

- 4.9. Страховое событие** – событие, имеющее признаки Страхового случая.
- 4.10. Период страхования** – период времени, указываемый в полисе и соответствующий времени пребывания Застрахованного лица в путешествии.
- 4.11. Путешествие** – поездка Застрахованного лица за пределы границы Республики Узбекистан, исчисляемая в количествах дней.
- 4.12. Территория страхования** – страна, группа стран или географическая зона, указанная в Разделе 9 настоящих Правил.
- 4.13. Программа страхования** – перечень страховых покрытий, состоящий из услуг и компенсации, предусмотренных в Приложении №1 настоящих Правил, по которым Страховщик производит Страховую выплату и/или Страховое обеспечение при наступлении Страхового случая.
- 4.14. Услуги** – медицинские, медико-транспортные и иные услуги, предусмотренные Программой страхования, которые оказываются Застрахованному лицу при наступлении Страхового случая.
- 4.15. Компенсация** – Страховое обеспечение, выплачиваемое наследникам Застрахованного лица, либо иному правомочному лицу, при наступлении Страхового случая, предусмотренного в пункте 5.2. настоящих Правил. Компенсация производится в пределах Лимита, установленного Программой страхования.
- 4.16. 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.
- 4.17. Учреждение** – медицинское либо иное учреждение (аптека, диагностический центр и т.п.), в котором Застрахованному лицу оказываются Услуги.
- 4.18. Служба Ассистанса (Ассистанс)** – специализированная организация, которая осуществляет круглосуточный прием сообщений о Страховых событиях по всей Территории страхования, и содействует Застрахованному лицу в организации и предоставлении Услуг по наступившим Страховым случаям. Ассистанс имеет право контролировать качество и объемы Услуг, предоставляемых Застрахованному лицу.
- 4.19. Внезапное заболевание (заболевание)** – любое поддающееся обнаружению изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, которое произошло внезапно и требует неотложной медицинской помощи.
- 4.20. Неотложная помощь** – медицинская помощь, в случае неоказания которой подвергается опасности жизнь Застрахованного лица.
- 4.21. Хроническое заболевание** – длительно протекающее заболевание с поражением органов и систем организма человека, характеризующееся периодами обострения и ремиссии, в том числе болезнь, которая имела место в организме Застрахованного лица до заключения договора страхования (независимо, было ли известно об этом Застрахованному лицу или нет).
- 4.22. Несчастный случай** – внезапное, кратковременное, не зависящее от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой травматическое повреждение, иное расстройство здоровья и/или смерть.
- 4.23. Иное расстройство здоровья** – телесные повреждения от ожога, взрыва, удара молнии или воздействия электрического тока; отравления 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; солнечный удар, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное отравление ядовитыми растениями.
- 4.24. Медицинская эвакуация (Эвакуация)** – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством с одного места в другое и обратно. Эвакуация осуществляется только при отсутствии медицинских противопоказаний.
- 4.25. Репатриация** – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством до аэропорта страны постоянного проживания. Условия Репатриации определяются Ассистансом и/или Страховщиком.
- 4.26. Рецепт** – означает письменное предписание врача по употреблению лекарственных средств и/или применению медицинских препаратов.
- 4.27. Опасная форма работы** – условия труда (работа, ремесло, профессия), которые в течение рабочей смены (или ее части) создают угрозу для жизни и повышают риск возникновения тяжелых форм острых профессиональных поражений. К таким условиям труда могут относиться: а) работа под землей, в море, в металлургии, в строительстве и/или на разборке и сносе строений, и т.п.; б) работа, связанная с поднятием тяжестей и приложением больших усилий; с движущимися и опасными механизмами; в) с взрывоопасными, ядовитыми или радиоактивными веществами и т.п.

РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

5.1. Страховыми случаями по настоящим Правилам являются – внезапное заболевание Застрахованного лица в Путешествии и/или несчастные случаи с Застрахованным лицом в Путешествии, которые привели к необходимости организации оказания Застрахованному лицу следующих Услуг:

5.1.1. Медицинские услуги:

- а) амбулаторное и стационарное лечение в Учреждении;
- б) приемы и консультации специалистов различных профилей;
- в) услуги по диагностическому и лабораторному исследованию;
- г) назначенные (по рецепту врача) медикаменты, перевязочные средства, а также средства фиксации и другие (гипс, бинды и т.п.).

5.1.2. Стоматологические услуги:

- а) экстренные стоматологические услуги, связанные с удалением зуба и/или удалением острой зубной боли (непредвиденная и внезапная боль, требующая немедленного лечения);
- б) снятие сильной боли при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей.

5.1.3. Медико-транспортные услуги:

- а) Эвакуация с места происшествия до ближайшего Учреждения или к ближайшему врачу, или с одного Учреждения в другое (в пределах страны временного пребывания), либо до страны проживания Застрахованного лица. При этом, решение о целесообразности Эвакуации, принимается только уполномоченными врачами Ассистанса и/или Страховщиком.

5.1.4. Транспортные услуги:

- а) проезд Застрахованного лица до аэропорта страны проживания, если отъезд Застрахованного лица не состоялся в день, указанный в его проездных документах, по причине наступления Страхового случая, которое повлекло необходимость стационарного лечения Застрахованного лица;
- б) проезд несовершеннолетних детей Застрахованного лица в страну проживания, когда несовершеннолетние дети Застрахованного лица остались без присмотра по причине Страхового случая, произошедшего с Застрахованным лицом;
- в) проезд одного родственника для посещения Застрахованного лица (и обратно в страну проживания), если срок госпитализации Застрахованного лица, путешествующего без сопровождения совершеннолетних лиц, превышает 15 суток. При этом, расходы по пребыванию родственника Застрахованного лица на Территории страхования не покрываются Страховщиком.
- г) проезд сопровождающего лица, когда такое лицо, необходимо при Эвакуации Застрахованного лица, либо при возвращении несовершеннолетних детей Застрахованного лица, оставшихся без присмотра.

