

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования путешественников АО «NEO INSURANCE CORP» (далее по тексту – Правила страхования), разработаны на русском, узбекском и английском языках в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан, на основании Правил по Классу 1 «Страхование от несчастных случаев» и Классу 2 «Страхование на случай болезни» Отрасли общего страхования, и определяют порядок и условия страхования путешественников (Застрахованных лиц), выезжающих за пределы Республики Узбекистан/страны постоянного проживания/страны, гражданином которой является Застрахованное лицо (далее по тексту – за рубеж).

1.2. На основании настоящих Правил страхования Страховщик предоставляет страховую защиту Застрахованным лицам, при наступлении страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами страхования, в виде организации и/или осуществления страховой выплаты/страхового обеспечения по медицинским, медико–транспортным и иным расходам Застрахованных лиц в результате несчастного случая и/или внезапного заболевания, а также выплаты страхового обеспечения при смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедших в период страхования и на территории действия Полиса.

1.3. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

Страховщик – АО «NEO INSURANCE CORP», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан и лицензией, выданной Министерством Экономики и Финансов Республики Узбекистан.

Страхователь –лицо, оформившее у Страховщика полис страхования.

Застрахованный – физическое лицо, имущественные интересы которого, связанные с возмещением непредвиденных расходов, понесенных им в период действия Полиса, являются объектом страхования.

Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, имеющее основанное на законе, ином правовом акте или договоре интерес в сохранении имущества, и в пользу которого оформлен Полис при страховании имущества, и физическое или юридическое лицо, в пользу которого оформлен Полис при личном страховании. В случае смерти Выгодоприобретателя – физического лица Выгодоприобретателями признаются его наследники.

Страховой риск – предполагаемое и внезапное событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай – совершившееся событие в период страхования и на территории действия Полиса, предусмотренное Правилами страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая сумма – сумма денежных средств, указанная в настоящих Правилах страхования и Полисе, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в отношении каждого Застрахованного лица. Настоящими Правилами страхования установлены страховые суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования, а также по страхованию от несчастного случая, в результате которого наступила смерть Застрахованного лица.

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Правилами страхования, рассчитанная на основе страховых сумм и разработанных Страховщиком тарифов.

Невозвратный полис – это страховой полис, в отношении которого уплаченная страховая премия не подлежит возврату после его заключения, за исключением случаев, прямо предусмотренных договором страхования

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

обозначенная как исключение в настоящих Правилах страхования.

Несчастный случай – внезапное кратковременное внешнее событие, не вызванное заболеванием, повлекшее за собой травму, иное расстройство здоровья или смерть Застрахованного.

Франшиза безусловная – определенная сумма ущерба, по которой у Компании не возникает обязательств и Компания не рассматривает требования по возмещению убытков. В случае если размер убытка превышает суммы франшизы, указанная сумма вычитается из суммы причитающегося к выплате страхового возмещения.

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

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

Неотложная помощь – медицинская помощь, в случае непредоставления которой подвергается опасности жизнь Застрахованного лица.

Неотложная стоматологическая помощь – стоматологическая медицинская помощь, которая ограничивается только средствами снятия боли и первичными процедурами (рентген, медикаменты, временная пломба или удаление зуба), при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей, а также при травме зуба в результате несчастного случая.

Хроническое заболевание – длительно протекающее заболевание с поражением органов и систем организма человека, характеризующееся периодами обострения и ремиссии.

Обострение хронической болезни – проявление характерных симптомов хронического заболевания, в том числе, при которых необходима неотложная помощь.

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. Также под медицинской эвакуацией подразумевается доставка Застрахованного лица, потерявшего способность перемещаться самостоятельно из-за страхового случая на спецмашине с места происшествия до ближайшего медицинского учреждения, другие транспортные расходы не будут учитываться как медицинские расходы. Медицинская эвакуация осуществляется только при отсутствии медицинских противопоказаний и с разрешения врача.

Программа страхования – это установленный страховой компанией комплекс страховых покрытий, включающий перечень страховых рисков, услуг и соответствующих лимитов ответственности, предоставляемых страхователю (застрахованному лицу) в рамках Правил страхования.

Сервисная компания – специализированная организация, указанная в Полисе страхования, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию и оплату услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

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

Самооплата – это часть убытка, которую страхователь покрывает самостоятельно при наступлении страхового случая, прежде чем страховая компания начнёт возмещать ущерб.

Постоянное место жительства – место, где Страхователь (Застрахованный) постоянно или преимущественно проживает.

Лимит ответственности Страховщика – максимально возможная сумма, которую Застрахованное лицо может получить, или в пределах которой Застрахованному лицу обеспечивается страховая защита, в соответствии с настоящими Правилами страхования.

