

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ТУРИСТОВ ООО «APEX INSURANCE»**РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.2. Настоящие Правила страхования Туристов (далее по тексту - Правила), разработаны на русском, английском и узбекском языках. Правила выдаются вместе с Договором-Полисом страхования и являются неотъемлемой частью Договора-Полиса, имеют юридическую силу в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан. Договор-Полис (далее по тексту "Полис") состоит из трех экземпляров, один экземпляр передается Страхователю вместе с Правилами, второй - Посольствам или Консульским учреждениям (в случае необходимости его предоставления), третий - остается у представителя ООО "APEX INSURANCE" (далее по тексту "Страховщик"), действующий на основании Лицензии Министерства финансов Республики Узбекистан

1.3. Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан, на основании Правил по Классам: 1 «Страхование от несчастных случаев» и 2 «Страхование на случай болезни» Отрасли общего страхования, депонированных Государственной инспекцией по страховому надзору при Министерстве финансов Республики Узбекистан. Правила определяют условия страхования Туристов (далее по тексту "Застрахованные лица"), которые Указаны в Полисе и являются физическими лицами, выезжающими за пределы Республики Узбекистан.

1.4. В соответствии с предусмотренными в настоящих Правилах условиями, определениями, исключениями и приложениями, являющимися неотъемлемой его частью Страховщик предоставляет страховую защиту Застрахованным лицам, при наступлении страхового случая, предусмотренного Правилами, 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.

РАЗДЕЛ 2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Основные термины, которые используются в Правилах:

2.1. **Договор-Полис** - письменное соглашение, определяющее условия страхования Застрахованных лиц, оформляемое на основании настоящих Правил и является письменным соглашением между Страховщиком и Страхователем, в соответствии с условиями которого Страхователь обязуется оплатить в установленный срок и в полном объеме страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату/страховое обеспечение в пределах страховой суммы.

2.2. **Страховая сумма** - сумма денежных средств, указанная в настоящих Правилах и Полисе, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в отношении каждого Застрахованного лица. Правилами установлены страховые суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования.

2.3. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные настоящими Правилами.

2.4. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления, которого осуществляется страхование. По условиям настоящих Правил страховыми рисками признаются:

- возникновение расходов по медицинским, медико-транспортным и иным услугам в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем Застрахованного лица;

- смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая.

2.5. **Страховое событие** - событие, имеющее признаки страхового случая.

2.6. **Страховой случай** - свершившееся событие, связанное с наступлением страхового риска, произошедшее с Застрахованным лицом в период страхования и на территории действия Полиса, в результате которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату/страховое обеспечение в соответствии с настоящими Правилами.

