobaynida sodir bo'lgan barcha sug'urta hodisalari bo'yicha amalga oshiriladigan sug'urta to'lovlarining umumiy maksimal miqdoridir.

5.3. Muayyan Sug'urta shartnomasi (polisi) bo'yicha sug'urta badali (sug'urta to'lovi) miqdori Sug'urtalovchining mahalliy normativ hujjatlarida tasdiqlangan sug'urta tariflari va/yoki Sug'urtalash dasturlari asosida, sport turi (xavf guruhi), uning jarohatlilik darajasi, sug'urta tavakkalchiligi xususiyati va boshqa sug'urta shartlari inobatga olingan holda hisoblab chiqiladi.

5.4. Sug'urta badali Sug'urtalovchining hisob raqamiga to'lov tizimi operatorlari orqali pul mablag'larini o'tkazish yo'li bilan Sug'urtalanuvchi tomonidan bir martalik tarzda to'lanadi.

## **6-BOB. SUG'URTA SHARTNOMASI (POLISI) KUCHGA KIRISHI VA AMAL QILISH MUDDATI**

6.1. Sug'urta shartnomasi (polisi) 1 yil muddatga tuziladi.

6.2. Sug'urta badali yoki uning birinchi to'lovi (bo'lib-bo'lib to'lashda) to'liq hajmda o'z vaqtida to'langan taqdirda, Sug'urtalovchining sug'urta to'lovini amalga oshirish majburiyati sug'urta badali (birinchi sug'urta to'lovi) Sug'urtalovchining hisob raqamiga kelib tushgan kundan keyingi kundan boshlab soat 00:00 dan kuchga kiradi va Polisiya sug'urta davrining tugash kuni sifatida ko'rsatilgan kundagi soat 23:59 ga qadar amal qiladi.

Sug'urtalovchi Sug'urtalangan shaxs bilan Polisa kuchga kirishidan oldin sodir bo'lgan hodisalar uchun javobgar emas.

## **7-BOB. SUG'URTA SHARTNOMASI (POLISI)NI BEKOR QILISH VA TUGATISH**

7.1. Sug'urta shartnomasi (polisi) taraflardan biri tomonidan yozma ariza orqali muddatidan oldin bekor qilinishi mumkin, agar bu haqda bekor qilish sanasidan kamida 30 (o'ttiz) kalendar kuni oldin xabar berilgan bo'lsa.

7.2. Sug'urta shartnomasi (polisi) quyidagi hollarda tugatiladi:

a) Sug'urtalanuvchi sug'urta badalini shartnomada belgilangan tartibda va muddatda to'lamagan bo'lsa;

b) Sug'urta davrining tugashi;

v) Sug'urtalovchi shartnoma (polisa) bo'yicha o'z majburiyatlarini to'liq bajargan bo'lsa;

g) Sug'urtalanuvchi sug'urta shartnomasidan (polisasidan) voz kechgan bo'lsa;

d) Qonunchilikka muvofiq taraflarning/xar tomonning tadbirkorlik faoliyati tugatilgan bo'lsa;

e) Sug'urtalanuvchi va Sug'urtalovchi o'rtasida o'zaro kelishuv asosida shartnoma (polisa) bekor qilingan bo'lsa;

j) Shartnoma (polisa) kuchga kirgandan so'ng, sug'urta hodisasi yuzaga kelish ehtimoli yo'qolgan va sug'urta tavakkalchiligi mavjud bo'lmagan boshqa holatlar yuzaga kelgan bo'lsa;

z) Sud tomonidan sug'urta shartnomasi (polisi) haqiqiy emas deb topilgan bo'lsa;

i) O'zbekiston Respublikasi qonunchiligida belgilangan boshqa holatlar.

7.3. Sug'urta shartnomasi (polisi) tugatilganda tomonlar o'rtasida hisob-kitoblar quyidagi tartibda amalga oshiriladi:

• Agar sug'urta shartnomasi (polisi) 7.2-e bandiga muvofiq muddatidan oldin bekor qilinsa, Sug'urtalovchi sug'urta davrining o'tmagan qismiga proporsional ravishda, sug'urta badalining 25% (yigirma besh foiz)dan oshmaydigan miqdorda ish yuritish xarajatlarini chegirandan so'ng, qolgan qismini Sug'urtalanuvchiga qaytaradi. Bunda, agar avval sug'urta to'lovi amalga oshirilgan yoki to'lov ko'zda tutilgan bo'lsa, sug'urta badali qaytarilmaydi;

