

УТВЕРЖДЕНО  
Генеральным директором  
ООО «Страховая организация «БИМА»  
Чулибаевым В.Ю.  
Приказ № 5/С от «20» января 2020г.



**ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ  
ПО СТРАХОВОМУ ПРОДУКТУ «ТЕЛОХРАНИТЕЛЬ»**

**СОДЕРЖАНИЕ:**

1. Определения.....	2
2. Общие положения.....	3
3. Субъекты страхования.....	3
4. Объект страхования.....	3
5. Страховой случай.....	3
6. Объем обязательств страховщика.....	4
7. Страховая сумма и страховая премия.....	4
8. Порядок заключения договора страхования.....	4
9. Права и обязанности сторон.....	6
10. Прекращение договора страхования.....	7
11. Порядок осуществления страховой выплаты.....	8
12. Порядок разрешения споров.....	8
13. Программа страхования.....	8

## 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Определения, приведенные в настоящем разделе, несут одинаковое смысловое значение по всему тексту настоящих Полисных условий. В каждом разделе Полисных условий могут быть приведены дополнительные определения.

1.1. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая организация «БИМА», имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности, выданную государственным уполномоченным органом, которое заключает с физическими и юридическими лицами Договоры добровольного медицинского страхования. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты и брокеры (юридические и физические лица) на основании соответствующих договоров и / или доверенностей.

1.2. **Страхователь** – Физическое лицо, являющиеся стороной в Договоре страхования, которое уплачивает страховую премию (страховой взнос) и имеет право по закону или в силу Договора получить при наступлении Страхового случая Страховую выплату.

Страхователи – физические лица, которые вправе заключать Договоры страхования, как своих имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, так и о страховании имущественных интересов третьих лиц (Застрахованных).

Если Страхователь – физическое лицо заключил договор о страховании своих имущественных интересов, то он одновременно является Застрахованным.

1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** – названное в Договоре страхования физическое лицо, наступление в жизни которого предусмотренного Договором страхования события (страхового случая) влечет возникновение обязанности Страховщика оплатить оказанные Застрахованному медицинские услуги определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования.

1.4. **Договор страхования** – Соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести страховую выплату, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки и порядке.

1.5. **Страховой полис-оферта** – Документ, в соответствии с условиями которого Страховщик предлагает заключить Страхователю Договор страхования, и оформленный в соответствии с законодательством Республики Таджикистан. Подписанный Страховой полис-оферта вручается Страховщиком Страхователю. Акцепт Страхователя совершается путем уплаты им страховой премии в порядке и сроки, установленные Договором страхования (Страховым полисом-офертой). Далее в Полисных условиях Страховой полис-оферта также именуется, как Страховой полис или Полис.

1.6. **Страховой риск** – Предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование, а именно: оказание медицинским учреждением медицинских услуг Застрахованному, повлекшее за собой расходы по оплате таких медицинских услуг.

1.7. **Страховая сумма (лимит ответственности)** – денежная сумма, определяемая исходя из объема предусмотренных Полисными условиями медицинских услуг (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), в пределах которой Страховщик обязуется производить страховые выплаты по договору страхования. Страховой суммой определяются предельный уровень (максимально возможная сумма) страховых выплат.

1.8. **Страховая премия** – Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.9. **Страховой тариф (Тариф)** – Ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

1.10. **Страховая выплата** – Денежная сумма, установленная Договором страхования, выплачиваемая Страховщиком Медицинскому учреждению и / или Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в порядке, определенном Договором страхования.

1.11. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа)** – перечень медицинских услуг в рамках договора страхования, которые будут оплачены Страховщиком, с указанием общей страховой суммы и / или отдельных страховых сумм по каждому виду медицинской помощи.

1.12. **Несчастный случай** – Внезапное кратковременное, непредвиденное, непреднамеренное внешнее событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного и/или Выгодоприобретателя.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

1.13. **Телесное повреждение (травма)** – Нарушение физической целостности организма или заболевание Застрахованного, предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат, приведенными в Договоре страхования, произошедшее в течение срока страхования вследствие несчастного случая.

1.14. **Медицинское учреждение** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, а также лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, имеющее право на законных основаниях оказывать медицинские услуги, предусмотренные настоящими Полисными условиями.

1.15. **Скорая неотложная помощь** – вид медицинской помощи, оказываемой Застрахованному при несчастных случаях и травмах, требующих срочного медицинского вмешательства.