Репатриация – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков

Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством до Республики Узбекистан. По просьбе родственников репатриация может быть осуществлена в другую страну, которой не является Республика Узбекистан, при условии, что Страховщик осуществляет страховую выплату в размере, не превышающем сумму, которую необходимо было бы выплатить за репатриацию до Республики Узбекистан. Условия репатриации определяются Страховщиком в соответствии с Правилами страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Полисе страхования в качестве Застрахованных.

2.2. На условиях настоящих Правил страхования Полис оформляется Страхователями, которыми могут выступать:

2.2.1. физические лица, обладающие гражданской дееспособностью в полном объеме;

2.2.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы.

2.3. Застрахованным является физическое лицо, выезжающее за рубеж, в пользу которого оформляется Полис страхования на случай наступления определенного Правилами страхования события (страхового случая).

Застрахованными могут быть граждане Республики Узбекистан, иностранные граждане, постоянно проживающие (на основании вида на жительство) или временно находящиеся на территории Республики Узбекистан или в иной стране (на основании разрешения на временное проживание/пребывание в виде отметки в документе, удостоверяющем личность, или документа установленной формы), выезжающие в поездку за пределы Республики Узбекистан в любую страну, кроме страны постоянного/временного проживания и гражданства, если эти страны различаются, а также с целью получения постоянного места жительства или проживания на условиях постоянного места жительства/разрешения на проживание, далее – ПМЖ, если иное не предусмотрено в Правилах страхования.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания Застрахованному экстренной и неотложной медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного в период действия полиса на территории страхования, требующих организации и оказания таких услуг;

3.2. Наличие имущественного интереса у Страхователя или Выгодоприобретателя подтверждается при принятии решения о страховой выплате в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

3.3. Полис страхования, оформленный при отсутствии у Страхователя или Выгодоприобретателя имущественного интереса, недействителен.

4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

4.1. Территория страхования – территория, в пределах которой произошедшее событие, предусмотренное Правилами страхования, может быть признано страховым случаем.

4.2. Территория действия Полиса означает страну или страны пребывания Застрахованного лица и определяется от выбранной Программы страхования по следующим

территориальным

разделениям:

«**Mini**» - действует на территории всех стран мира, за исключением США;

«**Econom**» - действует на территории всех стран мира, за исключением США;

«**Basic**» - действует на территории всех стран мира, за исключением стран Шенгенского соглашения, а также Лихтенштейна, Великобритании, Израиля, Японии, Австралии, Новой Зеландии, Канады и США;

«**Comfort**» - действует на территории всех стран мира, за исключением США;

«Premium» - действует на территории всех стран мира.
«Comfort +» - действует на территории стран Шенгенского соглашения:

- данный тариф является невозвратным;

- программа **Comfort +** может иметь безусловную франшизу 200 EUR;

- в соответствии с тарифным планом **Comfort+**, основным способом оплаты медицинских услуг является самостоятельная оплата Страхователем (Застрахованным лицом) с последующим возмещением расходов Страховщиком в порядке и в пределах, установленных Правилами страхования.

Однако при оформлении полиса Страхователь имеет право выбрать альтернативный способ получения медицинских услуг – через Сервисную компанию (Ассистанс). Выбранный способ обслуживания фиксируется в полисе и действует в течение всего срока его действия. Страховщик принимает обязательства по одной из следующих Программ страхования, которая выбирается Страхователем.

Программа, выбранная Страхователем, указывается в Полисе:

Программа страхования путешественников.

Страховые суммы указаны в Евро

Название Программы страхования		Mini	Econom	Basic	Comfort	Comfort+	Premium
Страховая сумма*		20 000	35 000	50 000	60 000	60 000	100 000
в том числе, страхование на случай смерти		300	500	1 000	2 000	2 000	5 000
№	Страховые суммы на каждый отдельный страховой риск						
1	Медицинские услуги, в том числе:	до 5 000	до 10 000	до 22 000	до 35 000	до 35 000	до 50 000
1.1	стоматологическая помощь	до 100	до 100	до 300	до 500	до 500	до 1 000
1.2	помощь при COVID-19	Нет	Нет	до 3 000	до 30 000	до 30 000	до 45 000
2	Медико–транспортные и иные услуги, в том числе:	до 12 700	до 24 500	до 27 000	до 23 000	до 23 000	до 45 000
2.1	медицинская эвакуация	до 1 000	до 1 000	до 3 000	до 4 000	до 4 000	до 9 000
2.2	транспортировка сопровождающего лица	до 1 000	до 1 000	до 4 000	до 5 000	до 5 000	до 9 000
2.3	возвращение Застрахованного лица и/или его несовершеннолетних детей	до 1 000	до 2 000	до 3 000	до 4 000	до 4 000	до 8 000
2.4	поисково–спасательные мероприятия	до 7 000	до 10 000	до 6 000	до 2 000	до 2 000	до 4 000
2.5	захоронение в стране временного пребывания	до 2 700	до 7 500	до 6 000	до 2 000	до 2 000	до 5 000
2.6	Посмертная репатриация	до 2 000	до 3 000	до 5 000	до 6 000	до 6 000	до 10 000
2.7	Франшиза	-	-	-	-	200	-
2.8	Форма обращения	Ассистанс/ Самооплата	Ассистанс/ Самооплата	Ассистанс/ Самооплата	Ассистанс/ Самооплата	Самооплата	Ассистанс/ Самооплата