• Agar sug'urta shartnomasi (polisi) 7.2-b), v), g) bandlariga muvofiq tugatilgan bo'lsa, sug'urta badali qaytarilmaydi;

• Agar sug'urta shartnomasi (polisi) 7.2-j bandiga muvofiq muddatidan oldin tugatilgan bo'lsa, Sug'urtalanuvchi tomonidan tegishli holatlarni tasdiqlovchi hujjatlar taqdim etilgach, yozma talab asosida, O'zbekiston Respublikasi amaldagi qonunchiligiga muvofiq hisob-kitoblar amalga oshiriladi.

## 8-BOB. TOMONLARNING HUQUQLARI VA MAJBURIYATLARI

8.1. Sug'urtalanuvchi quyidagi huquqlarga ega:

- a) sug'urtalash masalalari bo'yicha Sug'urtalovchidan maslahat olishga;
- b) Sug'urtalangan shaxsning roziligi bilan uni boshqa shaxsga almashtirishga;
- v) Sug'urtalangan shaxsning roziligi bilan foyda oluvchini boshqa shaxsga almashtirish va bu haqda Sug'urtalovchini yozma ravishda xabardor qilishga. Foyda oluvchi sug'urta shartnomasi bo'yicha biron bir majburiyatni bajarganidan yoki Sug'urtalovchiga sug'urta to'lovi bo'yicha talab qo'yganidan keyin boshqa shaxsga almashtirilishi mumkin emas.
- g) ushbu Oferda, Qoidalar, Sug'urta shartnomasi (polisi) va O'zbekiston Respublikasi qonunchiligida nazarda tutilgan boshqa harakatlarni amalga oshirishga.

8.2. Sug'urtalanuvchi quyidagilarga majbur:

- a) sug'urta shartnomasi tuzilganda taqdim etilgan ma'lumotlardagi muhim o'zgarishlar (shu jumladan, sport turining o'zgarishi, havaskor sportdan professional sportga o'tish) to'g'risida, agar bu o'zgarishlar sug'urta hodisasi xavfi oshishiga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lsa, zudlik bilan Sug'urtalovchini xabardor qilishga;
- b) sug'urta shartnomasi (polisi)da belgilangan muddatda sug'urta badalini to'lashga;
- v) Sug'urtalangan shaxs va Foyda oluvchini ushbu Oferda va Sug'urtalash Qoidalaridagi ularning huquqlari va majburiyatlari bilan tanishtirishga;
- g) sug'urta hodisasi yuz berganda, belgilangan muddatlarda har qanday mavjud vosita orqali bu haqida Sug'urtalovchini xabardor qilishga.

Agar sug'urta shartnomasi Sug'urtalangan shaxs foydasiga tuzilgan bo'lsa va sug'urta hodisasi vaqtincha yoki doimiy (yoki qisman) mehnatga layoqatsizlik bo'lsa, bu majburiyat Sug'urtalangan shaxsga, agar esa vafot etgan bo'lsa – Foyda oluvchiga yoki merosxo'rlariga yuklanadi.

d) Sug'urtalovchiga sug'urta hodisasini ko'rib chiqish va uni sug'urta hodisasi sifatida tan olish uchun tibbiyot muassasalari tomonidan berilgan, jarohat darajasini ko'rsatuvchi ma'lumotnomani taqdim etish.

8.3. Sug'urtalangan shaxs quyidagi huquqlarga ega:

- a) o'z xohishiga ko'ra foyda oluvchini tayinlash yoki almashtirishga;
- b) agar Sug'urtalanuvchi yuridik shaxs sifatida tugatilgan bo'lsa yoki jismoniy shaxs sifatida vafot etgan bo'lsa, shuningdek, Sug'urtalanuvchi va Sug'urtalovchi o'rtasida kelishuv asosida Sug'urtalanuvchining majburiyatlarini bajarishga;
- v) ushbu Oferda va Sug'urtalash Qoidalari bilan tanishishga;
- g) ushbu Oferda, Qoidalar, Shartnoma (polisi) va O'zbekiston Respublikasi qonunchiligida nazarda tutilgan boshqa harakatlarni amalga oshirishga.