1.16. **Амбулаторно-поликлиническое медицинское учреждение (Амбулаторно-поликлиническое учреждение)** – любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги в основном оказываются Застрахованному без его круглосуточного пребывания в этом медицинском учреждении.

1.17. **Стационарное медицинское учреждение (Стационарное учреждение или Стационар)** – любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному в основном с возможным круглосуточным пребыванием в этом медицинском учреждении.

1.18. **Медицинские услуги** – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

1.19. **Лекарственное обеспечение** – оплата Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, то есть оплата лекарственных средств (и при необходимости их доставка), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения, либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

## 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Настоящие Полисные условия страхования по страховому продукту «Телохранитель +» сформированы на основе Правил добровольного медицинского страхования в редакции, утвержденной распоряжением Генерального директора ООО «Страховая организация «БИМА» № 4-О от 13 июля 2019 года, (далее именуемые «Полисные условия» или «Полисные условия страхования»). Полисные условия являются неотъемлемой частью Договора страхования от несчастных случаев, заключаемого Страховщиком со Страхователем (далее именуемого «Договор страхования» или «Договор»).

## 3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Субъектами добровольного медицинского страхования в соответствии с Полисными условиями являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный и Медицинское учреждение.

## 4. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оказанием Застрахованному медицинских услуг.

## **5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

5.1. Страховым случаем по Договору страхования является оказание Застрахованному в течение срока действия Договора страхования различных видов платных медицинских услуг, указанных в Программе добровольного медицинского страхования (раздел 13 Полисных условий), в связи с несчастным случаем, травмой (в том числе ожог, отморожение), повлекшее за собой расходы по оплате таких медицинских услуг.

5.2. Не является страховым случаем по Договору страхования:

5.2.1. алкогольное, наркотическое или токсикологическое опьянение Застрахованного;

5.2.2. получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного действия;

5.2.3. попытка самоубийства Застрахованного;

5.2.4. умышленное причинение Застрахованным самому себе телесных повреждений;

5.2.5. занятие любым видом спортивной деятельности на профессиональном уровне.

## **6. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА**

6.1. Страховщик организует и оплачивает, либо только оплачивает оказанные Застрахованному медицинскими учреждениями, находящимися на территории Республики Таджикистан, медицинские услуги в объеме, указанном в разделе 13 Полисных условий.

6.2. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если событие не является страховым случаем, в том числе, если оно произошло:

6.2.1. в связи с алкогольным, наркотическим или токсикологическим опьянением Застрахованного лица;

6.2.2. в связи с получением телесного повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного действия, находящегося в прямо причинной связи со страховым случаем;

6.2.3. в связи с попыткой самоубийства Застрахованного лица;

6.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений;

6.2.5. в связи с занятием любого вида спортивной деятельности на профессиональном уровне.

## **7. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

7.1. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению сторон и равна 10.000,00 (десять тысяч) сомони.

7.2. Страховая сумма устанавливается на весь срок действия договора страхования и составляет предельную сумму ответственности Страховщика по каждому страховому случаю в отдельности и по всем страховым случаям в сумме за весь срок действия договора страхования.

7.3. По каждому виду медицинских услуг, указанных в Программе страхования (раздел 13 Полисных условий), устанавливается страховая сумма отдельно в размере меньшем или равном, указанному в п.7.1. Полисных условий.

7.4. Страховая премия по Договору страхования составляет 200,00 (двести) сомони и уплачивается Страхователем одновременно разовым платежом за весь срок страхования, наличными денежными средствами или безналичным платежом по банковским реквизитам Страховщика, указанным в Договоре страхования.

## **8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Договор заключается на основании устного заявления Страхователя между Страховщиком и Страхователем в отношении Застрахованного путем акцепта Страхователем Страхового полиса-оферты, подписанного Страховщиком, выданного Страхователю Страховщиком. Акцепт Страхователя совершается путем уплаты им страховой премии (страхового взноса) в порядке и сроки, установленные Договором страхования (Страховым полисом-офертой).

8.2. Стороны Договора согласны с тем, что при подписании Договора страхования (Страхового полиса-оферты), приложений к нему, дополнительных соглашений и других документов, относящихся к

Договору страхования, Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств электронного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписи лица, уполномоченного от имени Страховщика подписывать Договоры страхования (Страховые полисы-оферты).

8.3. Договор страхования может быть заключен сроком на 1 год.

8.4. Датой заключения настоящего Полиса является дата активации.