5.1.5. Иные услуги:

- а) услуги по организации и проведению мероприятий, необходимых для поиска и спасения Застрахованного лица;
- б) услуги, связанные с погребением Застрахованного лица на Территории страхования, за исключением ритуальных услуг;
- в) услуги, связанные с Репатриацией, за исключением проведения ритуальных услуг и погребения в стране проживания Застрахованного лица.

5.2. Страховым случаем по настоящим Правилам также является – смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая в Путешествии.

5.3. Обязательства Страховщика по Страховой выплате и Страховому обеспечению действуют в отношении Страховых случаев, произошедших в пределах Территории страхования.

5.4. Страховщик несет обязательства по Страховой выплате и/или Страховому обеспечению в пределах Программы страхования, Страховой суммы и Лимитов.

РАЗДЕЛ 6. ИСКЛЮЧЕНИЯ

6.1. События, указанные в пунктах 5.1. и 5.2. настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями, и Страховщик не несет обязательства по Страховой выплате и/или Страховому обеспечению, если они произошли при следующих обстоятельствах, и/или в связи с:

- 6.1.1. воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного заражения;
- 6.1.2. загрязнением окружающей среды, стихийными бедствиями, эпидемиями, карантинном и глобальными катастрофами;
- 6.1.3. любыми последствиями военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской или международной войны, актов терроризма, народных волнений всякого рода, восстаний, мятежей или забастовок;
- 6.1.4. службой/занятием и/или иными действиями Застрахованного лица в любых вооружённых силах и формированиях;
- 6.1.5. хроническими заболеваниями и/или их обострениями/осложнениями, и/или иными формами и видами их проявления;
- 6.1.6. онкологическими заболеваниями и/или их обострениями/осложнениями, и/или иными формами и видами их проявления;
- 6.1.7. заболеванием системы кровообращения, требующим сложного лечения и/или длительного пребывания в стационаре, в том числе кардиохирургического оперативного лечения (включая ангиографию, ангиопластику, шунтирование и т.п.), а также лечением ранних и поздних осложнений, возникших вследствие ранее перенесенных заболеваний системы кровообращения и хирургических вмешательств;
- 6.1.8. заболеваниями (инфаркт, инсульт и т.п.), возникновение, которых происходит в результате неблагоприятных факторов (нездорового образа жизни, алкоголизма, курения, ожирения и т.п.) и в течение длительного времени и/или в связи с наличием других заболеваний, требующих сложного лечения и/или длительного пребывания в медицинском учреждении.
- 6.1.9. венерическими заболеваниями и заболеваниями, передаваемыми половым путем, их последствиями, а также ВИЧ/СПИД;
- 6.1.10. любыми событиями/последствиями, непосредственно связанными с беременностью, родами и их осложнениями;
- 6.1.11. лечением бесплодия, контрацепцией и искусственным осеменением, экстракорпоральным оплодотворением;
- 6.1.12. заболеваниями центральной нервной системы (полиомиелит, энцефалит, менингит и т.п.);
- 6.1.13. заболеваниями в области психиатрии, в том числе депрессией, эпилептическими припадками, истериками, стрессовыми реакциями и т.п.;
- 6.1.14. наследственными заболеваниями или их обострениями/осложнениями и/или иными формами и видами их проявления;
- 6.1.15. профессиональными заболеваниями или их обострениями/осложнениями и/или иными формами и видами их проявления;
- 6.1.16. любыми последствиями алкоголизма или опьянения, употреблением наркотических или токсических веществ, или медикаментов, не предписанных врачом, а также любыми травмами, болезнью или смертью Застрахованного лица, наступившие

в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного вида опьянения, которые имеют причинную связь со Страховым событием;

6.1.17. несчастными случаями, произошедшими в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством без соответствующего разрешения/права, а также при передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, или не имеющему соответствующего права на управление транспортным средством;

6.1.18. событиями, если они произошли при езде на мотоцикле или мотороллере, или ином мототранспортном средстве, объем рабочего двигателя которого равен или превышает 125 куб.см., а также на водном мотоцикле или т.п.;

6.1.19. несчастными случаями, произошедшими вследствие любых форм полетов, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по определенному маршруту;

6.1.20. несчастными случаями, спровоцированными Застрахованным лицом умышленно (в том числе в сговоре с третьими лицами), направленные на наступление Страхового случая, а также действий Застрахованного лица в целях суицида и его последствий;

6.1.21. 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);

6.1.22. совершением Застрахованным лицом противоправного деяния, которое послужило причиной наступления Страхового случая;

6.1.23. обстоятельствами, которые наступили по грубой невнимательности, неосторожности или злонамеренности Застрахованного лица, его добровольному подверганию себя дополнительному риску и признанные соответствующими компетентными органами, исключая случай спасения жизни человека;

6.1.24. событиями, произошедшими в результате занятия любыми видами спорта на профессиональном уровне, а также занятия на любительском уровне такими видами спорта, как: альпинизм, трэкинг, спелеология, зимние виды спорта, прыжки с трамплина, прыжки с эластичным канатом, авто-мото спорт, воздушные виды спорта, боевые виды спорта, дайвинг (подводное плавание, ныряние), рафтинг;

6.1.25. событиями, произошедшими в результате выполнения Застрахованным лицом любых форм Опасной работы.