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

- 2.8. **Страховое обеспечение** - денежные средства, выплачиваемые Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю в связи с наступлением страхового случая, в пределах страховой суммы и в порядке, установленном настоящими Правилами.
- 2.9. **Лимит** – сумма денежных средств, представляющая собой предельный размер Страховой выплаты и/или Страхового обеспечения по Услугам и Компенсации в рамках Программ страхования, предусмотренных настоящими Правилами.
- 2.10. **Период действия Полиса** - промежуток времени, указываемый в настоящем Полисе, в течение которого действует страхование.
- 2.11. **Период страхования** - количество дней, указанных в Полисе, в течение которого действуют обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплаты/страхового обеспечения в соответствии с условиями настоящих Правил.
- 2.12. **Туристическая поездка** - поездка (включая пребывание, нахождения и отбывание) Застрахованного лица за пределами Республики Узбекистан, исчисляемая в количестве дней. (Далее по тексту возможно использование значение Тур/Туризм)
- 2.13. **Услуги** - медицинские, медико-транспортные и иные услуги, предусмотренные Программой страхования, которые оказываются Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.
- 2.14. **Учреждение** - медицинское либо иное учреждение (аптека, диагностический центр и т.п.), в котором Застрахованному лицу оказываются услуги.
- 2.15. **Служба Ассистанс** - специализированная организация, действующая на основании договора со Страховщиком, которая осуществляет круглосуточный прием обращений по страховым событиям, содействует Застрахованному лицу в получении и оплате необходимых услуг по наступившим страховым случаям. Служба Ассистанс имеет право контролировать качество и объем услуг, предоставляемых Застрахованному лицу, а также от имени и по поручению Страховщика производить за рубежом Страхователю/ Застрахованному лицу компенсацию его расходов при наступлении страхового случая.
- 2.16. **Внезапное заболевание** - болезнь, возникшая неожиданно в период страхования и на территории действия Полиса, не являющаяся следствием хронического заболевания и/или заболевания, имевшегося до начала туристической поездки, независимо от того, осуществлялось ли по нему лечение или нет, требующая неотложной помощи и не обозначенная как исключение в настоящих Правилах.
- 2.17. **Неотложная помощь** - медицинская помощь, в случае не предоставления которой подвергается опасности жизнь и здоровье Застрахованного лица.
- 2.18. **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.
- 2.19. **Хроническое заболевание** - длительно протекающее заболевание с поражением органов и систем организма человека, характеризующееся периодами обострения и ремиссии.
- 2.20. **Обострение хронической болезни** - проявление характерных симптомов хронического заболевания, в том числе, при которых необходима неотложная помощь.
- 2.21. **Несчастный случай** - внезапное, кратковременное, не зависящее от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой травматическое повреждение; телесное повреждение от ожога, взрыва, удара молнии, воздействия электрического тока; отравления пищевыми или химическими веществами (промышленными или бытовыми) и/или ожоги, возникшие при вдыхании или соприкосновении с ядовитыми и/или жгучими веществами, парами или газами; обморожение, утопление, нападение злоумышленников или животных, укусы насекомых и пресмыкающихся, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное отравление ядовитыми растениями и/или смерть.
- 2.22. **Медицинская эвакуация** - комплекс мероприятий, необходимых для перемещения Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством с одного места в другое в сопровождении медицинского персонала при необходимости. Медицинская эвакуация осуществляется только при отсутствии медицинских противопоказаний и с разрешения врача.
- 2.23. **Поисково-спасательные мероприятия** — вид аварийно-спасательных работ, которые проводятся для установления местонахождение Застрахованного (человек, группа людей), его спасения, оказания первой или иной помощи и доставка их в безопасное место.
- 2.24. **Репатриация** - комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством до аэропорта страны постоянного проживания. По просьбе родственников репатриация может быть осуществлена до страны проживания, которой не является Республика Узбекистан, при условии, что Страховщик осуществляет страховую выплату в размере, не превышающем сумму, которую необходимо было бы выплатить за репатриацию до Республики Узбекистан. Условия репатриации определяются Страховщиком в соответствии с Правилами.
- 2.25. **Рецепт** - письменное предписание врача по приему лекарственных средств и/или применению медицинских препаратов.

2.26. **Физическая работа** – виды работ, при которых задействуется опорно-двигательный аппарат человека с основной нагрузкой на скелетные мышцы.

РАЗДЕЛ 3. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Субъектами страховых отношений по настоящим Правилам являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и/или Выгодоприобретатель.

3.2. Страхователем по настоящим Правилам может выступать юридическое или дееспособное физическое лицо, являющееся резидентом или не резидентом Республики Узбекистан, которое, вступая в договорные отношения со Страховщиком, оплачивает страховую премию в порядке и на условиях, указанных в настоящих Правилах.

3.3. Застрахованным лицом является физическое лицо, в пользу которого оформляется Полис. Если Застрахованным лицом является несовершеннолетний, причитающееся страховое обеспечение может быть выплачено одному из его родителей/законных опекунов.

3.4. Выгодоприобретателем является лицо, которое в случае смерти Застрахованного лица, в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан, имеет право получить страховое обеспечение.