8.5. Страхователь в течение 14 (четырнадцати) дней с даты уплаты страховой премии вправе:

8.5.1. согласиться с условиями страхования и самостоятельно произвести активацию одним из путей заполнения необходимой информации о Страхователе и Застрахованном на сайте Страховщика [www.bima.tj](http://www.bima.tj), в том числе, позвонив по номеру (+992) 44 601 5511 или 5511;

8.5.2. отказаться от заключения договора страхования и получить уплаченную им страховую премию. Возврат страховой премии осуществляется Страховщиком при предоставлении Клиентом Полиса и документа, подтверждающего уплату страховой премии.

8.6. В случае, если Клиент не воспользовался своим правом, предусмотренным п.8.5.1. или п.8.5.2. Полисных условий, Договор страхования активируется автоматически в 00 часов 00 минут 15 (пятнадцатого) дня с даты уплаты страховой премии. Страхователем и Застрахованным при этом является Плательщик страховой премии.

8.7. В случае активации договора страхования в соответствии с п.8.5.1. Полисных условий Страхователь обязан предоставить информацию о себе (Ф.И.О., пол, дата рождения, телефон (моб.), e-mail, паспортные данные) и о Застрахованном (Ф.И.О., пол, дата рождения). Страховщик формирует Приложение №2 (Подтверждение об активации) к Страховому полису-оферте и в течение 3 (трех) рабочих дней с даты активации направляет на указанный при активации e-mail Страхователя сформированное Страховщиком указанное Приложение №2. Страхователь обязан распечатать Приложение №2 к Страховому полису-оферте самостоятельно.

8.8. В случае активации договора страхования в соответствии с п.8.6. Полисных условий Страхователь обязан распечатать сформированное Страховщиком Приложение №2 к Страховому полису-оферте самостоятельно с сайта Страховщика [www.bima.tj](http://www.bima.tj).

8.9. Договор страхования вступает в силу:

8.9.1. при активации в соответствии с п.8.5.1. Полисных условий – с 00 часов 00 минут 3 (третьего) дня, следующего за датой активации договора страхования Страхователем;

8.9.2. при активации в соответствии с п.8.6. Полисных условий – с 00 часов 00 минут 15 (пятнадцатого) дня с даты уплаты страховой премии, при этом срок страхования начинается с 00 часов 00 минут 3 (третьего) дня, следующего за датой предоставления Страхователем информации, указанной в Полисных условиях.

8.10. В случае активации Договора страхования в соответствии с п.8.5.1. и п.8.7. Полисных условий по истечении 15 (пятнадцати) дней с даты уплаты страховой премии данная активация является недействительной. В данном случае Полис является активированным в порядке, предусмотренном п.8.6. Полисных условий.

8.11. Дата окончания страхования по Договору указана в Приложении №2 к Страховому полису-оферте и совпадает с датой наступления первого из перечисленных событий:

8.11.1. окончания срока действия Договора,

8.11.2. досрочного прекращения Договора.

8.12. Договор страхования прекращается досрочно в случаях и порядке, установленном Полисными условиями. При досрочном прекращении действия Договора уплаченные страховые взносы возврату не подлежат.

8.13. При изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных Страхователя или Застрахованного Страхователь письменно сообщает об этом Страховщику, заполнив Заявление на внесение изменений в Договор страхования (далее – Заявление на внесение изменений) по форме определенной Страховщиком. Страхователь направляет Страховщику заполненное Заявление на внесение изменений почтовым отправлением по адресу места нахождения Страховщика, указанному в Полисе. Все данные, относящиеся к указанным изменениям, в соответствии с вышеизложенными требованиями, принимаются

Страховщиком в качестве условий Договора с даты, указанной в заявлении Страхователя, без направления ответного уведомления Страхователю.

8.14. В случае утери Договора страхования (Страхового полиса) Страхователем, Страховщик на основании личного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный Договор (Страховой полис) считается недействительным с момента подачи заявления Страхователя, и выплаты по нему не производятся. При повторной утрате Договора (Страхового полиса) в течение периода действия Договора страхования Страховщик имеет право взыскать со Страхователя стоимость оформления Договора (Страхового полиса). Подлежащая оплате сумма в указанном случае вносится Страхователем единовременно с оплатой следующего страхового взноса или независимо от него, если Страхователь вносил страховую премию единовременно.

8.15. Все данные о Страхователе (Застрахованном), которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Республики Таджикистан.