6.2. В рамках настоящих Правил, Страховым случаем также не являются:

6.2.1. предоставление Услуг, которые не связаны со Страховым случаем (внезапным заболеванием и/или несчастными случаями), либо не являются необходимыми с медицинской точки зрения, либо не были назначены лечащим врачом;

6.2.2. заболевания, по которым предпринимаемое Путешествие было противопоказано Застрахованному лицу по состоянию его здоровья;

6.2.3. заболевания, для лечения которых было предпринято Путешествие, а также любые последствия, связанные с подобным лечением;

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

6.2.5. нетрадиционными способами лечения, официально не признанными наукой и медициной;

6.2.6. оказание Услуг лицом (либо Учреждением), которое не имеет соответствующего разрешения или лицензии или права на осуществление медицинской деятельности, либо является родственником Застрахованного лица;

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

6.2.8. предоставление дополнительного комфорта (проездные билеты – «бизнес» и «первым» классом, палата «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, увлажнитель), а также оплата услуг – парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.п.;

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

6.2.10. лечение, которое имеет место после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания.

6.3. В случае первичного обнаружения обстоятельств, а также признаков/симптомов заболеваний, подпадающих под условия пунктов 6.1.–6.2. настоящего Раздела, Страховщик имеет право (по своему усмотрению) организовать Услуги и/или покрыть расходы Застрахованных лиц в пределах 500 (пятьсот) Евро.

6.4. Событие, предусмотренное в пункте 6.1.24. и/или в пункте 6.1.25. настоящего Раздела, признается Страховым случаем только при применении повышающего коэффициента к базовой Страховой премии и проставлении в Полисе соответствующей отметки.

РАЗДЕЛ 7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается на основе устного или письменного обращения Страхователя.

7.2. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу) подписанного Полиса с приложением полной редакции настоящих Правил.

7.3. Полис выдается в течение 3 (трех) рабочих дней после уплаты Страхователем Страховой премии.

7.4. В случае утери Полиса, Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право получить другой Полис. При этом, новый Полис выдается на основе письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица), а утерянный Полис считается не действительным, и не влечет обязательств Страховщика.

7.5. Страхователь обязуется ознакомить Застрахованных лиц с условиями и обязанностями, предусмотренными в настоящих Правилах.

РАЗДЕЛ 8. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования вступает в силу со дня оформления Полиса и действует до окончания Периода страхования.

8.2. Период страхования указывается в Полисе на срок не более одного года.

8.3. Если Договор страхования оформляется в страны, входящие в Шенгенское соглашение, сроком до 92 дней, то к Периоду страхования прибавляются дополнительные 15 дней (далее по тексту «правило Shengen 92»). При этом, для определения Периода страхования по правилу «Schengen 92», используется следующая формула:

$$\boxed{\text{Период страхования}} = \boxed{\text{дата начала Путешествия}} + \boxed{\text{количество дней Путешествия}} + \boxed{15 \text{ дополнительных дней}}$$

8.4. При многократном Путешествии Застрахованного лица в течение конкретного Периода страхования, Договор страхования может быть заключен согласно нижеследующим «INSON» планам:

	Время Путешествия	Период страхования	Название плана
а)	30 дней	не более 92 дней	INSON I
б)	90 дней	не более 183 дней	INSON II
в)	90 дней	не более 365 дней	INSON III
г)	180 дней	не более 365 дней	INSON IV
д)	30 дней (каждое Путешествие)	не более 365 дней	INSON V

8.5. Обязательства Страховщика по Страховой выплате и/или Страховому обеспечению действуют в течение Периода страхования, но не более количества дней Путешествия (время Путешествия) по планам «INSON».

8.6. К моменту окончания периода страхования, указанного в Полисе, если возвращение Застрахованного лица из-за рубежа невозможно в связи с его госпитализацией, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующим медицинским заключением, Страховщик выполняет свои обязанности, предусмотренные настоящими Правилами в пределах страховых сумм, предусмотренных для данного риска в соответствующих Программах страхования.

РАЗДЕЛ 9. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Территория страхования определяется в зависимости от Программы страхования, в следующем порядке:

Программа страхования	Территория страхования
1) Silver	ВСЕ СТРАНЫ МИРА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СТРАН ЕВРОПЫ, ШЕНГЕНСКОГО СОГЛАШЕНИЯ, ЛИХТЕНШТЕЙН, ВЕЛИКОБРИТАНИИ, ИЗРАИЛЯ, ЯПОНИИ, АВСТРАЛИИ И НОВОЙ ЗЕЛАНДИИ, КАНАДЫ И США.
2) Gold	ВСЕ СТРАНЫ МИРА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ США, КАНАДЫ, ЯПОНИИ, АВСТРАЛИИ И НОВОЙ ЗЕЛАНДИИ
3) Platinum	ВСЕ СТРАНЫ МИРА

9.2. Территорией страхования не является: Республика Узбекистан, страна постоянного проживания и/или страна, гражданином которой является Застрахованное лицо, и/или страна, которая выдала Застрахованному лицу вид на жительство.

РАЗДЕЛ 10. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

10.1. Страховая сумма определяется соглашением Сторон, в зависимости от Программы страхования, и указывается в Полисе.

10.2. Лимиты в разрезе по Услугам и Компенсации Программы страхования указаны в Приложении №1 настоящих Правил.

10.3. Страховая премия рассчитывается согласно действующим тарифам Страховой премии Страховщика и указывается в Полисе.

10.4. При расчете Страховой премии, Страховщик может применить повышающие или понижающие коэффициенты к базовой Страховой премии в зависимости от Территории страхования, Периода страхования, возраста Застрахованного лица, цели Путешествия, а также других факторов, влияющих на степень риска и вероятность ее наступления.