5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

5.1. Страховыми случаями по настоящим Правилам признаются события, имевшие место в период действия Полиса страхования на территории, предусмотренной Полисом страхования, и подтвержденные документами, выданными компетентными органами.

5.2. Страховыми случаями являются события, произошедшие с Застрахованным лицом в период действия Полиса страхования в отношении конкретного Застрахованного лица, на территории страхования, повлекшие расходы в связи с:

5.2.1. Внезапным заболеванием (включая обострение хронического заболевания);

5.2.2. Телесным, травматическим повреждением, полученным в результате несчастного случая;

5.2.3. Смертью Застрахованного.

5.3. При условии, что вышеуказанные события не произошли в связи с:

5.3.1. Наркотическим или токсическим опьянением Застрахованного;

5.3.2. Самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного;

5.3.3. Умышленными действиями Застрахованного и/или заинтересованных третьих лиц, направленными на наступление страхового случая;

5.3.4. Совершением Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;

5.3.5. Исполнением служебных обязанностей в какой-либо военной структуре.

5.4. По настоящим Правилам страхования при наступлении страхового случая Страховщик производит страховую выплату в связи со следующими непредвиденными расходами, связанными с вышеуказанными событиями:

5.4.1. Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренных и неотложных формах, а именно:

а) расходы на амбулаторное лечение, включая расходы на врачебные услуги, необходимые и целесообразные диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты (по рецепту), перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж). Амбулаторное лечение и диагностические исследования считаются необходимыми в том случае, если их нельзя отложить до момента возвращения Застрахованного на территорию постоянного места жительства и/или выписки из учреждения. В части диагностических исследований, для определения диагноза Застрахованному, устанавливается лимит в пределах 1000 (тысяча) у.е.;

б) расходы на стационарное лечение (в палате стандартного типа), включая расходы на необходимые и целесообразно проведенные диагностические исследования, операции, назначенные врачом медикаменты (по рецепту), перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж). Стационарное лечение, диагностические исследования и операции считаются необходимыми в том случае, если их нельзя отложить по жизненным показаниям до возвращения Застрахованного на территорию постоянного места жительства и/или выписки из учреждения;

в) расходы на неотложную стоматологическую помощь при острой зубной боли или расходы на экстренную стоматологическую помощь, необходимую вследствие травм в результате несчастного случая, в пределах лимита, установленного в Программе страхования;

5.4.2. Медико-транспортные расходы, а именно:

а) расходы по необходимой с медицинской точки зрения и/или предписанной врачом транспортировке Застрахованного «каретой скорой помощи» или иным транспортным средством только в ближайшее медицинское учреждение или к находящемуся в непосредственной близости врачу, способному оказать необходимую медицинскую помощь на территории временного пребывания Застрахованного, либо до страны постоянного проживания в пределах лимита, установленного в Программе страхования.

При этом решение о целесообразности медицинской транспортировке принимается только уполномоченными врачами Страховщика, при условии, что

необходима неотложная помощь. В случае, если медицинскую транспортировку организует третье лицо без согласования этого со Страховщиком, Страховщик оплатит расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую медицинскую транспортировку мог бы обеспечить Страховщик при помощи Сервисной компании;

б) расходы по медицинской эвакуации экономически целесообразным транспортным средством, включая расходы на сопровождающего сопровождающий медицинский персонал (если такое сопровождение предписано врачом) с территории временного пребывания до постоянного места жительства Застрахованного в пределах лимита, установленного в Правилах страхования. Экстренная медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждена заключением доверенного врача Сервисной компании и/или Страховщика на основании данных от местного лечащего врача и при условии отсутствия медицинских противопоказаний.

