

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ (КЛАСС 2 ОТРАСЛИ ОБЩЕГО СТРАХОВАНИЯ)

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования на случай болезни (далее по тексту - Правила) разработаны в соответствии с законодательством Республики Узбекистан, Уставом акционерного общества «ALFA LIFE INSURANCE» (далее по тексту - Страховщик) и определяют основные условия страхования на случай болезни по 2 классу отрасли общего страхования, исключая страхование по классу IV отрасли страхования жизни.

В соответствии и в пределах настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать по конкретным видам страхования на случай болезни отдельные Правила страхования и договора страхования.

1.2. На основании настоящих Правил Страховщик заключает договора страхования на случай болезни с физическими и юридическими лицами и в соответствии с которыми обеспечивает выплату фиксированной денежной суммы страхового обеспечения или денежную компенсацию (или комбинацию того и другого) расходов застрахованного лица в связи с заболеванием или расстройством здоровья.

1.3. В соответствии с настоящими Правилами Страховщик вправе разрабатывать правила медицинского страхования, на основании которых заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, организацию покрытия расходов медицинских услуг определенного перечня и качества в объеме, оговоренном договором страхования. Конкретный перечень медицинских услуг по договору страхования, а также уровень страховой ответственности выбирается страхователем при подаче заявления о своем намерении заключить договор страхования, исходя из возможностей Страховщика, определяемых договорами о сотрудничестве, заключенными с медицинскими учреждениями.

1.4. Значения основных терминов, используемых в настоящих Правилах:

Страхователь - лицо, заключившее договор страхования, оплачивающее страховую премию и вступающее в страховые отношения со Страховщиком.

Договор страхования - письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем, согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, произвести выплату фиксированной денежной суммы страхового обеспечения (страховую сумму) или денежной компенсации расходов застрахованного лица при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая).

Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора страхования), либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления подписанного Страховщиком страхового полиса, содержащего условия договора страхования.

Заболевание или расстройство здоровья - возникновение болезни у Застрахованного лица в результате нарушения правильной деятельности его организма вследствие действий вирусов и инфекций или иного расстройства здоровья, вызванного нарушением работы или отказом внутренних органов, а также внешним или внутренним воздействием на его организм.

Страховой полис - документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования и вступления в силу обязательств Страховщика, который выдается Страхователю после уплаты им страховой премии.

Застрахованное лицо - лицо, указанное в договоре страхования, чье здоровье является объектом страховой защиты и за которого оплачена страховая премия.

Страховая сумма - сумма денежных средств, представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика и в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое обеспечение, при наступлении страхового случая.

Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя, если иное не вытекает из действующего законодательства.

Страховая премия - взнос, который Страхователь обязан оплатить Страховщику в соответствии с договором страхования.

Страховое обеспечение - денежные средства, выплачиваемые Застрахованному лицу в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая в порядке и условиях, оговоренного в договоре страхования.

Страховой случай - событие, предусмотренное в договоре страхования, при наступлении которого согласно условиям договора страхования возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения (страховой суммы).

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Период страхования - период времени, в течение которого действует договор страхования. Страховщик несет обязательства по страховым случаям, произошедшим в течение периода страхования.

Претензия – требование Страхователя (Застрахованного лица) к Страховщику за выплатой страхового обеспечения (страховой суммы).

Территория страхования - территория, на которой действует страхование. Действие договора страхования

© Правила страхования на случай болезни от «24» февраля 2022 года распространяется на случаи, произошедшие на территории страхования, указанной в нем.

РАЗДЕЛ 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с настоящими Правилами:

- Страхователями являются отечественные и иностранные юридические лица, а также физические лица - резиденты Республики Узбекистан, нерезиденты и лица без гражданства, обладающие полной гражданской дееспособностью и вступающие в страховые отношения со Страховщиком, уплачивая ему страховую премию;

- Страховщик – акционерное общество «ALFA LIFE INSURANCE», осуществляющая страховую деятельность в соответствии с законодательством Республики Узбекистан и настоящими Правилами и выступающая Страховщиком в договорах страхования;

- Застрахованное лицо - физическое лицо (резидент Республики Узбекистан, нерезидент и лицо без гражданства), обладающее полной гражданской дееспособностью и указываемое в договоре страхования, чье здоровье является объектом страховой защиты.

2.2. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица - по иску его наследников.