8.4. Sug'urtalangan shaxs quyidagilarga majbur:

- a) belgilangan va umumqabul qilingan xavfsizlik qoidalari va normalariga rioya qilishga, hamda o'z hayoti, sog'lig'i va mehnatga layoqatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan harakatlardan tiyilishga;
- b) sug'urta hodisasi yuz berganda, sog'liq holatiga yetgan zarar (shikast)ni obyektiv baholash uchun tibbiyot muassasasiga murojaat qilish va sug'urta hodisasi yuz berganligini tasdiqlovchi tibbiy hujjat olishga;
- v) yuz bergan sug'urta hodisasi bo'yicha Sug'urtalovchi tomonidan talab qilingan barcha zarur va boshqa hujjatlarni taqdim etishga.

8.5. Sug'urtalovchi quyidagi huquqlarga ega:

a) Sug'urtalangan shaxsdan yoki Foyda oluvchidan ushbu Oferda va Sug'urtalash Qoidalarida, shu jumladan Sug'urtalanuvchiga yuklatilgan, biroq bajarilmagan majburiyatlarni bajarganligini talab qilishga. Bunda, avval bajarilishi lozim bo'lgan majburiyatlar bajarilmaganligi yoki o'z vaqtida bajarilmaganligi oqibatlar uchun xavf Sug'urtalangan shaxs/Foyda oluvchining zimmasida bo'ladi;

v) agar Sug'urtalanuvchi Sug'urtalovchiga ataylab yolg'on ma'lumot berganligi aniqlansa, Shartnomani (polisi) haqiqiy emas deb topilishini va O'zbekiston Respublikasi qonunchiligida belgilangan oqibatlarni qo'llashni talab qilishga. Agar Sug'urtalanuvchi yashirgan holatlar endilikda dolzarb bo'lmasa, Sug'urtalovchi Shartnomani haqiqiy emas deb topilishini talab qila olmaydi;

g) hodisa yuzasidan jinoyat ishi qo'zg'atilgan taqdirda, vakolatli organlar tegishli qaror qabul qilguniga qadar sug'urta to'lovini amalga oshirish to'g'risidagi qarorni kechiktirishga;

d) quyidagi hollarda sug'urta to'lovidan voz kechishga:

- agar Sug'urtalanuvchi (Sug'urtalangan shaxs, Foyda oluvchi) sug'urta xavfi darajasini yoki sug'urta hodisasi sabablarini aniqlashga ta'sir qiluvchi haqiqatga to'g'ri kelmaydigan yoki noto'g'ri ma'lumotlarni bergan bo'lsa;
- agar Sug'urtalanuvchi (Sug'urtalangan shaxs, Foyda oluvchi) ushbu Oferda belgilangan muddatda sug'urta hodisasi haqida xabar bermagan bo'lsa;
- agar Sug'urtalanuvchi (Sug'urtalangan shaxs) Sug'urtalangan shaxsning hayoti va sog'lig'iga mumkin bo'lgan zararlarni kamaytirish uchun mavjud va oqilona choralarni ataylab ko'rmagan bo'lsa;

- agar Sug'urtalanuvchi (Sug'urtalangan shaxs, Foyda oluvchi) yuz bergan hodisaning sabablarini, tabiatini aniqlash uchun zarur hujjat va ma'lumotlarni taqdim etmagan bo'lsa;

- agar sodir bo'lgan hodisa ushbu Oferdada ko'rsatilgan istisnolar tarkibiga kirsam; e) ushbu Oferda, Qoidalar, Shartnoma (polisi) va O'zbekiston Respublikasi qonunchiligida nazarda tutilgan boshqa harakatlarni amalga oshirishga.

8.6. Sug'urtalovchi quyidagilarga majbur:

a) Sug'urtalanuvchini Sug'urtalash Qoidalari bilan tanishtirishga;

b) Sug'urtalanuvchini sug'urta masalalari bo'yicha maslahat bilan ta'minlashga;

v) Sug'urta shartnomasi (polisi) amal qilish davrida Sug'urtalanuvchidan olingan ma'lumotlarning maxfiyligini saqlashga (O'zbekiston Respublikasi qonunchiligi asosida davlat organlariga axborot taqdim etilishi lozim bo'lgan holatlar bundan mustasno);

g) barcha zarur hujjatlar olinganidan va sug'urta hodisasi tan olinganidan keyin ushbu Oferda va Qoidalarga muvofiq tartibda va muddatda sug'urta to'lovini amalga oshirishga. Zarur hujjatlarni tekshirish yoki vakolatli organlardan qo'shimcha ma'lumot olish zarur bo'lgan hollarda, bu muddat uzaytirilishi mumkin, bu haqida Sug'urtalovchi Sug'urtalanuvchini yozma ravishda xabardor qiladi.