5.4.3. Транспортные расходы, а именно:

а) расходы по проезду в один конец (к постоянному месту жительства) экономическим классом Застрахованного, одного родственника Застрахованного или сопровождающего лица (в пределах страховой суммы Застрахованного), если таковое необходимо по медицинским показаниям. При этом расходы по пребыванию родственника или сопровождающего лица за границей Страховщиком не возмещаются. Страховщик возмещает расходы на приобретение новых обратных билетов исключительно при условии, что у Застрахованного на момент наступления страхового случая имелись действующие билеты для обратного маршрута, и Застрахованный пропустил рейс в связи с наступлением страхового случая;

б) расходы по проезду в один конец (к постоянному месту жительства) экономическим классом несовершеннолетних детей Застрахованного, находящихся вместе с ним на территории временного пребывания в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая. При необходимости Сервисная компания организует и оплатит сопровождение детей;

5.4.4. Расходы по посмертной репатриации, а именно расходы, санкционированные Страховщиком, по посмертной репатриации тела до места, где постоянно проживал Застрахованный, если его смерть наступила в результате страхового случая. Расходы по посмертной репатриации возмещаются в пределах оговоренной в Правилах страхования суммы. При этом Страховщик не возмещает расходы на ритуальные услуги. Если репатриацию организует третье лицо, без согласования этого со Страховщиком, Страховщик оплачивает расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую репатриацию мог бы обеспечить Страховщик при помощи Сервисной службы.

Страховщик не компенсирует Застрахованному лицу стоимость ранее приобретенных билетов. При отказе Застрахованным лицом от приобретённого Компанией для него авиабилета по любой причине, Страховщик вправе отменить приобретённый билет и отказать Застрахованному лицу в последующем предоставлении страховых услуг. Также, Страховщик вправе отказать Застрахованному лицу в оказании страховых услуг и отменить приобретенный билет, если Застрахованное лицо потребует изменить дату авиабилета на другую дату в связи с расхождением его планов, неудовлетворительным рейсом, стыковками, маршрутом следования и другими.

5.4.5. Расходы на организацию и проведение мероприятий, необходимых для поиска и спасения Застрахованного лица;

5.4.6. Расходы на проведение мероприятий, связанных с погребением Застрахованного лица на территории действия Полиса, за исключением ритуальных услуг.

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

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

5.7. Если это предусмотрено Правилами страхования за дополнительную страховую премию возмещаются расходы, связанные с наступлением страхового случая в результате:

5.7.1. Получения медицинской, медико-транспортной помощи, также расходы по посмертной репатриации по страховым случаям, наступившим в результате занятий Застрахованным спортом на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки;

5.7.2. Получения медицинской, медико-транспортной помощи, также расходы по посмертной репатриации по страховым случаям, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного.

5.8. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

5.8.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;

5.8.2. Военных действий и их последствий, народных волнений, забастовок, восстаний, мятежей, массовых беспорядков и их последствий;

5.8.3. Эпидемий, распространения особо опасных заболеваний (чума, холера, оспа, желтая лихорадка, геморрагическая лихорадка, сибирская язва, сыпной тиф и т.п.).

5.8.4. Расходы Застрахованного лица, связанные с лечением эпидемических заболеваний (пандемий), со стихийными бедствиями и их последствиями, карантинном, падением метеоритов и иных космических тел/объектов, если в Полисе не предусмотрен повышающий коэффициент, и не оговорено страхование данного риска.

5.9. Не является страховым случаем, и Страховщик не покрывает расходы по событиям медицинского и медико-транспортного, транспортного страхования, расходы по посмертной репатриации, связанные с:

5.9.1. Лечением от алкоголизма, наркомании и токсикомании;

5.9.2. Лечением хронических заболеваний, протекающих без обострения и не представляющих явную угрозу жизни Застрахованного в период действия Полиса страхования. В случае обострения/осложнения у Застрахованного хронических заболеваний, Страховщик организует услуги и/или оплачивает расходы Застрахованного в пределах 700 (семисот) у.е.;

5.9.3. Последующим лечением хронического заболевания после купирования симптомов его обострения;

5.9.4. Лечением заболеваний, известных к моменту оформления Полиса страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет.

5.9.5. Ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья;

5.9.6. Купированием и лечением судорожных состояний, нервных и психических заболеваний;

5.9.7. Лечением онкологических заболеваний, новообразований (доброкачественных и злокачественных), ВИЧ-инфекции;

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

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

кровообращения и хирургических вмешательств.

5.9.10. Получением Застрахованным медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем, проведением профилактических мероприятий и общих медицинских осмотров;

5.9.11. Консультациями и обследованиями во время протекания беременности, консультациями, обследованиями и лечением осложнений беременности вне зависимости от её сроков, издержками за услуги, связанными с планированием семьи и лечением бесплодия, а также не возмещаются расходы по родовспоможению и послеродовому уходу за ребенком, кроме случаев, когда медицинская помощь необходима по жизненным показаниям, в пределах 700 (семисот) у.е.;

5.9.12. Проведением аборт, кроме случаев спасения жизни Застрахованной, при этом Страховщик оплачивает расходы в пределах 700 (семисот) у.е.;