10.5. При оформлении Полиса в соответствии с правилом «Shengen 92», расчет Страховой премии производится за минусом дополнительных 15 (пятнадцати) дней, прибавляемых к Периоду страхования.

10.6. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно – разовым платежом за весь Период страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня устного или письменного обращения Страхователя.

10.7. Страховая премия уплачивается в национальной валюте – Сум по курсу иностранной валюты, установленной Центральным банком Республики Узбекистан на дату уплаты Страховой премии, если иное не оговорено отдельным соглашением.

10.8. Днем уплаты Страховой премии считается день зачисления денежных средств на банковский счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

РАЗДЕЛ 11. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕТЕНЗИИ

11.1. При наступлении Страхового события, Застрахованное лицо или его представитель обязаны незамедлительно обратиться в Ассистанс по телефонам, указанным в Полисе, и проинформировать оператора о случившемся, сообщив при этом следующие данные:

- фамилию, имя, отчество;
- номер Полиса;
- Период страхования;
- название Страховщика;
- описание обстоятельств происшедшего события и характер требуемой помощи;
- местонахождение и номер контактного телефона для обратной связи.

11.2. В зависимости от обстоятельств Страхового события и характера требуемой помощи, Ассистанс содействует Застрахованному лицу в организации необходимых Услуг.

11.3. Если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило счета Учреждения за оказанные Услуги (в связи с отсутствием возможности связаться с Ассистансом), тогда Страхователь (Застрахованное лицо) обязан, направить Страховщику письменное заявление с изложением причин и обстоятельств Страхового события, а также приложить документы, указанные в пункте 11.5. настоящего Раздела.

11.4. Заявление должно быть предоставлено 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 Путешествия.

11.5. В зависимости от Страхового события, к заявлению должны быть приложены следующие документы:

11.5.1. при внезапном заболевании и/или несчастном случае с Застрахованным лицом в Путешествии:

- а) Полис или его копию;
- б) оригинал справки-счета из Учреждения с указанием необходимых данных (фамилия пациента, диагноз, дата обращения за Услугами, продолжительность лечения и т.п.);
- в) рецепты, выписанные врачом в связи с данным заболеванием;
- г) оригинал счета Учреждения с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных Услуг;
- д) оригиналы документов, подтверждающие факт оплаты Услуг (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы и т.п.).

11.5.2. при наступлении смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая в Путешествии:

- а) Полис или его копию;
- б) детальное описание обстоятельств несчастного случая и по возможности имена и координаты свидетелей;
- в) Акт (документ) правоохранительных органов в отношении несчастного случая (если дело рассматривалось правоохранительными органами);
- г) официальное свидетельство о смерти Застрахованного лица или судебное решение о том, что Застрахованное лицо объявлено умершим или без вести пропавшим (в случае исчезновения Застрахованного лица);
- д) документы, устанавливающие личность наследников Застрахованного лица (и право наследования), либо лица, правомочного в получении Страхового обеспечения.

11.6. Застрахованное лицо обязано принять все меры для передачи неиспользованных проездных документов Ассистансу/Страховщику, либо возместить их стоимость. При этом Ассистанс/Страховщик вправе по своему усмотрению распорядиться неиспользованными проездными документами, полученными от Застрахованного лица, либо удержать их стоимость при осуществлении Страхового обеспечения.

11.7. Для осуществления Страхового обеспечения Страховщик принимает только оплаченные счета. При вручении неоплаченных счетов Застрахованное лицо обязано представить письменное объяснение. Неоплаченные счета, полученные Застрахованным лицом по почте, должны быть предоставлены Страховщику в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с даты их получения.

11.8. При рассмотрении страховой претензии Страховщик имеет право за свой счет обследовать Застрахованное лицо либо произвести вскрытие тела, в случае смерти Застрахованного лица.

11.9. Страховщик вправе принять решение о признании или не признании Страхового случая без требования предоставления полного перечня документов, указанного в пункте 11.5. настоящего Раздела, либо затребовать другие документы, необходимые для установления факта наступления Страхового случая.

11.10. По требованию Страховщика, документы, указанные в пункте 11.5. настоящего Раздела (составленные на иностранном языке ином, чем русский и английский) подлежат заверенному переводу за счет собственных средств лица, правомочного в получении Страхового обеспечения.

11.11. В любом случае доказательство факта наступления Страхового случая, ответственности Страховщика по выплате Страхового обеспечения и обоснование суммы убытков лежит на Страхователе/Застрахованном лице или ином лице, правомочном в получении Страхового обеспечения и Страховой выплаты.

11.12. Если Застрахованное лицо заявляет о Страховом событии нарушая требования пункта 11.4. настоящего Раздела, то он обязан доказать Страховщику невозможность более скорого сообщения о случившемся.

11.13. Если по фактам, послужившим причиной наступления Страхового события, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принятие решения о Страховой выплате и/или Страхового обеспечения может быть отсрочено до окончания расследования или судебного разбирательства.

РАЗДЕЛ 12. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ (СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ)

12.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты Учреждению стоимости Услуг, организованных/оказанных Застрахованному лицу (при содействии Ассистанса).

12.2. Каждый оплаченный Страховщиком счет Учреждения за оказанные Застрахованному лицу Услуги уменьшает Страховую сумму и Лимит на сумму оплаченного счета.

12.3. Страховое обеспечение производится по счетам, оплаченным Застрахованным лицом.

12.4. При наступлении смерти Застрахованного лица, в результате несчастного случая, Страховщик производит Страховое обеспечение в пределах Лимита на Компенсацию, установленного Программой страхования Застрахованного лица.