8.16. Договор страхования не заключается в отношении следующих лиц:

8.16.1. Возраст которых на момент заключения Договора – до 18 лет и свыше 65 лет;

8.16.2. Являющихся инвалидами 1-й, 2-й и 3-й группы;

8.16.3. Страдающих психическими расстройствами, расстройствами поведения, алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией;

8.16.4. Больных ВИЧ-инфекцией или СПИДом, а также заболеваниями, связанными со СПИДом, лучевой болезнью, туберкулезом или гепатитом С; а также имеющих врожденные аномалии (пороки развития), деформации опорно-двигательного аппарата (остеопороз) или страдающих ожирением 3 или 4 степени;

8.16.5. Находящихся под следствием или осужденных к лишению свободы;

8.16.6. Страдающих особо опасными инфекционными болезнями: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко-контагиозные вирусные геморрагические лихорадки.

8.17. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, а также предоставил фиктивные документы, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных ч.2 ст.204 Гражданского Кодекса Республики Таджикистан.

8.18. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны в течение 30 (тридцати) календарных дней известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны в течение указанного срока, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться доставленными.

8.19. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они совершены в письменной форме, подписаны уполномоченными представителями сторон и направлены способом, позволяющим подтвердить факт отправки.

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **9.1. Страхователь имеет право:**

9.1.1. требовать от Страховщика оплаты оказанных Страхователю медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования;

9.1.2. досрочно прекратить Договор страхования.

### **9.2. Страхователь обязан:**

9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного;

9.2.2. уплачивать страховую премию в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

9.2.3. передать Застрахованному необходимые Страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате – дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.2.4. немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства.

### **9.3. Застрахованный имеет право:**

9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и их оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинских услуг;

9.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях неоказания, неполного или некачественного оказания медицинских услуг;

9.3.4. при утрате страховых документов получить их дубликат.

### **9.4. Застрахованный обязан:**

9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинских услуг, предусмотренный Программой, указанной в разделе 13 Полисных условий;

9.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинских услуг, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.4.3. не передавать Страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг, предусмотренных договором страхования;

9.4.4. немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

9.4.5. при утрате Страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

9.4.6. заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении;

9.4.7. уплачивать страховую премию (страховые взносы).

### **9.5. Страховщик имеет право:**

9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2. в одностороннем порядке прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.9.4.1., 9.4.2. и 9.4.7. Полисных условий, и такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика, путем направления соответствующего уведомления Страхователю / Застрахованному.

### **9.6. Страховщик обязан:**

9.6.1. осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному суммы, затраченной им на получение медицинских услуг, а также возместить стоимость приобретенных Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Страховая выплата осуществляется после получения и проверки Страховщиком письменного заявления Застрахованного, оригинала оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации), подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения;

9.6.2. выдать Застрахованному Страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликат.

## **10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. Договор страхования в отношении Застрахованного прекращается:

- 10.1.1. в случае истечения срока действия договора страхования;
- 10.1.2. в случае смерти Застрахованного;
- 10.1.3. по требованию Страховщика – в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, а также в случаях, предусмотренных п.9.5.2. Полисных условий;
- 10.1.4. по требованию Страхователя – в сроки, предусмотренные договором страхования;
- 10.1.5. по соглашению сторон;
- 10.1.6. в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Республики Таджикистан;
- 10.1.7. исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме;
- 10.1.8. в других случаях, предусмотренных законодательством Республики Таджикистан, договором страхования и / или Полисными условиями.

## **11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

- 11.1. В случае необходимости оказания медицинской помощи, Застрахованный обязан известить Страховщика, позвонив по номеру (+992) 44 601 5511 или 5511.
- 11.2. При экстренной госпитализации в стационар Застрахованный или его представители должны связаться со Страховщиком, позвонив по номеру (+992) 44 601 5511 или 5511 в течение 3 (трех) рабочих дней.
- 11.3. Страховщик координирует действия Застрахованного при организации медицинской помощи в случае наступления страхового случая.
- 11.4. При визите в медицинское учреждение Застрахованный обязан собрать нижеследующие документы для дальнейшего предоставления их Страховщику:
  - 11.4.1. В случае посещения врача, необходимо предоставить справку о визите к врачу, выписку из амбулаторной карты с диагнозом и с печатью врача и клиники, а также приходных кассовый ордер с полной расшифровкой полученных услуг и/или кассовый чек.
  - 11.4.2. В случае сдачи анализов необходимо предоставить направление врача с печатью и с перечислением всех видов анализов, и полной расшифровкой анализов и результатов анализов, а также кассовым чеком.
  - 11.4.3. В случае приобретения медикаментов необходимо предоставить лист с назначением врача и диагнозом, с печатью врача и медицинского учреждения, а также кассовый чек с полной расшифровкой медикаментов.
  - 11.4.4. В случае посещения стоматолога необходимо предоставить справку о визите к врачу, копию амбулаторной карты с указанием зуба, над которым проводились манипуляции, а также кассовым чеком.
- 11.5. Для получения страхового возмещения Застрахованный обязан предоставить Страховщику следующие документы:
  - 11.5.1. Документы, указанные в п.11.4. Полисных условий;
  - 11.5.2. Документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
  - 11.5.3. Страховой полис-оферта и Приложение №2 к нему.
- 11.6. В течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов Страховщик возмещает Страхователю / Застрахованному произведенные им расходы.
- 11.7. При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Республики Таджикистан.