5.9.13. Лечением заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

5.9.14. Косметической/пластической и восстановительной хирургией и всякого рода протезированием, включая зубное, глазное и т.п.;

5.9.15. Оказанием стоматологической помощи, кроме расходов по экстренной помощи, а также кроме расходов при травмах в результате несчастного случая;

5.9.16. Лечением методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии и т. п.;

5.9.17. Проведением курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях;

5.9.18. Проведением дезинфекции, профилактических вакцинаций, врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем;

5.9.19. Травмами, полученными в связи с полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, суперлегких летательных аппаратах, а также прыжками с парашютом;

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

5.9.21. Травмами, возникшими в результате грубой небрежности Застрахованного или несоблюдения им правил техники безопасности;

5.9.22. Травмами, полученными в связи с занятиями любыми видами спорта, тренировками и участием в соревнованиях Застрахованного, если в Полисе не предусмотрен повышающий коэффициент, и не оговорено страхование данного риска;

5.9.23. Приобретением витаминов, пищевых добавок, обогатителей питания, продуктов растительного происхождения, гомеопатических средств и т.п.;

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

5.9.25. Реабилитационными мероприятиями;

5.9.26. Трансплантацией органов;

5.9.27. Расходами, возникшими в результате добровольного отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

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

5.9.29. Лечением Застрахованного лица, возникшим вследствие обострения или осложнения наследственных и/или врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

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

5.9.31. Травмами, полученными в связи занятиями Застрахованного опасными видами деятельности (в том числе в качестве профессионального водителя автотранспорта, горняка, строителя, электромонтажника и т.п.);

5.9.32. Медико-транспортными расходами, не согласованными со Страховщиком.

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

5.9.34. Совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, которое послужило причиной наступления страхового случая, в том числе в случае обнаружения Страховщиком фальсифицированных документов, разрешающих выезд за пределы республики, включая ПЦР тесты;

5.9.35. 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;

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

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

5.9.38. Непредставлением запрашиваемых Компанией документов, оговоренных в настоящих Правилах страхования;

С условием оплаты страховой премии с применением повышающего коэффициента и наличия отметки «Спорт» в графе «Особые условия» Полиса, Страховщиком покрываются расходы на услуги, возникшие в ходе занятия профессиональным спортом, включая соревнования и тренировки, катания на горных лыжах и сноуборде на предназначенных для этих целей и специально оборудованных трассах.

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

По настоящим Правилам страхования не покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в результате катания на горных лыжах и сноуборде вне предназначенных для этих целей и специально оборудованных трассах, подводного плавания или ныряния на глубину более 30 (тридцати) метров, а также занятия этими видами спорта в Северном Ледовитом океане и прилегающих к нему морях, занятия регби, сёрфингом, альпинизмом, спелеологией, хелибордом, мотоспортом, даунхиллом, кайтбордом, полётами на летательных аппаратах и устройствах (не в качестве пассажира), бобслеем, планеризмом, дельтапланеризмом, парапланеризмом, параглайдингом, автоспортом, профессиональным боксом, кикбоксингом, тайским боксом, боями без правил, полетами на воздушном шаре (не в качестве пассажира), виндсерфингом, теми видами спорта, которые связаны с прыжками с высоты, применением фигур с акробатическими элементами или без них, или преодолением препятствий (далее в тексте – особые виды спорта).

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

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная Правилами

страхования, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма по каждому риску является агрегатной, т.е. после каждой страховой выплаты части страховой суммы, оставшаяся страховая сумма уменьшается на величину произведенной выплаты, Страховая сумма устанавливается в Полисе страхования по соглашению сторон. Страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте, указанной в Полисе страхования, осуществляется в сумах по курсу Центрального Банка Республики Узбекистан на день приобретения полиса. Страховая выплата при оплате Страховщиком счетов от Сервисной компании по конкретному страховому случаю осуществляется в порядке и на условиях заключенного между ними договора, в валюте установленной заключенным между ними договором.

6.2. Страховая сумма указывается в Полисе страхования и устанавливается в соответствии с Программой Страховщика.

6.3. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с утвержденными тарифами 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, исходя из возраста Застрахованных, цели поездки, вида (рода) занятий, территории страхования, срока страхования и других оснований, имеющих значение для определения степени риска.

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

7. СРОК СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Полис страхования, вступает в силу в момент уплаты страховой премии. Моментом уплаты страховой премии считается момент поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика при безналичном расчете или представителю Страховщика при наличном расчете.