12.5. Страховое обеспечение производится Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня предоставления документов, указанных в пункте 11.5. настоящих Правил.

12.6. Страховое обеспечение производится в национальной валюте Республики Узбекистан – Сум, по курсу Центрального банка Республики Узбекистан, установленного к иностранной валюте, на дату осуществления Страхового обеспечения.

12.7. Если Центральным банком Республики Узбекистан не установлен курс иностранной валюты, то Сторонами подписывается соответствующее соглашение, в котором определяется источник, устанавливающий курс иностранной валюты.

12.8. Страховое обеспечение производится путем единовременного перечисления денежных средств на лицевой счет Застрахованного лица, либо лица, правомочного в получении Страхового обеспечения.

12.9. Общий размер Страховой выплаты и/или Страхового обеспечения, осуществленных Страховщиком по одному или нескольким Страховым случаям, не может превышать размер Страховой суммы и Лимитов Программы страхования, указанных в Полисе Застрахованного лица.

РАЗДЕЛ 13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ И СТРАХОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

13.1. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в Страховой выплате и Страховом обеспечении, в случае неисполнения и/или не надлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами, а также в случае:

- а) нарушения пунктов 11.3 – 11.7. настоящих Правил;
- б) предоставления Страховщику документов с заведомо ложной информацией;
- в) умышленных действий и содействия Страхователя (Застрахованного лица) в увеличении размера убытков, подлежащих к Страховой выплате и/или Страховому обеспечению;
- г) в отношении Застрахованного лица, которое отказывается (письменно или устно) от Эвакуации, необходимой по состоянию здоровья Застрахованного лица;
- д) в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

13.2. Решение Страховщика об отказе в выплате Страхового обеспечения сообщается Страхователю (Застрахованному лицу), либо лицу, правомочному в получении Страхового обеспечения, в письменной форме, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с даты их обращения. При этом, решение должно содержать мотивированное обоснование причин отказа.

РАЗДЕЛ 14. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Действие Договора страхования прекращается в случаях:

- а) истечения Периода страхования, за исключением случая, предусмотренного в пункте 8.6. настоящих Правил;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по Страховой выплате и/или Страховому обеспечению в полном объеме;
- в) если решением суда Договор страхования признан недействительным;
- г) в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

14.2. Договор страхования может быть расторгнут досрочно, в любое время по письменному уведомлению Страхователя, с соблюдением требований действующего законодательства Республики Узбекистан.

14.3. При досрочном расторжении Договора страхования, уплаченная Страхователем Страховая премия подлежит возврату в следующих размерах:

- а) в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора страхования до начала Периода страхования;

б) пропорционально за не истекший Период страхования, если Страхователь отказался от Договора страхования после начала Периода страхования.

14.4. Расчет Страховой премии за не истекший Период страхования производится за минусом дополнительных 15 (пятнадцати) дней Периода страхования, прибавленных в соответствии с правилом «Shengen 92».

14.5. Возврат Страховой премии (или ее соответствующей части) производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня заявления Страхователя.

14.6. Возврат Страховой премии (или ее соответствующей части) производится в национальной валюте Республики Узбекистан - Сум, по курсу Центрального банка Республики Узбекистан на дату уплаты Страховой премии.

14.7. Страховая премия не возвращается, если:

а) в течение Периода страхования произошел Страховой случай, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства по Страховой выплате и/или Страховому обеспечению;

б) в паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза на Путешествие;

в) Страхователь заявил о расторжении Договора страхования после окончания Периода страхования.

РАЗДЕЛ 15. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

15.2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, если неисполнение ими своих обязательств было вызвано форс-мажорными обстоятельствами (такими как: природные бедствия, пожары, наводнения, землетрясения и т.п., забастовки, гражданские войны и т.п.). Сторона, подвергшаяся действию форс-мажорных обстоятельств, обязана немедленно уведомить другую Сторону о возникновении и возможной продолжительности действия, указанных обстоятельств в течение 30 (тридцати) рабочих дней.

15.3. Если форс-мажорные обстоятельства будут продолжаться более 3 (трех) месяцев, каждая из Сторон будет иметь право отказаться от исполнения обязательств по Договору страхования.

РАЗДЕЛ 16. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

16.1. Если отдельные условия и/или обстоятельства, затрагивающие интересы Страхователя (Застрахованного лица) не были отражены в настоящих Правилах, то Страховщик вправе по своему усмотрению принять компромиссное решение.

16.2. В случае возникновения споров, требований или разногласий по вопросам, предусмотренным настоящими Правилами или в связи с ними, в том числе касающиеся их исполнения и нарушения, Стороны примут меры к разрешению их путем переговоров.

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

16.4. Не нашедшие отражения в настоящих Правилах вопросы и отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

16.5. В случае разногласий, возникающих из различного толкования положений настоящих Правил на русском и иностранном языках, русский текст настоящих Правил имеет приоритет.

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ				
(Евро)				
Перечень страховых покрытий		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	Стоматологические услуги	200	300	300
2	Лимит на Эвакуацию	4,000	8,000	12,000
3.	Лимит на Транспортные услуги, в том числе:	нет	9,000	18,000
3.1	проезд Застрахованного лица	нет	1,000	2,000
3.2	проезд несовершеннолетних детей	нет	3,000	5,000
3.3	проезд посетителя	нет	нет	5,000
3.4	проезд сопровождающего лица	нет	5,000	6,000
4	Лимит на Иные услуги, в том числе:	5,500	11,500	17,000
4.1	поисково-спасательные мероприятия	нет	2,000	4,000
4.2	захоронение в стране временного пребывания	нет	2,000	3,000
4.3	Репатриация	5,500	7,500	10,000
5	Лимит на Компенсацию	500	1,500	3,000

Rules of insurance for persons traveling abroad

INSON LLC Insurance Organisation

SECTION 1. GENERAL PROVISIONS

1.1. These Rules of Insurance for persons traveling abroad (hereinafter referred to as "Rules") provided by INSON LLC Insurance Organisation (License of the Ministry of Finance of the Republic of Uzbekistan) have been developed in accordance with the legislation of the Republic of Uzbekistan and in compliance with Class 1 "Accident Insurance" and Class 2 "Sickness Insurance" deposited by the State Inspection on Insurance Surveillance under the Ministry of Finance.