## 13. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

### 13.1. Скорая неотложная помощь

13.1.1. Страховая сумма в отношении медицинских услуг, указанных в п.13.1. Полисных условий, составляет 3.000,00 (три тысячи) сомони и является предельной суммой ответственности Страховщика по каждому страховому случаю в отдельности и по всем страховым случаям в сумме за весь срок действия договора страхования.

13.1.2. Страховым случаем считается наличие показаний, то есть наличие травм в результате несчастного случая, в результате которого Застрахованному было необходимо оказание скорой неотложной помощи. Обращения в скорую помощь без наличия симптомов травм страховым случаем не является.

### 13.2. Амбулаторное лечение

13.2.1. Страховая сумма в отношении медицинских услуг, указанных в п.13.2. Полисных условий, составляет 3.000,00 (три тысячи) сомони и является предельной суммой ответственности Страховщика по каждому страховому случаю в отдельности и по всем страховым случаям в сумме за весь срок действия договора страхования.

13.2.2. Страховым случаем являются консультации следующих специалистов по показаниям: терапевт, кардиолог, ЛОР, гинеколог, уролог, невропатолог, травматолог, гастроэнтеролог.

13.2.3. Страховым случаем считается наличие показаний, то есть наличие травм в результате несчастного случая, в результате которого Застрахованный был вынужден обратиться к специалисту. Обращения к врачу с целью профилактики или обследования, а также проведение исследований и манипуляций, указанных в п.13.2.4., 13.2.5. и 13.2.6. Полисных условий, без наличия симптомов травм страховым случаем не является.

13.2.4. Страховым случаем является проведение лабораторно-диагностических исследований, назначаемых специалистами, указанными в п.13.2.2. Полисных условий, по показаниям с целью постановки или уточнения диагноза, в соответствии со стандартами здравоохранения и строгими показаниями, а именно: общий анализ крови, исследования гемоглобина, общий анализ мочи, моча по Ничипоренко, моча по Зимницкому, моча на желчные пигменты, моча на ацетон, суточная протеинурия, общий мазок на флору, копрограмма, анализ кала на скрытую кровь, свертываемость крови, длительность кровотечения, ПТИ, фибриноген, тромботест, АЧТВ, МНО, коагулограмма, тромбиновое время, глюкоза крови, глюкоза в моче, общий билирубин, прямой билирубин, трансаминаза АЛТ, трансаминаза АСТ, тимоловая проба, общий белок, альбумин, ГГТ, общий холестерин, триглицериды, с-реактивный белок, проба Ваалер Роузе, анитистрептолизин, АЦЦП, ревматоидный фактор, Альфа Амилаза крови, Альфа Амилаза мочи, липаза, щелочная фосфотаза, кислая фосфотаза, креатинин; мочевины, остаточный Азот, фильтрационная функция почек, мочевины, посев на бактериальное исследование, чувствительность к антибиотикам.

13.2.5. Страховым случаем является проведение инструментально-диагностических методов исследования, назначаемые специалистами, указанными в п.13.2.2. Полисных условий, по показаниям с целью постановки или уточнения диагноза, в соответствии со стандартами здравоохранения и строгими показаниями, а именно: УЗИ органов малого таза, УЗИ почек, УЗИ почек с доплером, УЗИ органов брюшной полости: печень, поджелудочная железа, желчный пузырь, УЗИ органов брюшной полости с определением функции органа, УЗИ других органов, УЗИ регионарных лимфоузлов, кольпоскопия, ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография других областей, рентгенографические исследования с применением контрастных веществ, суточная ЭКГ, фонокардиография, гастроскопия, эндоскопические исследования других областей, специальные исследования при заболеваниях глаза, уха.