2.3. Физические лица (резидент Республики Узбекистан, нерезидент и лицо без гражданства), страдающие тяжелыми нервными или душевными заболеваниями, эпилепсией, различными видами параличей, либо имеющие потерю трудоспособности более чем на 60%, страхованию не подлежат.

2.5. Страховщик может предусмотреть ограничения в контингенте Застрахованных лиц, в соответствии с которыми отдельные категории граждан (инвалиды, граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических и др.) могут быть застрахованы на особых условиях с соответствующими специфике такой группы риска ограничениями в объеме ответственности и расчетом тарифной ставки. Страховщик не вправе устанавливать иные ограничения, кроме указанных в настоящем Разделе.

РАЗДЕЛ 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются не противоречащие законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с расходами и затратами при возникновении страхового случая.

3.2. На основании настоящих Правил страховыми случаями являются заболевания или иные расстройства здоровья Застрахованного лица.

3.3. В случае, если Страхователем выступает физическое лицо и страхование осуществляется в его пользу, на него распространяются все права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является фактически свершившееся событие, предусмотренное в договоре страхования, с наступлением которого в соответствии с условиями договора страхования возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения (страховой суммы) и которое подтверждено документами.

Страховым случаем по договору медицинского страхования является обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением консультативной, профилактической, лечебной и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования.

4.2. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

4.2.1. На условиях «Полной страховой ответственности».

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному лицу предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными медицинскими учреждениями, определенными договором страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

4.2.2. На условиях «Гарантированного предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении».

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному лицу предоставление медицинских услуг в соответствии с их перечнем, выбранным Страхователем при заключении договора страхования, при амбулаторном лечении в медицинских учреждениях, определенных договором страхования.

4.2.3. На условиях «Гарантированного предоставления медицинских услуг при стационарном лечении». При заключении договора страхования на таких условиях Застрахованному лицу гарантируется получение медицинских услуг в соответствии с их перечнем, предусмотренным в договоре страхования, при обращении в стационарные медицинские учреждения, определенные договором страхования.

4.3. Страховыми случаями не признаются события, произошедшие прямо или косвенно в результате:

- а) умышленного преступления, совершенного Страхователем/Застрахованным лицом или умышленных действий и/или бездействия Страхователя/Застрахованного лица, приведших к наступлению страхового случая;
- б) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- в) военных действий, маневров или иных военных мероприятий;
- г) гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок, несанкционированных митингов;
- д) террористических актов, совершенных лицом или группой лиц;
- е) заболеваний, произошедших за пределами территории страхования или вне периода страхования;
- ж) участия в официальных спортивных мероприятиях (соревнованиях) или иных мероприятиях, связанных с регулярным занятием спортом на профессиональной основе (тренировки, показательные выступления, сборы и т.д.), использования различных летательных аппаратов, прыжков с парашютом, а также иных мероприятий, связанных с непосредственной повышенной опасностью для жизни и здоровья;
- з) эпидемии и эпизотии;
- и) отравления алкоголем или какими-либо веществами, принятыми с целью или в состоянии опьянения, с употреблением наркотических веществ, а также с травмой, полученной Застрахованным лицом вследствие любого вида опьянения или действий, связанных с опьянением;
- к) управления Застрахованным лицом или передачей последним управления лицу, не имеющему водительского удостоверения, на управление автотранспортным средством, для управления которого требуется такое удостоверение;
- л) покушения Застрахованного лица на самоубийство;
- м) злокачественными онкологическими заболеваниями, а также их осложнениями, заболеваниями крови опухолевой природы;
- н) последствий лечебных и профилактических мероприятий, если они не были связаны с лечением последствий заболеваний Застрахованного лица, признанного страховым случаем по договору страхования.
- о) совершением Застрахованным лицом действий, в которых следственными органами или судом установлены признаки умышленного правонарушения (преступления);
- п) хулиганством или дракой, когда решением следственных органов или суда установлено, что Застрахованное лицо было ее инициатором, за исключением если происшествие было вызвано действиями, связанными с исполнением Застрахованным лицом своего гражданского долга или защиты своей жизни, здоровья, чести и достоинства, либо третьих лиц;
- р) неблагоприятными последствиями диагностических, лечебных и профилактических мероприятий (включая инъекции лекарств), если они не были связаны с лечением последствий травмы.