1.2. In accordance with provisions foreseen in these Rules, definitions, exceptions and annexes being an integral part herein, INSON LLC Insurance Organisation provides insurance compensations and/or insurance coverage to Insured Persons pursuant to procedures and in the amount indicated below upon the condition that the Insured Person obliges to pay the insurance premium in the amount and within timelines specified in these Rules.

1.3. These rules may be translated into any foreign language.

SECTION 2. INSURANCE ENTITY

In line with the present Rules, an Insured Person and the Insurer (also collectively referred to as "Parties" and individually referred to as a "Party") shall be Insurance Entities.

2.2. INSON LLC Insurance Organisation shall be the Insurer that concludes insurance agreements in compliance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

2.3. Under an insurance agreement, a legal entity or a legally capable individual, resident or nonresident of the Republic of Uzbekistan, may act as a Policyholder that shall enter into contractual relations with the Insurer and pay an insurance premium according to provisions set forth in the present Rules.

2.4. An Insured Person is entitled to conclude insurance agreements in favor of third parties or in favor of oneself, whereby the Policyholder shall simultaneously be an Insured Person.

SECTION 3. INSURANCE OBJECT

3.1. According to the present Rules, legitimate property interests related to his/her life and health shall be the insurance object.

SECTION 4. DEFINITIONS

The terms below used in these Rules and relevant annexes shall mean the following:

4.1. Insurance Contract is a written agreement that shall set forth insurance conditions for persons traveling abroad. The insurance contract shall be concluded by means of issuing a signed Insurance Policy to the Policyholder with these Rules annexed, which shall constitute provisions of the Insurance Contract.

4.2. Insured Person is an individual specified in the Policy who contracts for insurance.

4.3. Insurance Policy is a document certifying an act of entry into an Insurance Contract, which is issued to the Policyholder after payment of insurance premium by him/her.

4.4. Insurance Premium is payment for insurance to be paid by the Policyholder to the Insurer in accordance with the present Rules in relation to the Insured Person(s).

4.5. Sum Insured is the amount of money specified in the Policy and representing the ultimate amount of liabilities of the Insurer with regard to insurance benefit and/or coverage with respect to one Insured Person.

4.6. Insurance Benefit is amount paid to Assistance Service and/or facility for services delivered to the Insured Person at the occurrence of insured event stipulated in the present Rules.

4.7. Insurance Coverage is amount of money paid to the Insured Person or other authorized person at the occurrence of the insured event stipulated in the present Rules.

4.8. Insurance Event refers to events specified in Paragraphs 5.1. and 5.2. of the present Rules, upon occurrence of which obligations of the Insurer to pay Insurance Benefit and/or Insurance Coverage come into force.

4.9. Insurance Case is an event that has all signs of the Insurance Event.

4.10. Period of Cover is a period of time specified in the Policy and shall be the same as the travel period of the Insured Person.

4.11. Travel is a trip of the Insured Person outside the Republic of Uzbekistan counted in the number of days.

4.12. Policy Territory is a country, a group of countries, or geographic area specified in Section 9 of the present Rules.

4.13. Insurance Program is a list insurance coverage types consisting of services and compensations envisaged in Annex No. 1 to the present Rules, according to which the Insurer shall pay Insurance Benefit and/or Insurance Coverage at the occurrence of the Insurance Event.

4.14. Services refer to health care, medical transportation and other services set forth in the Insurance Program, which are rendered to the Insured Person at the occurrence of the Insurance Event.

4.15. Compensation is Insurance Coverage paid to heirs of the Insured Person or other eligible person at the occurrence of the Insured Event envisaged in Paragraph 5.2. of the present Rules. Compensation shall be paid within the Limit determined in the Insurance Program.

4.16. Limit is amount of money representing the threshold size of Insurance Benefit and/or Insurance Coverage for Services and Compensation within the frameworks of the Insurance Program envisaged in the present Rules.

4.17. Facility a health or other facility (pharmacy, diagnostics center and etc.), where Services are rendered to the Insured Person.

4.18. Assistance Service is a specialized organization that operates round-the-clock message reception about Insurance Cases throughout the entire Policy Territory and assists the Insured Person in arrangement and delivery of Services for Insurance Events that have occurred. Assistance Services is authorized to control quality and scope of services delivered to the Insured Person.

4.19. Sudden Illness (Illness) is any detectable change in the health status of the Insured Person, which has occurred suddenly and requires emergency medical care.

4.20. Emergency Care is medical assistance, which, if not provided, may pose a risk to life of the Insured Person.

4.21. Chronic Illness is a disease that persists for a long time and affects human body organs and systems with intrinsic periods of aggravation and remission including illness that has been in the Insured Person's body prior to his/her entry into Insurance Contract (regardless of whether or not the Insured Person has had knowledge of it).

4.22. Accident is a sudden short-term event not depending on the will of the Insured Person, which affects the human body externally and leads to traumatic injury, other impairment of health and/or death.