### 9-BOB. SUG'URTA DA'VOSINI KO'RIB CHIQISH TARTIBI

9.1. Sug'urta shartnomasi (polisi) doirasida sug'urta to'lovi bo'yicha Sug'urtalovchiga da'vo qilish asos bo'lishi mumkin bo'lgan hodisa yuz berganda, Sug'urtalanuvchi/Shikoyatchi/Foyda oluvchi quyidagilarni bajarishi shart:

- hodisa haqida og'zaki ravishda telefon orqali yoki boshqa mavjud usullar orqali, voqeadan xabardor bo'lganidan keyin 72 soatdan kechiktirmay Sug'urtalovchini yoki uning vakilini xabardor qilish;

- hodisa yuz berganidan keyin 30 (o'ttiz) kalendar kuni ichida, yoki agar Sug'urtalanuvchi statsionar davolanishda bo'lgan bo'lsa, ishga chiqish kuni hisoblangan kasalxonadan chiqqanidan keyingi 10 ish kuni davomida, hodisaning sabablari va holatlarini ko'rsatgan holda yozma ariza topshirish.

9.2. Sug'urta hodisasi yuzasidan yozma arizaga quyidagi hujjatlar ilova qilinadi:

9.2.1. Sug'urtalanuvchining baxtsiz hodisa tufayli olgan jarohatlari bo'yicha:

a) agar qog'oz shaklida berilgan bo'lsa, polis nusxasi;

b) shaxsni tasdiqlovchi hujjat nusxasi;

v) hodisaning holati va joyini ko'rsatuvchi hujjat (tibbiy ma'lumotnoma, tibbiy karta yoki kasallik tarixi bo'yicha ko'chirma, sud-tibbiy ekspertiza xulosasi va/yoki boshqa hujjatlar).

9.2.2. Sug'urtalanuvchining vaqtincha mehnatga layoqatsizligi bo'yicha:

a) agar qog'oz shaklida berilgan bo'lsa, polis nusxasi;

b) shaxsni tasdiqlovchi hujjat nusxasi;

v) hodisaning holati va joyini ko'rsatuvchi hujjat (tibbiy ma'lumotnoma, tibbiy karta yoki kasallik tarixi bo'yicha ko'chirma, sud-tibbiy ekspertiza xulosasi, VKK xulosasi va/yoki boshqa hujjatlar);

g) mehnatga layoqatsizlik varaqasi nusxasi.

9.2.3. Sug'urtalanuvchining baxtsiz hodisa tufayli doimiy to'liq (yoki qisman) mehnatga layoqatsizligi (nogironlik):

a) agar qog'oz shaklida berilgan bo'lsa, polisning asl nusxasi;

b) shaxsni tasdiqlovchi hujjat nusxasi;

v) hodisaning holati va joyini ko'rsatuvchi hujjat (tibbiy ma'lumotnoma, tibbiy karta yoki kasallik tarixi bo'yicha ko'chirma, sud-tibbiy ekspertiza xulosasi, VKK xulosasi va/yoki boshqa hujjatlar);

g) VTEK ma'lumotnomasining nusxasi.

9.2.4. Sug'urtalanuvchining baxtsiz hodisa tufayli vafoti holatida (agar foyda oluvchi tayinlangan bo'lsa):

a) agar qog'oz shaklida berilgan bo'lsa, polisning asl nusxasi;

b) Foyda oluvchining shaxsini tasdiqlovchi hujjat nusxasi;

v) hodisaning holati va joyini ko'rsatuvchi hujjat (tibbiy ma'lumotnoma, tibbiy karta yoki kasallik tarixi bo'yicha ko'chirma, sud-tibbiy ekspertiza xulosasi va/yoki boshqa hujjatlar);

g) o'lim haqida guvohnoma nusxasi.

9.2.5. Sug'urtalanuvchining baxtsiz hodisa tufayli vafoti holatida (agar foyda oluvchi belgilanmagan bo'lsa):

a) agar qog'oz shaklida berilgan bo'lsa, polisning asl nusxasi; b) merosxo'rning shaxsini tasdiqlovchi hujjat nusxasi;

v) amaldagi qonunchilikka muvofiq rasmiylashtirilgan merosga bo'lgan huquq to'g'risidagi guvohnoma;

g) hodisaning holati va joyini ko'rsatuvchi hujjat (tibbiy ma'lumotnoma yoki tibbiy kartadan ko'chirma);

d) o'lim haqida guvohnoma nusxasi.