Страховщик вправе изменить как в сторону сокращения, так и в сторону расширения перечень исключений для отдельных правил страхования и договора страхования.

4.4. Страховыми случаями не признаются:

- а) ВИЧ инфекции, СПИД и любые венерические заболевания;
- б) туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, независимо от клинической формы и стадии процесса; в) сахарный диабет (1 и 2 типа);
- г) хроническая почечная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;
- д) заболевания, связанные с врожденными аномалиями органов и пороками развития;
- е) психические заболевания и их осложнения;

4.5. Страховым случаем также не считается, и выплата по нему не производится, если

Страхователь\Застрахованное лицо:

- в установленные договором страхования сроки не известил Страховщика о произошедшем событии;
- не представил документы, указанные в договоре страхования и сведения, необходимые для установления страхового случая, а также для выяснения причинной связи этого случая с наступившим результатом или представил заведомо ложные доказательства;
- не принял меры по предоставлению возможности доступа доверенного врача (эксперта) Страховщика к пострадавшему лицу.

Отказ Страховщика в оплате страхового обеспечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Республики Узбекистан и договором страхования.

4.6. Перечень ограничений ответственности Страховщика устанавливается индивидуально в договоре страхования и может быть шире или уже предложенного настоящими Правилами.

4.7. Страховщик вправе в договоре страхования определить сферу действия страхования и применения его только к страховым случаям, имевшим место на определенной территории, периода времени, или при других обстоятельствах.

4.8. Страховщик не несет обязательства в отношении любых обстоятельств (событий), которые не указаны и/или не описаны в настоящих Правилах, если иное не оговорено специально в договоре страхования.

4.9. Страховщик не будет иметь обязательств в отношении событий, произошедших до вступления в силу и после истечения срока обязательств Страховщика по договору страхования.

4.10. Страховщик не будет иметь обязательств по отношению убытков, если Страхователем/Застрахованным лицом или их представителями будут представлены ложные сведения в отношении наступившего события или при заключении договора страхования.

РАЗДЕЛ 5. ФОРМА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ПРЕМИЙ

5.1. Страховая премия определяется в соответствии с действующими тарифами, разработанными Страховщиком по данному классу страхования в зависимости от страховой суммы, периода страхования, возраста Застрахованного лица и других факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

5.2. Оплата страховой премии производится на расчетный счет Страховщика единовременным платежом, либо частями за соответствующий период в пределах срока действия договора страхования.

При оплате страховой премии частями Полис страхования выдается на период пропорционально оплаченной части страховой премии или на другой период времени, предусмотренный договором страхования.

5.3. Страховая премия может быть оплачена как в национальной, так и в иностранной валюте. Валюта страховой премии и порядок ее оплаты устанавливается в договоре страхования.

5.4. Страховая премия оплачивается:

- юридическими лицами – безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на банковский счет Страховщика;
- физическими лицами – путем оплаты денежных средств на банковский счет Страховщика через уполномоченные банки или любым иным способом, не противоречащим действующему законодательству Республики Узбекистан.

5.5. Все взаиморасчеты, оплата страховой премии, выплата страхового обеспечения производятся в валюте и порядке, указанном в договоре страхования.

РАЗДЕЛ 6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании письменной анкеты-заявления Страхователя. Страховщик может разрабатывать стандартные формы анкеты-заявления.

6.2. Договор страхования заключается путем вручения Страхователю полиса страхования (Приложение №1 к настоящим Правилам) с приложением Правил страхования или оформления одного документа (Приложение №2 к настоящим Правилам).

При заключении договора страхования путем выдачи полиса страхования, полис страхования выдается после оплаты Страхователем оговоренной страховой премии. Согласие Страхователя на заключение договора страхования на предложенных условиях страхования подтверждается оплатой страховой премии и принятием полиса страхования.

В случае заключения путем оформления одного документа, договор страхования составляется в одном документе, который подписывается сторонами договора страхования с последующей выдачей полиса страхования.

Договор страхования может быть заключен сроком на 10 (десять) дней и более. При этом, максимальный срок страхования не ограничивается.

6.3. Для составления договора страхования Страховщиком может быть затребована дополнительная информация, влияющая на определение степени риска наступления страхового случая.

6.4. Договор страхования может быть заключен на любой период времени и может быть пролонгирован на следующий период по соглашению Страхователя и Страховщика путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования.