3.5. Объектом страхования по настоящим Правилам являются не противоречащие действующему законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его жизни и здоровью.

РАЗДЕЛ 4. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ

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

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

4.3. Период страхования заканчивается с момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при выезде из страны пребывания), но не позднее 23:59:59 часа дня, указанного в Полисе как дата окончания периода действия Полиса.

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

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

4.6. Если Полис предусматривает многократные Туристические поездки Застрахованного лица за рубеж, независимо от количества его туров в период действия Полиса, то период страхования зависит от выбранной программы многократных Туристических поездок (план «Мульти») следующим образом:

Название плана	Период действия Полиса	Количество выездов	Период страхования
а) Мульти I	до 92 дней	Один	не более 30 дней
б) Мульти II	до 183 дней	Один	не более 90 дней
в) Мульти III	до 365 дней	Один	не более 90 дней
г) Мульти IV	до 365 дней	Один	не более 180 дней
д) Флекси V	до 183 дней	Не ограничено	каждая туристическая поездка не более 15 дней
е) Флекси VI	до 365 дней	Не ограничено	каждая туристическая поездка не более 30 дней

РАЗДЕЛ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА

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

5.2. Страхователь, в зависимости от страны Туристической поездки, выбирает одну из следующих Программ страхования, которая будет указана в Полисе (приложении №1)

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

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

«**GOLD**» - действует на территории всех стран мира, за исключением Японии, Австралии, Новой Зеландии, Канады и США.

«**PLATINUM**» - действует на территории всех стран мира.

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

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

РАЗДЕЛ 6. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховая сумма определяется соглашением сторон, в зависимости от выбранной Страхователем Программы страхования, и указывается в Полисе.

6.2. Страховая премия рассчитывается в соответствии с действующими страховыми тарифами Страховщика, в зависимости от периода страхования и выбранной Программы страхования. Размер страховой премии указывается в Полисе.

6.3. Страховщик, при определении размера страховой премии, устанавливает повышающие, понижающие и специальные коэффициенты к базовым страховым тарифам, которые зависят от возраста и количества Застрахованных лиц, цели туристической поездки, наличия выплат в предыдущие периоды страхования, наличия сезонных рисков, территориальной концентрации риска, а также других факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

6.4. При определении размера страховой премии по Полисам, оформляемым в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, дополнительно включенные в период действия Полиса 15 (пятнадцать) дней не учитываются.

6.5. Страховая премия указывается в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум и оплачивается Страхователем единовременным платежом за весь период страхования.

6.6. Страховая премия также может быть оплачена в долларах США в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

РАЗДЕЛ 7. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ПОЛИСА

7.1. Полис оформляется на основании устного обращения или письменного Заявления-анкеты Страхователя.

7.2. Полис выдается Страхователю после оплаты страховой премии.

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

7.4. В случае утери Страхователем/Застрахованным лицом Полиса, по письменному заявлению Страхователя/Застрахованного лица, Страховщик выдает новый Полис без приема какой-либо дополнительной оплаты. После выдачи нового Полиса, утерянный Полис считается недействительным и не влечет никаких обязательств Страховщика перед Страхователем/ Застрахованным лицом.

РАЗДЕЛ 8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА И СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

8.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами, оплате в пределах страховой суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования, подлежат расходы на следующие услуги, а именно:

8.1.1. на амбулаторное и стационарное (только неотложные операции) лечение в учреждении, включая расходы на врачебные услуги (консультации), диагностические и лабораторные исследования, предписанные врачом, назначенные врачом медикаменты (по рецепту), перевязочные средства и средства фиксации (гипс, биндыж и т.п.), до момента, когда становится возможной медицинская эвакуация Застрахованного лица до страны постоянного проживания и/или выписки из учреждения;

8.1.2. на неотложную помощь в случае осложнений/вынужденного прерывания беременности Застрахованного лица на сумму до 1000 (тысячи) Евро, при условии, что срок беременности не превышает 32 (тридцать две) недели, а также что данное событие произошло в результате несчастного случая;