9.3. Tibbiyot muassasalari tomonidan berilgan barcha hujjatlar vakolatli shaxsning imzosi va tibbiyot muassasasining muhriga ega bo'lishi shart.

9.4. Zarurat tug'ilganda, hodisa holatlarini aniqlashtirish maqsadida Sug'urtalovchi boshqa tegishli hujjatlarni ham talab qilish huquqiga ega.

9.5. Sug'urtalovchi 9.2-bandda ko'rsatilgan barcha hujjatlar to'liq taqdim etilmagan taqdirda ham, sug'urta hodisasini tan olish yoki rad etish bo'yicha qaror qabul qilish huquqiga ega.

9.6. Sug'urta hodisasi yuzasidan barcha holatlarni o'rgangach, Sug'urtalovchi ushbu voqeani sug'urta hodisasi sifatida tan olish yoki rad etish haqida qaror qabul qiladi.

## **10-BOB. ZARAR (ZARARLILIK) MIQDORINI ANIQLASH VA SUG'URTA TO'LOVINI (TA'MINOTINI) AMALGA OSHIRISH TARTIBI**

10.1. Shartnoma (polis) amal qilish davrida sug'urta hodisasi yuz berganda, Sug'urtalovchi sug'urta to'lovini yoki ta'minotini shartnomada (polisi) ko'rsatilgan sug'urta summasi (mas'uliyat limiti) doirasida amalga oshiradi.

10.2. "Baxtsiz hodisa natijasida Sug'urtalangan shaxs jarohatlanishi" xavfi bo'yicha sug'urta to'lovining miqdori ushbu Sug'urtalangan shaxs uchun shaxsiy sug'urta summasining foizlari ko'rinishida hisoblanadi va bu to'lov miqdori "MY-INSURANCE" AJ ning «Sug'urtalanganlarning hayoti va sog'lig'iga yetkazilgan zararlarni qoplash bo'yicha to'lovlar jadvali»ga (keyingi matnda – «To'lovlar jadvali») muvofiq belgilanadi, bu jadval sug'urta shartnomasi tuzilgan yoki elektron polis berilgan paytdagi amaldagi jadval hisoblanadi.

"To'lovlar jadvali" bilan Sug'urtalovchining rasmiy saytida tanishish mumkin — <https://myinsurance.uz/>. Agar bir baxtsiz hodisa doirasida bir nechta tibbiy tashxis bilan tasniflangan jarohatlar bo'lsa, sug'urta to'lovi har bir jarohat bo'yicha alohida hisoblangan summalar yig'indisi sifatida belgilanadi, lekin bu summa shaxsiy sug'urta summasidan oshmasligi kerak.

Jadvalda keltirilmagan tibbiy tashxis bilan tasniflangan jarohat bo'lsa, sug'urta to'lovi Sug'urtalovchining ishonchli shifokor-eksperti xulosasiga asosan, shikastning og'irlik darajasiga mos maksimal to'lov chegarasida amalga oshiriladi.

10.3. "Baxtsiz hodisa natijasida Sug'urtalangan shaxs vaqtinchalik mehnatga layoqatsizligi" xavfi yuz berganda, Sug'urtalovchi Sug'urtalangan shaxsga yoki Foyda oluvchiga mehnatga layoqatsizlik varaqasida ko'rsatilgan kunlar soni uchun sug'urta to'lovini shartnoma yoki sug'urta dasturida belgilangan miqdorda to'laydi. To'lov 7-kundan boshlab amalga oshiriladi. To'lov ishonchli shifokor-ekspert tomonidan berilgan fikrga ko'ra, holat uchun zarur va maqbul kunlar soniga nisbatan amalga oshiriladi, lekin bir sug'urta hodisasi bo'yicha jami 90 kalendar kunni oshmasligi kerak. Sug'urta to'lovi quyidagi holatlarda har bir kun uchun to'lanmaydi:

- vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik 7 (yetti) yoki undan kam ish kunlarini tashkil etsa;
- Sug'urtalangan shaxsga doimiy to'liq yoki qisman mehnatga layoqatsizlik (nogironlik) bo'yicha sug'urta to'lovi to'lanishi belgilangan bo'lsa.