6.5. При заключении договора страхования путем составления одного документа, договор страхования вступает в силу с момента его подписания сторонами, если в нем не оговорена другая дата вступления его в силу.

При заключении договора страхования путем выдачи Страховщиком полиса страхования, договор страхования вступает в силу с момента оплаты страховой премии.

Однако, во всех случаях, обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения вступают в силу при условии своевременной оплаты страховой премии или первой ее части со дня начала периода страхования и действуют до 24:00 его конечной даты, указанной в полисе страхования.

6.6. При несвоевременной оплате страховой премии, обязательства Страховщика по выплате страхового обеспечения вступают в силу с 00:00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии на банковский счет Страховщика.

6.7. Днем оплаты страховой премии считается день зачисления денежных средств на банковский счет Страховщика.

6.8. Полис страхования выдается в течение 3 (трех) рабочих дней, если иной срок не указан в договоре страхования, после поступления страховой премии на банковский счет Страховщика и предъявлении Страхователем документа об оплате страховой премии на банковский счет Страховщика (квитанции, платежного поручения и т.п.).

6.9. В случае утраты полиса страхования выдача дубликата полиса страхования осуществляется Страховщиком на основе письменного заявления Страхователя.

6.10. Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа.

6.10.1. Настоящие Правила содержат в себе все существенные условия Договора страхования и считаются электронным документом, устанавливающим условия продажи и оказания страховых услуг Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу;

6.10.2. Договор страхования (Полис) формируется на основе данных, представленных Страхователем Страховщику с использованием информационных систем;

6.10.3. Создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме для заключения договора страхования осуществляются с использованием официального веб-сайта Страховщика, а также мобильных приложений, электронной почты и других, не противоречащих Законодательству Республики Узбекистан способами обмена информацией.

6.10.4. Страхователь заполняет обязательные поля электронного заявления, самостоятельно и в строгом соответствии с данными оригинальных документов, указанных в заявлении;

6.10.5. Страхователь принимает на себя ответственность за достоверность и тождественность информации, указанной в заявлении, сведениям оригиналов заявленных документов, а также соглашается, что при наступлении страхового случая и несоответствии заявленных документов их оригиналам, Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения;

6.10.6. Данные документов, указанные и внесенные в заявление, автоматически вносятся в договор страхования (Полис).

6.10.7. Стороны Договора страхования подтверждают, что получение Страхователем Полиса страхования на свой мессенджер по указанному номеру телефона либо на электронный почтовый адрес, указанного при заполнении персональных данных, является надлежащим подписанием Договора страхования (Полиса страхования).

6.10.8. Стороны подтверждают свое согласие с тем, что передача Полиса страхования на мессенджеры по указанному номеру либо на электронный почтовый адрес, указанного Страхователем в заявлении, является надлежащим вручением Страхователю договора страхования (Полиса страхования).

6.10.9. Порядок оплаты Договора страхования (Полиса страхования):

6.10.9.1. Оплата страховой премии по Договору страхования (Полису страхования) производится Страхователем с использованием информационных систем (онлайн), применяемых Страховщиком;

6.10.9.2. После заполнения заявления на сайте – информационной системе Страховщика, Страхователю необходимо выбрать электронную платежную систему, после чего он будет автоматически переадресован на сайт выбранной платежной системы для списания рассчитанной суммы страховой премии на расчетный счет Страховщика;

6.10.9.3. После получения подтверждения об оплате стоимости Полиса страхования, информационная система Страховщика автоматически производит оформление Полиса страхования в электронной форме, отправляет его на мессенджеры по указанному номеру телефона при заполнении персональных данных последующим оповещением Страхователя путем направления СМС–сообщения, содержащего сведения о серии и номере Полиса страхования; о факте электронной отправки Полиса страхования.

6.10.10. В соответствии со статьей 370 Гражданского кодекса Республики Узбекистан, безусловным принятием (акцептом) условий настоящих Правил считается отметка галочкой (✓) соответствующего квадратика между кнопкой «Оформить» и надписью «Согласен с условиями публичной оферты страхования», а также нажатие кнопки «Оформить», чем выражается согласие:

- с условиями настоящих Правил, включая условия страхования, изложенными в ней; - на обработку персональных данных лиц, указанных при заполнении заявления, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение (без уведомления об уничтожении), путем обработки автоматизированным или неавтоматизированным способом в целях осуществления страховой деятельности сроком на 5 (пять) лет, а также на их передачу в целях исполнения договора страхования, обеспечения внутреннего документооборота, третьим лицам.