7.2. Срок действия Полиса страхования (период времени, в течение которого действует Полис страхования) устанавливается по соглашению сторон в каждом конкретном случае. Полис вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в страховом Полисе, как день начала срока действия Полиса страхования и заканчивается в 23 часа 59 минут дня, указанного в страховом Полисе как день окончания срока действия Полиса страхования при нахождении Страхователя (Застрахованного) на территории страхования. В случае приобретения Полиса для лиц, уже находящихся в путешествии или за пределами страны постоянного проживания, начало периода страхования начинается в 00:00:00 часов четвертого дня, следующего за днем оформления Полиса.

7.3. Страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления Полиса страхования в силу.

7.4. Срок страхования – это максимальный совокупный период действия страхования в пределах срока действия Полиса страхования, заявленный Страхователем/Застрахованным и согласованный им.

Срок страхования по Правилам:

7.4.1. Может быть равен количеству застрахованных дней нахождения Застрахованного на территории страхования;

7.4.2. Может превышать количество застрахованных дней нахождения Застрахованного на территории страхования, но не может быть менее предполагаемого срока пребывания на территории страхования.

7.4.3. В рамках настоящих Правил по тексту под количеством застрахованных дней

понимается количество дней пребывания на территории страхования, в течение которых действует страховое покрытие, указанное в Полисе в графе «Количество дней».

7.4.4. Для поездок на территорию стран Шенгена сроком не более 92 дней согласно Визовому кодексу стран Шенгена к сроку страхования добавляются дополнительные 15 дней, которые не учитываются в расчете стоимости Полиса и не включаются в страховое покрытие, если иное не предусмотрено Правилами страхования.

7.4.5. Если Полис предусматривает многократные путешествия Застрахованного лица за рубеж, независимо от количества дней его путешествия в период действия Полиса, то период страхования зависит от выбранной программы многократных путешествий (план «Multi») следующим образом:

	Название плана	Период действия Полиса	Количество дней страхования
1	Multi I	365 дней	15 дней
2	Multi II	365 дней	30 дней
3	Multi III	365 дней	45 дней
4	Multi IV	365 дней	90 дней
5	Multi V	365 дней	180 дней

7.4.6. Если к моменту окончания срока страхования возвращение Застрахованного с территории страхования невозможно в связи с наступившим страховым случаем, связанным со стационарным лечением, и при наличии соответствующего медицинского заключения, страховая ответственность Страховщика по данному страховому случаю распространяется дополнительно до выписки из медицинского учреждения.

7.5. Страхование прекращается:

7.5.1. При нахождении Страхователя (Застрахованного) вне территории страхования;

7.5.2. По истечении срока страхования, указанного в Полисе.

7.5.3.

8. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ПОЛИСА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Полис оформляется на основании устного обращения или письменного Заявления – анкеты Страхователя.

8.2. Полис выдается Страхователю после оплаты страховой премии.

8.3. Страхователь, после получения Полиса, обязуется ознакомиться с условиями настоящих Правил страхования самому и ознакомить всех указанных в Полисе Застрахованных лиц. Нарушение (невыполнение) этого требования не освобождает Страхователя и Застрахованных лиц от выполнения обязанностей, предусмотренных настоящим Правилами страхования, и не может послужить основанием для предъявления требований к Страховщику по поводу не ознакомления и/или несогласия их с условиями настоящих Правил страхования.

8.4. Страхователь и Застрахованные обязуются дать письменное и/или устное согласие Страховщику на получение у врачей конфиденциальной информации относительно здоровья Страхователя и Застрахованных в части, касающейся события, имеющего признаки страхового случая.

9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

9.1. Страхователь, оформивший Полис страхования на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя и Застрахованных для осуществления страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Полису, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

9.2. Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные,

указанные в оформленном Полисе страхования, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Республики Узбекистан к персональным данным.

9.3. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

9.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Полису страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

9.5. Подтверждая получение настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента оформления Полиса страхования. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет.

9.6. Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Полиса страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Полиса страхования/отзыва согласия на обработку персональных данных.

9.7. Страхователь вправе не предоставлять Страховщику право на использование вышеуказанных персональных данных. Страхователь также вправе в любое время ограничить или отозвать предоставленное согласие на обработку персональных данных.

9.8. Настоящим Страховщик также подтверждает, что отсутствие согласия Страхователя на обработку Страховщиком персональных данных никаким образом не повлияет на права Страхователя и/или обязательства Страховщика по Полису страхования.

9.9. Указанные выше положения настоящего раздела Правил относятся также и к Выгодоприобретателю/Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик имеет право:

10.1.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, имеющую отношение к событию с признаками страхового случая;

10.1.2. Проверять выполнение Страхователем условий Правил страхования;

10.1.3. Расторгнуть Полис страхования при нарушении условий страхования, которые повлияли на возникновение страхового случая или размер ущерба, при этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит;

10.1.4. Отказать в страховой выплате, если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления; представил ложные доказательства относительно наступления страхового случая;

10.1.5. Отказать в страховой выплате, если в течение периода страхования имело место действие (умышленное) по увеличению размера убытков, подлежащих возмещению Страховщиком, в связи со страховым случаем либо принятие разумных мер к их уменьшению;

10.2. Страховщик обязан:

10.2.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования или предоставить ссылку (QR код) на Правила страхования;

10.2.2. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента оформления страхового акта;

10.2.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

10.3. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

10.3.1. Отказаться от Полиса страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

10.3.2. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

10.3.3. Получить разъяснения по Правилам страхования и о порядке страховой выплаты.