10.4. "Baxtsiz hodisa natijasida Sug'urtalangan shaxs doimiy to'liq yoki qisman mehnatga layoqatsizlik (nogironlik)" xavfi yuz berganda, Sug'urtalovchi Sug'urtalangan shaxsga yoki Foyda oluvchiga ushbu sug'urta hodisasi bo'yicha ilgari to'langan barcha sug'urta to'lovlari hisobga olgan holda quyidagi miqdorda sug'urta to'lovini amalga oshiradi:

- a) II guruh nogironlik — shaxsiy sug'urta summasining 75%;
- b) I guruh nogironlik — shaxsiy sug'urta summasining 100%.

10.5. "Baxtsiz hodisa natijasida Sug'urtalangan shaxsning o'limi" xavfi yuz berganda, Sug'urtalovchi Sug'urtalangan shaxs uchun belgilangan shaxsiy sug'urta summasining 100% miqdorida (ilgari to'langan sug'urta to'lovlari chegirib tashlangan holda) sug'urta to'lovini amalga oshiradi. To'lov Foyda oluvchiga (yoki merosxo'rlarga) to'lanadi. Agar Foyda oluvchi yoki merosxo'r sud tomonidan Sug'urtalangan shaxs o'limida aybli deb topilgan bo'lsa, to'lov boshqa Foyda oluvchi yoki merosxo'rga amalga oshiriladi.

Agar sug'urta hodisasi yuz bergandan keyin Foyda oluvchi o'lib ketgan bo'lsa va sug'urta to'lovini olmagan bo'lsa, to'lov Foyda oluvchining merosxo'rlariga amalga oshiriladi.

10.6. Bir sug'urta davrida bir yoki bir nechta sug'urta hodisalari yuz bergan bo'lsa ham, Sug'urtalovchi tomonidan amalga oshirilgan umumiy sug'urta to'lovlari Sug'urtalangan shaxsning shaxsiy sug'urta summasidan oshmasligi kerak.

10.7. Sug'urta to'lovi Sug'urtalanuvchi (Sug'urtalangan shaxs, Foyda oluvchi) tomonidan ko'rsatilgan bank hisob raqamiga 15 (o'n besh) kun ichida o'tkazma shaklida amalga oshiriladi. Bu muddat sug'urta hodisasining yuz berganligi, sabab va holatlari, to'lov miqdori aniqlangandan va sug'urta hodisasi to'g'risida hujjat tuzilganidan keyin hisoblanadi.

10.8. Sug'urtalovchining sug'urta to'lovini rad etish haqidagi qarori Sug'urtalanuvchi/Sug'urtalangan shaxs/Foyda oluvchi sug'urta to'lovi uchun murojaat qilganidan keyin 15 (o'n besh) kun ichida yozma ravishda bildirilishi kerak va rad etish sabablarini asoslab berishi zarur.

## **11-BOB. SUBROGATSIYA (QAYTA TALAB QILISH HUQUQI)**

11.1. Sug'urtalovchi sug'urta ta'minotini to'lagan miqdor doirasida, Sug'urtalovchi (Sug'urtalangan shaxs, Foyda oluvchi) yoki sug'urta ta'minotini olgan boshqa shaxslarning zarar yetkazgan shaxsga nisbatan bo'lgan talab huquqi Sug'urtalovchiga o'tadi.

11.2. Sug'urtalovchi (Sug'urtalangan shaxs, Foyda oluvchi) Sug'urtalovchiga zarar yetkazgan shaxslarga nisbatan talab huquqini amalga oshirish uchun barcha hujjatlarni taqdim etishi va zarur harakatlarni qilishi shart. Agar Sug'urtalovchi (Sug'urtalangan shaxs, Foyda oluvchi) talab huquqini topshirishni rad etsa yoki uni amalga oshirish Sug'urtalovchining aybi tufayli imkonsiz bo'lsa, Sug'urtalovchi sug'urta ta'minotini to'lashdan bosh tortishi mumkin.

11.3. Agar Sug'urtalovchi (Sug'urtalangan shaxs/Foyda oluvchi) uchinchi shaxslardan zarar uchun kompensatsiya olgan bo'lsa, Sug'urtalovchi shartnoma (polis) shartlariga ko'ra to'lanishi lozim bo'lgan summadan uchinchi shaxslardan olingan summani chegirib, farqni to'laydi.