8.1.3. на неотложную стоматологическую помощь в пределах страховой суммы, указанной в выбранной Программе страхования;

8.1.4. на медицинскую эвакуацию Застрахованного лица с места происшествия до ближайшего учреждения или к ближайшему врачу, или с одного учреждения в другое (в пределах страны временного пребывания), либо до страны постоянного проживания. При этом решение о целесообразности медицинской эвакуации принимается только уполномоченными врачами Страховщика, при условии, что необходима неотложная помощь. В случае, если медицинскую эвакуацию организует третье лицо без согласования этого со Страховщиком, Страховщик оплатит расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую медицинскую эвакуацию могла бы обеспечить Страховщик при помощи Службы Ассистанс;

8.1.5. на транспортировку сопровождающего лица при медицинской эвакуации Застрахованного лица, если такое сопровождение необходимо по указанию лечащего врача;

8.1.6. для возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания, если из-за госпитализации по причинам, указанным в пункте 2.4, Застрахованное лицо потеряло возможность использовать приобретенные им билеты. Страховщик не компенсирует Застрахованному лицу стоимость ранее приобретенных билетов.

При этом, Страховщик возмещает только равнозначный вид транспорта, покрывая проезд экономическим классом. В случае, если возможен возврат или замена приобретенных ранее билетов, Страховщик выплачивает сумму, которую надо доплатить за обмен билетов;

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

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

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

8.1.10. на репатриацию, за исключением проведения ритуальных услуг и погребения в стране постоянного проживания Застрахованного лица. Если репатриацию организует третье лицо, без согласования этого со Страховщиком, Страховщик оплачивает расходы в пределах минимально возможной суммы, за которую репатриацию могла бы обеспечить Страховщик при помощи Службы Ассистанс.

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

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

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

8.5. Страховщик несет обязательства по осуществлению страховой выплаты/ страхового обеспечения в пределах страховой суммы по каждой услуге, входящей в Программу страхования, а также по страхованию от несчастного случая, в результате которого наступила смерть Застрахованного лица.

РАЗДЕЛ 9. СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

9.1. По страхованию от несчастного случая, Страховщик выплачивает Выгодоприобретателю страховую сумму, указанную в Программе страхования, в полном размере:

9.1.1. при смерти Застрахованного лица, наступившей во время туристической поездки и явившейся прямым результатом несчастного случая, произошедшего в период страхования и на территории действия Полиса;

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

РАЗДЕЛ 10. ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВАНИЯ СПОРТА

10.1. Настоящими Правилами автоматически покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в ходе проведения им активного отдыха. При этом под активным отдыхом, в рамках настоящих Правил, понимается способ проведения свободного времени в туристической поездке с участием в спортивных развлечениях и занятием активными видами деятельности (кроме подготовки и участия в любого рода соревнованиях).

10.2. С условием оплаты страховой премии с применением повышающего коэффициента и наличия отметки «Спорт» в графе «Особые условия» настоящего Полиса, Страховщиком покрываются расходы Застрахованного лица, 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, а также езды на квадроциклах, мотороллерах, мопедах, скутерах, водных скутерах.

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

10.3. По настоящим Правилам 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 (исключая в качестве пассажира в самолёте), прыжками с парашютом, бобслеем, планеризмом, дельтапланеризмом, парапланеризмом, параглайдингом, автоспортом, 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). Если хоть в одну физическую активность, которая упомянута в пунктах 10.1 и 10.2, включены прыжки с высоты, акробатические элементы, то эта активность причисляется к особым видам спорта, и не настоящими Правилами.