10.4. Страхователь обязан:

10.4.1. Уплатить страховую премию в сроки и в порядке, определенные Правилами страхования и указанные в полисе;

10.4.2. Сообщить Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для оценки степени риска;

10.4.3. При наступлении события, обладающего признаками страхового случая, уведомить Страховщика о случившемся согласно Разделу 11 Правил страхования.

11. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. При наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, указанного в Разделе 5 настоящих Правил, Страхователь (Застрахованный) или его представитель должен незамедлительно обратиться в Сервисную компанию Страховщика/Страховщику по телефону, указанному в страховом Полисе, и проинформировать диспетчера о случившемся, сообщить при этом данные страховых документов.

11.2. После получения информации Сервисная компания/Страховщик организует оказание необходимых медицинских, медико-транспортных, транспортных услуг или услуг по организации посмертной репатриации, предусмотренных Правилами страхования.

11.3. В случае невозможности связаться с Сервисной компанией/Страховщиком до консультации с врачом или отправки в клинику при страховании по программам медико-транспортных расходов Страхователь (Застрахованный) должен сделать это при первой возможности. В любом случае при госпитализации или обращении к врачу Застрахованный или его представитель должен предъявить медицинскому персоналу страховой полис.

11.4. При невозможности связаться с Сервисной компанией/Страховщиком, Застрахованный может самостоятельно обратиться в ближайшее медицинское учреждение. После получения необходимой помощи Застрахованный или его представитель должен уведомить Сервисную компанию/Страховщика о получении необходимой помощи.

11.5. Страховая выплата производится по одному из следующих вариантов:

11.5.1. Путем оплаты Страховщиком счетов от Сервисной компании по конкретному страховому случаю на условиях Правил Страхования;

11.5.2. Путем оплаты понесенных Страхователем (Застрахованным) расходов по конкретному страховому случаю при условии предварительного согласования таких расходов со Страховщиком.

11.6. В случае если Застрахованный самостоятельно понес расходы, связанные с происшедшим событием, он должен при возвращении с территории временного пребывания в письменной форме заявить Страховщику о случившемся и представить оригиналы следующих документов (с приложением переводов на русский или узбекский языки оригиналов документов, составленных на языке ином, чем русский или английский языки):

11.6.1. Заявление на страховую выплату;

11.6.2. Страховой полис;

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

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

11.6.5. Оригинал направления, выданного врачом, на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории или лечебного учреждения, проводившего лабораторные исследования, с разбивкой по датам с указанием наименования и стоимости оказанных услуг;

11.6.6. Документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, диагностические и лабораторные исследования, медикаменты и прочие услуги (финансовые документы, подтверждающие оплату, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы), счета от транспортных организаций и иные документы;

11.6.7. Документ, удостоверяющий личность застрахованного, законного представителя застрахованного (паспорт, заграничный паспорт, свидетельство о рождении);

11.6.8. Выписку из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного (выписка из истории болезни/амбулаторной карты) из медицинских учреждений, в которые обращался, проходил лечение Застрахованный с указанием даты события, диагноза, назначенного исследования и его результатов, назначенного лечения и его результатов (оригинал) заверенный подписью врача и печатью лечебного учреждения; Расходы по переводу документов несет получатель выплаты, Выгодоприобретатель, Застрахованный, Страхователь.

Заявление предоставляется Компании в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня наступления страхового события, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня возвращения Застрахованного лица из путешествия.

11.7. Для возмещения расходов, изложенных в Разделе 5, Страховщик принимает только оплаченные счета. При предоставлении неоплаченных счетов Страхователь (Застрахованный) обязан дать письменные объяснения. Неоплаченные счета, полученные Застрахованным по почте, должны быть предоставлены Страховщику в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента получения.

Компания оставляет за собой право оплаты расходов за медицинские услуги, предоставленные в медицинских центрах, клиниках и у частных врачей, только в том размере, в каком бы Компания их компенсировала, оплачивая такие же услуги, полученные при помощи Сервисной компании.

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

11.9. Страховые выплаты не могут превышать страховую сумму, установленную в Правилах страхования. Если сумма выплат по всем видам ущерба больше страховой суммы (лимита ответственности), то выплата по каждому виду ущерба производится в размере, пропорциональном его доле в общем размере ущерба по страховому случаю.