6.10.11. Настоящие правила являются публичной офертой АО «ALFA LIFE INSURANCE», адресованным неопределенному кругу физических лиц заключить договор страхования посредством информационных систем Страховщика.

РАЗДЕЛ 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. получать консультации от Страховщика по вопросам страхования в течение всего срока действия договора страхования;

7.1.2. вносить предложения об изменениях и/или дополнениях в договор страхования;

7.1.3. получить дубликат полиса страхования в случае его утраты;

7.1.4. получить страховое обеспечение, если договором страхования не предусмотрено другое лицо в качестве получателя страхового обеспечения.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. сообщать Страховщику достоверную и существенную информацию, имеющую значение для определения факторов, влияющих на степень риска. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в анкете-заявлении на страхование;

7.2.2. принимать все зависящие от него меры для предотвращения возможности наступления страхового случая;

7.2.3. при наступлении страхового случая уведомить Страховщика об этом в любой форме и представить письменное заявление в сроки, оговоренные в условиях договора страхования, с указанием причин и всех обстоятельств, повлекших или повлиявших на наступление страхового случая;

7.2.4. своевременно оплачивать страховую премию;

7.2.5. в течение 30 (тридцати) календарных дней после происшедшего события в письменной форме уведомить об этом Страховщика.

Несвоевременное уведомление о случившемся дает Страховщику право отказать в выплате страхового обеспечения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение;

7.2.6. предоставить все необходимые документы и сведения при наступлении события, предусмотренного договором страхования.

7.2.7. в период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение вероятности наступления страхового случая.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. проверять сообщенную Страхователем информацию;

7.3.2. затребовать дополнительные документы, характеризующие степень риска наступления страхового случая;

7.3.3. отказать в выплате страхового возмещения, если Страхователь:

а) своевременно не известил Страховщика о произошедшем событии;

б) не представил документы и сведения, необходимые для установления страхового случая, а также для выяснения причинной связи этого случая с наступившим результатом или представил заведомо ложные доказательства.

7.3.4. отсрочить принятие решения по произошедшему событию, если соответствующими органами возбуждено уголовное, гражданское дело или производство о наложении административных взысканий против Страхователя и ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая. Решение о страховой выплате, в данном случае, принимается после окончания расследования;

7.3.5. требовать изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии при увеличении вероятности наступления страхового случая. При этом, если Страхователь отказался от внесения изменений или оплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в одностороннем порядке.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. выдать Страхователю полис страхования после поступления средств страховой премии на расчетный счет Страховщика;

7.4.2. после получения всех необходимых документов и установления факта наступления страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами, произвести выплату страхового обеспечения в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента подписания акта о страховом случае.

7.4.3. не разглашать информацию, полученную от Страхователя и являющуюся коммерческой тайной, сведения о Страхователе/Застрахованном лице и его имущественном или ином состоянии, ставших ему известными в период действия договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

7.5. Застрахованное лицо имеет право:

7.5.1. выдать доверенность любому лицу на получение страхового обеспечения (страховой суммы) в порядке, установленном действующим законодательством Республики Узбекистан;

7.5.2. обращаться к Страховщику за получением разъяснений по условиям страхования;

7.5.3. досрочно отказаться от настоящего договора страхования с письменным уведомлением Страховщика;

7.5.4. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Узбекистан.

7.6. Застрахованное лицо обязано:

7.6.1. сообщать Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения факторов, влияющих на степень риска;

7.6.2. принимать все зависящие от него меры для предотвращения возможности наступления страхового случая. При наступлении страхового случая уведомить Страховщика об этом в любой форме и представить письменное заявление в сроки, оговоренные в условиях договора страхования, с указанием причин и всех обстоятельств, повлекших или повлиявших на наступление страхового случая;

7.6.3. обеспечить при необходимости доступ доверенного врача-эксперта Страховщика к пострадавшему Застрахованному лицу и содействовать в предоставлении возможности обследования его состояния и изучение истории его болезни;

7.6.4. в течение 30 (тридцати) календарных дней после происшедшего события, в письменной форме уведомить об этом Страховщика.

7.6.5. предоставить все необходимые документы и сведения при наступлении события, предусмотренного договором страхования.