РАЗДЕЛ 11. ИСКЛЮЧЕНИЯ

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

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

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

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

11.1.4. любые события/последствия, непосредственно связанные с беременностью (кроме случая, предусмотренного пунктом 8.1.2 настоящих Правил), родами и или аборт, а также издержками за услуги, связанные с планированием семьи и лечением бесплодия;

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

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

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

11.1.8. расходы на реабилитационные мероприятия;

11.1.9. расходы на трансплантацию органов;

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

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

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

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

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

11.1.15. хронические заболевания и/или их обострения/осложнения, и/или иные формы и виды их проявления. В случае обострения/осложнения у Застрахованного лица хронических заболеваний, Страховщик организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица в пределах 500 (пятьсот) Евро;

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

11.1.17. заболевания (инфаркт, инсульт, сахарный диабет, почечная недостаточность, туберкулёз, цирроз печени, вирусные гепатиты, любые виды аневризмы, эндокринные заболевания и т.п.), возникновение которых происходит в течение длительного времени и/или в связи с наличием других заболеваний, требующих сложного лечения и/или длительного пребывания в медицинском учреждении. В случае первичного обнаружения вышеуказанных заболеваний, Страховщик организует услуги и/или оплатит расходы Застрахованного лица в пределах 500 (пятьсот) Евро;

11.1.18. профессиональные заболевания и заболевания, для лечения которых было предпринято туристические поездки;

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

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

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

- 11.1.22. события, которые произошли при управлении моторными транспортными средствами (за исключением квадроцикла, мотороллера, мопеда, скутера, водного скутера, автомобиля и/или езде на моторных транспортных средствах в качестве пассажира);
- 11.1.23. расходы на лечение, которые имели место после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания, а также после окончания периода страхования.
- 11.2. Страховщик не оплачивает расходы и случай не признается страховым, если страховое событие наступило с Застрахованным лицом:
- 11.2.1. при попытке самоубийства или самоубийстве;
- 11.2.2. при исполнении служебных обязанностей в какой-либо военной структуре;
- 11.2.3. выполняя физическую работу, если в Полисе в графе «Особые условия» не указано «Работа».
- 11.3. Страховщик не оплачивает расходы, которые прямо или косвенно вызваны:
- 11.3.1. террористическим актом (акт, который выражается в применении силы и насилия или угрозе их применения со стороны любого лица или группы лиц, действующих в одиночку или в связи с какой-либо организацией или правительством или от его имени, выполняемым из политических, религиозных, идеологических или этнических соображений и содержащий замысел повлиять на правительство или угрожать обществу или какой-либо его части), в том числе не возмещается вред, вызванный мероприятиями по предотвращению террористического акта;
- 11.3.2. актом войны, вторжением иностранного врага, военными действиями (независимо оттого будет объявлена война или нет), гражданскими войнами, восстаниями, революциями, бунтами и гражданскими волнениями;
- 11.3.3. несчастными случаями, произошедшими в результате участия Застрахованного лица в пари и преступлениях, а также в драке, за исключением действий, связанных с выполнением им своего гражданского долга или защиты своей жизни, здоровья, чести и достоинства (или третьих лиц);
- 11.3.4. несчастными случаями, произошедшими с Застрахованным лицом в результате управления им транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения и/или без соответствующего разрешения/права на управление транспортным средством, а также при передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в вышеуказанном состоянии и/или без вышеуказанного разрешения/права;
- 11.3.5. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, которое послужило причиной наступления страхового случая;
- 11.3.6. предоставлением документов с заведомо ложной информацией, касающейся состояния здоровья Застрахованного лица или оказанных ему медицинских и связанных с ними услуг;
- 11.3.7. не представлением необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая и объем вызванных в результате страхового случая убытков;
- 11.3.8. не представлением запрашиваемых Страховщиком документов, оговоренных в пунктах 12.7 -12.8 настоящих Правил;
- 11.3.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.
- 11.4. В соответствии с условиями настоящих Правил Страховщик освобождается от ответственности и не покрывает косвенные убытки, недополученную прибыль, пени, штрафы, неустойки и прочие финансовые санкции.