13.2.6. Страховым случаем является проведение различных диагностическо-лечебных манипуляций, проводимых на амбулаторном уровне, назначаемые специалистами, указанными в п.13.2.2. Полисных условий, по показаниям с целью постановки или уточнения диагноза, в соответствии со стандартами здравоохранения и строгими показаниями, а именно: перевязки в амбулаторном режиме, наложение гипсовой лонгеты, снятие гипсовой лангеты, удаление инородных тел из глаза, уха, промывание различных полостей в амбулаторном режиме, дренирование полостей, пункции суставных полостей, пункции полостей внутренних органов, пункции пазух, внутрисуставные инъекции, инъекции в области глазного яблока, малые оперативные манипуляции в амбулаторном режиме (фурункулы,

панариций, удаление ногтевой пластины), вскрытие абсцесса, хирургическая обработка раны и наложение швов, физиотерапевтическое лечение.

### **13.3. Стационарное лечение**

13.3.1. Страховая сумма в отношении медицинских услуг, указанных в п.13.2. Полисных условий, составляет 3.000,00 (три тысячи) сомони и является предельной суммой ответственности Страховщика по каждому страховому случаю в отдельности и по всем страховым случаям в сумме за весь срок действия договора страхования.

13.3.2. Страховым случаем считается наличие показаний, то есть наличие травм в результате несчастного случая, в результате которого Застрахованный был вынужден обратиться к специалисту. Обращения к врачу с целью профилактики или обследования, а также проведение исследований и манипуляций, указанных в п. 13.3.3. Полисных условий, без наличия симптомов травм страховым случаем не является.

13.3.3. Страховым случаем является первичная, вторичная хирургическая обработка раны с наложением швов; малые оперативные вмешательства, которые выполняются, как симптоматическое и паллиативное лечение при заболевании различных органов и систем на базе стационара (пункции брюшной и плевральной полости, дренирование, трахеотомия, коникотомия, и т.д.); операции на органах брюшной полости; операции на желчном пузыре и протоках (лапаротомически, лапароскопически); операции при повреждении внутренних органов травматического генеза; оперативные вмешательства на органах грудной клетки; операции в области пищевода, гортани, средостения; оперативные вмешательства на ткани легкого и бронхиального дерева; оперативные вмешательства на перикарде или сердечной мышце (только травмы сердца).

### **13.4. Медицинские препараты**

13.4.1. Страховая сумма в отношении медицинских услуг, указанных в п.13.4 Полисных условий, составляет 500,00 (пятьсот) сомони и является предельной суммой ответственности Страховщика по каждому страховому случаю в отдельности и по всем страховым случаям в сумме за весь срок действия договора страхования.

13.4.2. Страховым случаем считается наличие показаний, то есть наличие травм в результате несчастного случая, в результате которого Застрахованный был вынужден обратиться к специалисту, который прописал Застрахованному медицинские препараты по показаниям. Приобретение медицинских препаратов для лечения заболеваний, не связанных с несчастным случаем и/или с целью профилактики, а также медицинских препаратов, указанных в п.13.4.3. Полисных условий, страховым случаем не является.

13.4.3. Страховщик не возмещает расходы Страхователя на приобретение следующих медицинских препаратов: седативные препараты, психоактивные препараты, гомеопатические средства, витамины и витаминные комплексы, цитостатики, назначенные без травматических повреждений костно-мышечной системы минеральные комплексы, гормональные препараты.

### **13.5. Стоматологическое лечение**

13.5.1. Страховая сумма в отношении медицинских услуг, указанных в п.13.5. Полисных условий, составляет 500,00 (пятьсот) сомони и является предельной суммой ответственности Страховщика по каждому страховому случаю в отдельности и по всем страховым случаям в сумме за весь срок действия договора страхования.

13.5.2. Страховым случаем считается наличие показаний, то есть наличие травм в результате несчастного случая, в результате которого Застрахованный был вынужден обратиться к стоматологу для проведения медицинских манипуляций, указанных в п.13.5.3. Полисных условий. Оказание стоматологических услуг с целью лечения и профилактики не является страховым случаем.

13.5.3. Страховым случаем является: удаление зубов хирургическим методом, наложение лечебных турунд, денервация зуба, лечение и/или удаление зубов, пострадавших в результате несчастного случая.