7.7. Договор страхования может содержать другие права и обязанности сторон, не противоречащие действующему законодательству Республики Узбекистан.

РАЗДЕЛ 8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока его действия (периода страхования);
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

8.2. Договор страхования признается недействительным в случае, если Страхователь представил Страховщику заведомо ложные сведения и в других случаях, оговоренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

8.3. Договор страхования может быть досрочно расторгнут по требованию Страхователя или Страховщика, либо по соглашению сторон договора страхования.

8.4. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения.

8.5. В случае досрочного расторжения договора страхования по требованию Страхователя или по соглашению сторон, уплаченная страховая премия подлежит возврату в размере, пропорциональном не истекшему периоду страхования за вычетом расходов Страховщика.

8.6. При неуплате Страхователем страховой премии в установленные договором страхования сроки и размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор страхования с письменным уведомлением Страхователя.

РАЗДЕЛ 9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. При предъявлении требования к Страховщику о выплате страхового обеспечения (страховой суммы) Страхователь/Застрахованное лицо обязан предоставить следующие документы:

- заявление о выплате;
- документ, удостоверяющий личность;
- выписку из истории болезни (амбулаторной карты);
- Полис страхования;
- иные документы, подтверждающие произошедшее событие.

В Договоре страхования Страховщик вправе конкретизировать перечень документов, прилагаемых к претензии исходя из покрываемых страховых случаев.

9.2. Страховщик в целях выяснения обстоятельств происшествия вправе затребовать дополнительные сведения и документы. Страховщик может принять решение без требования предоставления полного перечня документов, указанных в п. 9.1. при наличии достаточных оснований.

9.3. В договоре страхования Страховщик вправе конкретизировать перечень документов, прилагаемых к претензии исходя из покрываемых страховых случаев.

9.4. После изучения всех обстоятельств и документов, относящихся к данному происшествию, Страховщик выносит решение о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем. Срок рассмотрения претензии составляет 15 (пятнадцать) рабочих дней, при условии предоставления Страхователем по запросу Страховщика всех необходимых документов и информации, касающейся данного события.

9.5. В случае признания Страховщиком наступившего события страховым случаем устанавливается сумма причитающегося к выплате страхового возмещения и указывается в Акте о страховом случае, который подписывается представителем Страховщика, Страхователя.

9.6. В случае непризнания наступившего события страховым случаем, Страховщик письменно уведомляет Страхователя об отказе, с мотивированным обоснованием причин отказа не позднее 15 (пятнадцати) дней после обращения Страхователя за выплатой страхового обеспечения, при соблюдении условий п. 9.4 настоящих Правил.

9.7. Во всех случаях доказательство наступления страхового случая лежит на Страхователе/Застрахованном лице.

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

РАЗДЕЛ 10. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

10.1. Выплата страхового обеспечения производится не позднее 20 (двадцати) банковских дней со дня подписания Акта о страховом случае.

10.2. Размер страхового обеспечения определяется Страховщиком в следующем порядке:

- при заболевании и при расстройстве здоровья Застрахованного лица - выплачивается страховое обеспечение в размере расходов на лечение.

10.3. Размер страхового обеспечения устанавливается Страховщиком в сумме фактически понесенных убытков, определенной на основании документов, полученных от Страхователя, других лиц, решения суда, документов компетентных органов, экспертов в соответствии с действующим законодательством, с использованием отчетных и бухгалтерских данных и иных документов, подтверждающих факт и размер убытков.

10.4. В любом случае общая сумма выплат страховых обеспечений не может превышать страховую сумму, установленную в договоре страхования.

10.5. Сумма выплаченного страхового обеспечения уменьшает страховую сумму на сумму произведенных выплат.

10.6. Договором страхования может быть предусмотрен другой порядок выплаты страхового возмещения или другие страховые выплаты, не противоречащие действующему законодательству Республики Узбекистан.

10.7. Днем выплаты страхового обеспечения считается дата списания денежных средств с банковского счета Страховщика.

РАЗДЕЛ 11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств по договору страхования стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

11.2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, если неисполнение ими своих обязательств по настоящим Правилам страхования было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажор). Сторона, подвергшаяся действию обстоятельств непреодолимой силы, обязана незамедлительно уведомить другую сторону о возникновении и возможной продолжительности действия указанных обстоятельств.

11.3. Все споры и разногласия, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров сторон, а в случае не достижения согласия в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Узбекистан.