РАЗДЕЛ 12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕТЕНЗИИ

- 12.1. При наступлении страхового события, Застрахованное лицо или его представитель обращается в Службу Ассистанс по телефонам или с помощью других средств связи, указанным в Полисе, и по возможности, информирует оператора о случившемся, сообщая при этом следующие данные:
- фамилию и имя Застрахованного лица, нуждающегося в помощи;
 - номер Полиса и период страхования;
 - название Страховщика;
 - описание обстоятельств произошедшего события и характер требуемой помощи;
 - местонахождение и номер контактного телефона для обратной связи.
- 12.2. После получения информации, Служба Ассистанс организует оказание Застрахованному лицу необходимых услуг, предусмотренных настоящими Правилами, а также оплатит расходы Застрахованного лица в соответствии с условиями Полиса.
- 12.3. В случае невозможности позвонить в Службу Ассистанс до консультации с врачом или отправки в клинику, Застрахованное лицо должно позвонить в Службу Ассистанс при первой возможности. В любом случае, до осуществления оплаты счетов/расходов, Застрахованное лицо должно сообщить о случившемся в Службу Ассистанс или Страховщику и предъявить медицинскому персоналу Правила страхования и Полис.
- 12.4. В случае невозможности связаться со Службой Ассистанс, Застрахованное лицо может самостоятельно оплатить расходы, связанные со страховым событием. В этом случае Застрахованное лицо письменно обращается к Страховщику о случившемся.
- 12.5. Заявление предоставляется Страховщику в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня наступления страхового события, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня возвращения Застрахованного лица из туристической поездки.

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

12.6.1. при внезапном заболевании и/или несчастном случае с Застрахованным лицом в туристической поездке:

- а) Полис или его копия;
- б) копия документа (с Обязательным представлением оригинала), устанавливающего личность Застрахованного лица;
- в) оригинал справки-счета из учреждения с указанием необходимых данных (фамилия пациента, диагноз, дата обращения за услугами, продолжительность лечения и т. п.);
- г) оригинал рецепта, выписанного врачом в связи сданным заболеванием;
- д) оригинал счета учреждения с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;
- е) оригиналы документов, подтверждающие факт оплаты услуг (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы и т. п.);
- ж) заключение или иной документ учреждения, свидетельствующий об отсутствии в организме Застрахованного лица алкоголя, наркотического, токсического или иного опьяняющего вещества - при несчастном случае, произошедшем с Застрахованным лицом в результате управления им любым видом транспортного средства;

12.6.2. при наступлении смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая в туристических поездках:

- а) Полис или его копия;
- б) копия документа (с обязательным представлением оригинала), устанавливающего личность Выгодоприобретателя, правомочного в получении страхового обеспечения;
- в) детальное описание обстоятельств несчастного случая и по возможности имена и координаты свидетелей;
- г) оригинал акта (протокола или любого иного документа, описывающего обстоятельства и причины происшествия) правоохранительных органов в отношении несчастного случая (если дело рассматривалось правоохранительными органами);
- д) заверенная в выдающей инстанции копия свидетельства о смерти Застрахованного лица или оригинал судебного решения о том, что Застрахованное лицо объявлено умершим или без вести пропавшим (в случае исчезновения Застрахованного лица).

12.7. По требованию Страховщика, документы, указанные в пункте 12.6, составленные на иностранном языке, ином, чем русский и английский, подлежат заверенному переводу за счет средств Заявителя (Страхователя/ Застрахованного лица/Выгодоприобретателя).

12.8. При необходимости и в целях выяснения обстоятельств, а также определения размера убытка и урегулирования вопроса по осуществлению страхового обеспечения, Страховщик имеет право затребовать другие документы, не указанные в пункте 12.6 настоящих Правил.

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

12.10. В зависимости от характера и обстоятельств страхового события, Страховщик имеет право принять решение о признании или не признании произошедшего события страховым случаем (или об отказе в страховом обеспечении) без требования полного перечня документов/информации, указанного в пункте 12.6 с соблюдением требований пункта 12.7 настоящих Правил.