11.10. В случае разногласий при определении размера ущерба каждая из сторон может требовать привлечения экспертов с оплатой их услуг за счет приглашающей стороны.

11.11. Страховая выплата производится в том случае, если Страхователь (Застрахованный) в установленном настоящими Правилами порядке сообщил о наступлении страхового случая и соблюдал все условия, изложенные в настоящих Правилах.

11.12. Страховщик вправе проводить проверку предоставленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах происшедшего. Страхователь (Застрахованный) обязан давать письменные разъяснения на

запросы Страховщика, связанные с событием, имеющим признаки страхового случая.

11.13. Общая сумма страховой выплаты по совокупности всех страховых случаев, наступивших в течение периода страхования, не может превысить величину общего лимита ответственности Страховщика по Полису.

11.14. Для получения страховой выплаты Страхователь, предоставляет Страховщику документы, указанные в настоящем Разделе. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после предоставления указанных документов принимает решение о страховой выплате. Решение о страховой выплате оформляется страховым актом. Если Страхователь не предоставил необходимые документы, указанные настоящим Разделе то Страховщик имеет право письменно запросить у Страхователя данные документы. В этом случае принятие решения о страховой выплате осуществляется после предоставления всех документов, предусмотренных Правилами.

11.15. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента оформления страхового акта.

11.16. В случае отказа в страховой выплате Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения всех документов, указанных в настоящих Правилах, направляет Застрахованному/ Страхователю письменное уведомление об отказе в страховой выплате с мотивированным указанием причин отказа.

11.17. Страховщик отказывает в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

11.17.1. Если лицо, предъявившее требование о страховой выплате, не является Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем или представителем кого-либо из этих лиц по доверенности;

11.17.2. Если Полис страхования является недействительным в соответствии с законодательством Республики Узбекистан;

11.17.3. Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;

11.17.4. Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного Правилами страхования;

11.17.5. Если наступившие событие и (или) убыток исключены из страхования (в соответствии с условиями настоящих Правил);

11.17.6. Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Республики Узбекистан;

11.17.7. В случае непредоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) документов по факту заявленного события, в той части страховой выплаты, которая не подтверждена документально;

11.17.8. Если Страхователь (Застрахованный) своевременно не известил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с настоящими Правилами, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, либо что Застрахованный по медицинским показаниям не смог связаться с Сервисной службой/Страховщиком в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая.

12. РАСТОРЖЕНИЕ ПОЛИСА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Полис страхования расторгается:

12.1.1. По истечении срока его действия;

12.1.2. В случае исполнения Страховщиком обязательств по Полису страхования в полном объеме;

12.1.3. По требованию Страхователя и/или Страховщика,

12.1.4. В других случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

12.2. Полис страхования расторгается, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик

имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

12.3. При расторжении Полиса страхования по требованию Страховщика последний возвращает Страхователю полученную страховую премию за не истекший срок Полиса. Если требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем (Застрахованным) условий Правил страхования, то страховая премия не возвращается.

12.4. Полный/частичный возврат страховой премии производится путем единовременного перевода денежных средств на лицевой счет (пластиковой карты, банковский счет или счет до востребования) при условии возврата Страхователем в Компанию Полиса в следующем порядке и случае:

12.4.1 Если Страхователь заявил об отказе от страхования до начала периода действия Полиса – Страховщик возвратит ему оплаченную страховую премию в полном объеме;

12.4.2 Досрочного возвращения Застрахованного лица из-за рубежа в связи с изменением срока пребывания за рубежом – Компания возвратит ему 85 (восемьдесят пять) % страховой премии за неиспользованный период страхования;

12.4.3 При возврате Полиса страхования путешествующих, оформленного с территорией действия в странах Шенгенского соглашения, Страхователь должен предоставить оригинал письма, выданного европейскими органами, подтверждающее отказ в выдаче визы.

12.4.4 Страхователям, оформившим Полис в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, при возврате страховой премии или её части, последние 15 (пятнадцать) дней периода действия Полиса, дополнительно включенные, не учитываются

12.5. Страховая премия не возвращается в случаях:

12.5.1 Если в течение периода страхования произошел страховой случай, указанный в настоящих Правилах страхования, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства.

12.5.2. В паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза на путешествие, когда наличие Полиса требовалось для получения данной визы за исключением случаев, когда количество совершенных поездок по Полису равно количеству поездок, указанных в визе. Данный пункт Правил не распространяется на Полисы, предусматривающие многократные путешествия.

12.4.3. Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, указанного в Полисе.

12.5. В случае досрочного прекращения Полиса страхования возврат страховой премии производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения письменного уведомления.

13. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, разрешаются путем переговоров. Если соглашение не достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.