## 12-BOB. BOSHQA SHARTLAR

12.1. «SPORTSMEN» sug'urta mahsuloti bo'yicha baxtsiz hodisalardan sug'urta bo'yicha elektron shartnoma (polis)ning boshqa shartlari «SPORTSMEN» sug'urta mahsuloti uchun baxtsiz hodisalardan sug'urta qoidalarida belgilangan.

12.2. O'z zimmasiga olgan majburiyatlarni bajarmaslik yoki noto'g'ri bajarish uchun tomonlar O'zbekiston Respublikasi amaldagi qonunchiligiga muvofiq javobgardirlar.

12.3. Agar ushbu Ofertadagi majburiyatlarni bajarmaslik yoki noto'g'ri bajarish majburiy kuch (fors-major) holatlari sabab bo'lsa, tomonlar javobgarlikdan ozod qilinadi. Majburiy kuch holatiga duch kelgan tomon zudlik bilan boshqa tomonni bu holat yuzaga kelgani va uning davomiyligi haqida xabardor qilishi kerak.

12.4. Shartnoma (polis) yoki ushbu Oferta bo'yicha yuzaga kelgan nizolar, talablar yoki kelishmovchiliklarni tomonlar muzokaralar yo'li bilan hal qilishga harakat qiladi.

12.5. Agar tomonlar muzokaralar orqali kelishuvga erisha olmasa, shartnoma (polis)dan kelib chiqadigan yoki unga aloqador barcha nizolar, talablar va da'volar, shu jumladan shartnomaning tuzilishi, o'zgartirilishi, bajarilishi, buzilishi, bekor qilinishi, tugatilishi, haqiqiy emasligi yoki butunlay yoki qisman tuzilmaganligi bo'yicha da'volar, O'zbekiston Respublikasi Tashkent shahridagi Sug'urtalovchining davlat ro'yxatidan o'tgan joyi bo'yicha sudda yoki O'zbekiston Respublikasi Savdo-sanoat palatasi huzuridagi Arbitr sudida (keyingi matnda — «Arbitr sud») bir sudyaga (yagona tarkibda) muvofiq Arbitr sudining Nizomi, Arbitr sudining Nizomiga va Arbitr sudidagi to'lovlar, xarajatlar va jarimalarga oid tartib-qoidalariga binoan hal qilinadi. Da'vo bilan sudga yoki Arbitr sudiga murojaat qilish huquqi Sug'urtalovchiga tegishlidir.

12.6. O'zbekiston Respublikasi «Elektron hujjatlar aylanishi to'g'risida»gi qonuniga muvofiq, tomonlar ushbu Oferta doirasida elektron shaklda tuzilgan barcha hujjatlarning (elektron shartnoma (polis), hisob-faktura, aktlar, ma'lumotnomalar, hujjatlar va boshqalar) qonuniy kuchga ega ekanligini tan oladi va ularni qog'oz shaklidagi, qo'l bilan imzolangan va tegishli tomon muhrlagan hujjatlar bilan tenglashtiradi, agar ushbu elektron hujjatlar Davlat soliq qo'mitasi ma'lumotlariga muvofiq elektron hisob-faktura aylanishi tizimi operatorlaridan biri (axborot vositachisi, ushbu faoliyat bilan shug'ullanishga ruxsat olgan) tomonidan qayta ishlangan va yuborilgan bo'lsa.

12.7. Sug'urtalovchining rasmiy sayti Sug'urtalanuvchi va Sug'urtalovchi o'rtasida elektron shaklda ma'lumot almashish tizimi sifatida ishlatilishi mumkin. Bu tizim orqali sug'urta shartnomasini tuzish, o'zgartirish, muddatidan oldin bekor qilish, sug'urta hodisasi yuz berganligi haqida xabar berish, sug'urta to'lovini talab qilish, ish jarayoni va natijalari haqida ma'lumot olish, shu jumladan sug'urta to'lovlari haqida ma'lumot yuborish mumkin. Sug'urta hodisasi belgilari yuzaga kelganda, sug'urta hodisasi haqida polisda ko'rsatilgan telefon raqamiga xabar berish yoki MY-INSURANCE AJ STning yaqin filialiga murojaat qilish zarur.

Filiallarining manzillari, telefon raqamlari va ish vaqtlari Sug'urtalovchining rasmiy saytida joylashtirilgan.

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