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

12.12. Если Застрахованное лицо заявляет о страховом событии с нарушением требований пункта 12.5 настоящих Правил, его обязанностью является доказать Страховщику невозможности более скорого сообщения о случившемся.

12.13. Если по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс в отношении Застрахованного лица, принятие решения о выплате страхового обеспечения может быть отсрочено до окончания расследования или судебного разбирательства.

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

РАЗДЕЛ 13. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

13.1. Страховое обеспечение осуществляется на основании Акта о страховом случае, подписанного Страховщиком и лицом, правомочным на получение страхового обеспечения, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента признания Страховщиком страхового события страховым случаем.

13.2. Страховое обеспечение осуществляется в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу иностранной валюты, в которой производились расходы, установленному Центральным банком Республики Узбекистан на день выплаты страхового обеспечения, путем единовременного перечисления на банковский счет лица, правомочного на получение страхового обеспечения (Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя).

13.3. Если курс иностранной валюты, в которой производились расходы, не установлен Центральным банком Республики Узбекистан, то сторонами определяется источник установления курса данной валюты по отношению к национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, который указывается в Акте о страховом случае.

13.4. Страхование по Разделу 9 настоящих Правил осуществляется в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу иностранной валюты, установленному Центральным банком Республики Узбекистан на день выплаты страхового обеспечения, путем единовременного перечисления на банковский счет лица, правомочного на получение страхового обеспечения.

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

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

13.7. После осуществления страхового обеспечения, оригиналы документов, указанные в пункте 12.6 настоящих Правил, Страхователю/Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю не возвращаются.

РАЗДЕЛ 14. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ПОЛИСА

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

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

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

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

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

14.3.3. досрочного возвращения Застрахованного лица из-за рубежа в связи с изменением срока пребывания за рубежом - Страховщик возвратит ему 85 (восемьдесят пять) % страховой премии за неиспользованный период страхования;

14.3.4. по всем вышеуказанным случаям, предусмотренным пунктом 14.3 настоящих Правил, Страхователям, оформившим настоящий Полис в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, при возврате страховой премии или её части, последние 15 (пятнадцать) дней периода действия Полиса, дополнительно включенные согласно пункту 4.5 настоящих Правил, не учитываются.

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

14.5. Страховая премия не возвращается в случаях:

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

14.5.2. в паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза/разрешение на посещение той или иной страны, когда наличие Полиса требовалось для получения данной визы;

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

14.5.4. если Страхователь не вернул оба экземпляра Полиса, ранее выданных ему Страховщиком.

РАЗДЕЛ 15. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

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

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

15.4. Если какие-либо возникшие ситуации (обстоятельства) не нашли своего отражения в Полисе или настоящих Правилах, Страховщик вправе принять по своему усмотрению компромиссное решение.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1 К ПРАВИЛАМ СТРАХОВАНИЯ ТУРИСТОВ ООО «APEX INSURANCE»

ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ И СУММ		Программа страхования (Страховые премии указаны в ЕВРО)		
		SILVER	GOLD	PLATINUM
№	Страховая сумма	20 000	60 000	90 000
1.	Лимит на Медицинские услуги, в том числе:	10 000	30 000	40 000
1.1.	Неотложные стоматологические услуги	200	300	500
2.	Лимит на Медико-Транспортные услуги, в том числе:	4 000	17 000	27 000
2.1.	медицинская эвакуация Застрахованного лица	4 000	6 000	11 000
2.2.	возвращение застрахованного лица и/или его детей	нет	6 000	8 000
2.3.	транспортировка сопровождающего лица	нет	5 000	8 000
3.	Лимит на Иные услуги, в том числе:	5 000	11 000	20 000
3.1.	поисково-спасательные мероприятия	нет	2 000	4 000
3.2.	захоронение в стране временного пребывания	нет	2 000	4 000
3.3.	репатриация	5 000	7 000	12 000
4.	Страхование от несчастных случаев (смерть Застрахованного лица)	1000	2 000	3 000