4.23. Other Impairment of Health refers to a sustained bodily injury from a burn, explosion, lightning stroke or effect of electric shock; poisoning with chemical substances (industrial or household) and/or burns resulting from inhalation or physical contact with poisonous and/or burning substances, fumes or gases; frostbite, drowning, assault on the part of criminals or animals; sunstroke, accidental aspiration of foreign bodies into respiratory tract, and accidental intoxication with poisonous plants.

4.24. Medical Evacuation (Evacuation) is a set of measures necessary to relocate the Insured Person using any available and adequate vehicle to and from certain location to another location. Evacuation shall be performed only in absence of medical contraindications.

4.25. Repatriation is a set of measures required to relocate the remains of the Insured Person using any available and adequate vehicle to the airport of the country of permanent residence. The Assistance Service and/or Insurer shall determine the conditions of Repatriation.

4.26. Prescription is the instruction of a doctor for the use of pharmaceuticals and/or medical supplies.

4.27. Hazardous Jobs refer to working conditions (work, craft, occupation), which pose threat to life and increase the risk for development of severe forms of occupational injuries during a working shift (or during its part). These working conditions may include: a) underground operations, sea duty, metallurgical engineering, construction and/or disassembly and demolition of buildings, and etc.; b) jobs involving lifting heavy weights and exerting significant efforts; operation of moving and dangerous machinery; c) working with explosive, poisonous or radioactive substances, and etc.

SECTION 5. INSURANCE EVENTS

5.1. In accordance with the present Rules, Insurance Events shall include a sudden illness of the Insurance Person in the course of Travel and/or accidents occurring with the Insured Person in the course of Travel, which have necessitated arrangement of the delivery of the following Services to the Insured Person:

5.1.1. Health Care Services:

- a) outpatient and inpatient treatment at a Facility;
- b) manipulations and counseling by specialists of different profiles;
- c) diagnostic and laboratory investigation services;
- d) indicated (according to a doctor's prescription) medications, dressing materials as well as means of fixation and other supplies (cast, bandage, and etc.).

5.1.2. Dental Services:

- a) emergency dental services related to dental extraction and/or relief of acute toothache (unforeseen or sudden pain requiring immediate treatment);
- b) relief of severe toothache during dental inflammation or inflammation of tissues surrounding a tooth.

5.1.3. Medical Transportation Services:

- a) Evacuation from the scene of the event to the nearest Facility or doctor or from one Facility to another (within the country of sojourn) or to the country of the Insured Person's residence. In this case, only authorized doctors of the Assistance Service and/or Insurer shall make the decision regarding the expediency of Evacuation.

5.1.4. Transportation Services:

- a) transit of the Insured person to the airport in the country of residence, if the departure of the Insured Person has not occurred on the day indicated in the travel documents, by virtue of the Insurance Event that necessitated inpatient treatment of the Insured Person;
- b) transit of underage children of the Insured Person to the country of residence, when the Insured Person's underage children have been left unattended by virtue of the Insurance Event that has happened with the Insured Person;
- c) **transit of one relative to visit the Insured Person** (and back to the country of residence), if the hospitalization period of the Insured Person traveling without the company of adult persons exceeds 15 days. In this case, the Insurer shall not cover expenses related to the stay of the Insured Person's relative on the Policy Territory.
- d) transit of the accompanying person, when such person's presence is necessary during Evacuation of the Insured Person or during the return of underage children of the Insured Person, who have been left unattended.

5.1.5. Other Services:

- a) services related to arranging and implementing measures necessary to search for and rescue the Insured Person;

- b) services related to burial of the Insured Person on the Policy Territory with the exception of ritual services;
 - c) services related to Repatriation except for delivery of ritual service and burial in the Insured Person's country of residence.
- 5.2. According to the present Rules, death of the Insured Person resulting from an accident during Travel shall also be considered an Insurance Event.
- 5.3. Obligations of the Insurer to pay Insurance Benefits and Insurance Coverage in relation to Insurance Events occurring within the Policy Territory.
- 5.4. The Insurer shall incur an obligation related to Insurance Payment and/or Insurance Coverage within the frame of the Insurance Program, Sum Insured, and Limits.

SECTION 6. EXCEPTIONS

6.1. Events specified in Paragraphs 5.1. and 5.2. of the present Rules shall not be recognized as Insurance events and the Insurer shall not bear an obligation related to affecting the payment of Insurance Benefits and/or Insurance Coverage, if they have occurred under the following circumstances and/or in relation to:

- 6.1.1. impact of nuclear explosion, radiation, radioactive or other contamination;
 - 6.1.2. environmental pollution, natural calamities, epidemics, quarantine and global catastrophes;
 - 6.1.3. any consequences of warfare as well as military maneuvers, civil or international war, acts of terrorism, public unrest of any kind, rebellions, revolts or strikes;
 - 6.1.4. service/engagement in and/or other actions of the Insured Person in any armed forces and command;
 - 6.1.5. chronic illnesses and/or their exacerbations/complications and/or any forms and types of their manifestation;
 - 6.1.6. cancers and/exacerbations/complications and/or other forms and types of their manifestation;
 - 6.1.7. circulatory system disorders requiring sophisticated treatment and/or long hospital stay including due to cardio-surgical treatment (including angiography, angioplasty, cardiac bypass and etc.) as well as treatment of early and advanced complications that have developed due to previously experienced circulatory system disorders and surgical interventions;
 - 6.1.8. diseases (heart attack, stroke, and others), which develop as a result of negative factors (unhealthy lifestyle, alcohol abuse, smoking, obesity, and others) and during long periods of time and/or in relation to presence of other illnesses requiring sophisticated treatment and/long hospital stay at a health facility.
 - 6.1.9. venereal diseases and sexually transmitted diseases and their consequences and HIV/AIDS
 - 6.1.10. any events/consequences directly related to pregnancy, child delivery and relevant complications
 - 6.1.11. treatment of infertility, contraception and artificial insemination, in vitro fertilization
 - 6.1.12. central nervous system disorders (poliomyelitis, encephalitis, meningitis, and others)
 - 6.1.13. illnesses related to the area of psychiatry including depression, epileptic seizure, hysterics, stress responses and others
 - 6.1.14. hereditary diseases and their exacerbations/complications and/or other forms and types of their manifestation
 - 6.1.15. occupational diseases or their exacerbations/complications and/or other forms and types of their manifestation
 - 6.1.16. any consequences of alcohol abuse or alcoholic intoxication, use of narcotic or toxic substances or medications, which have not been prescribed by a doctor, any injuries, illnesses or death of the Insured Person through alcohol, narcotic, toxic or other type of intoxication, which have a causal link to the Insured Event
 - 6.1.17. accidents that have occurred while the Insured Person was operating a vehicle without a relevant permit/right and in case the Insured Person delegates the operation of a vehicle to a person in a state of alcoholic, narcotic, toxic or other type of intoxication or a person without a right to operate a vehicle
 - 6.1.18. events that have occurred during the ride on a motorcycle or motor scooter or other motorized vehicle, engine volume of which is equal to or exceeds 125 cubic centimeters as well as jet boat, and etc.
 - 6.1.19. accidents that have occurred during any flights except for performed as a passenger who has paid for regular airborne transit or in a licensed charter flight according to a defined itinerary
 - 6.1.20. accident provoked intentionally by the Insured Person (including through conspiracy with third parties) to bring about the Insurance Case as well as actions of the Insured Person for the purpose of suicide and related consequences
 - 6.1.21. accidents resulting from the Insured Person's participation in gaming contracts and perpetrations as well as in fights except for actions related to the performing a civil duty or aimed at protecting own life, health, honor and dignity (or those of third parties);
 - 6.1.22. committal of an unlawful act by the Insured Person resulting in the occurrence of an Insurance Event;
 - 6.1.23. circumstances that resulting through gross negligence or malicious intent of the Insured Person, his/her voluntary exposure to additional risk with the exception of saving human life;
 - 6.1.24. events that have occurred during any sports activities on a professional level as well as amateur sports activities such as: alpinism, trekking, speleology, winter sports, springboard dives, bungee jumping, auto-motor sports, air sports, martial arts, diving (snorkeling, diving), rafting;
 - 6.1.25. events that have occurred resulting from fulfillment of any forms of Hazardous Jobs by the Insured Person.
- 6.2. Within the frame of the present Rules, the following cases shall not be recognized as Insurance Events:
- 6.2.1. delivery of Services unrelated to an Insurance Event (sudden illness and/or accident) or deemed unnecessary from medical point of view or have not been indicated by an attending doctor;

- 6.2.2 illnesses which contraindicated travel undertaken by the Insured Person due to state of health;
 - 6.2.3. illnesses, for treatment of which the Travel has been undertaken, and any consequences related to such treatment;
 - 6.2.4. cosmetic/plastic surgery, treatment aimed at removal defects in appearance or bodily anomalies as well as any kinds of prosthesis including dental and eye prosthesis;
 - 6.2.5. unconventional types of treatment that are not officially recognized in science and medicine;
 - 6.2.6. delivery of Services by a person (or a Facility) without appropriate permit or license or right to practice medicine or who is a relative of the Insured Person;
 - 6.2.7. any preventive measure, vaccination, disinfection, sanatorium and spa treatment, recreational and health-improving treatment, heliotherapy, hydrotherapy, physiotherapy, manual therapy, any kind of massage, and etc.;
 - 6.2.8. provision of additional comfort (passage tickets – “business” and “first class”, “luxury” wards, television set, telephone, air conditioner, humidifier) as well as payment for fees of a hairdresser, masseur, beautician, and translator services, and etc.;
 - 6.2.9. provision of implements to improve vision (glasses and frames, lenses, magnifying glasses, and etc.), as well as aids (artificial limbs, crutches, and etc.);
 - 6.2.10. treatment that takes place after the return of the Insured Person to the country of permanent residence.
- 6.3. In case of primary detection of circumstances as well as signs/symptoms of diseases that fall under Paragraphs 6.1.–6.2. of this Section, the Insurer shall have the right (in its discretion) to arrange Services and/or cover the expenses of Insured Persons within the limit of 500 (five hundred) Euros.
- 6.4. An event set forth in Paragraph 6.1.24. and/or in Paragraph 6.1.25. of this Section shall be recognized as an Insurance Event only upon the application of a multiplying factor to the base Insurance Premium and making a relevant mark in the Policy.

SECTION 7. PROCEDURE OF CONCLUDING AN INSURANCE CONTRACT

- 7.1. An insurance contract shall be concluded on the basis of verbal or written application of the Policyholder.
- 7.2. An insurance contract shall be concluded by means of award of a signed Policy with the full edition of the present Rules by the Insurer to the Policyholder (Insured Person).
- 7.3. The Policy shall be issued within 3 (three) business days upon payment of Insurance Premium by Policyholder.
- 7.4. In case of loss of Policy, Policyholder (Insured Person) shall have a right to receive another Policy. In this case, a new Policy shall be issued upon a written application of Policyholder (Insured Person), while the lost Policy shall no longer be considered as valid and shall not entail obligations of the Insurer.
- 7.5. Policyholder shall assume an obligation to brief Insured Persons with terms and obligations foreseen in the present Rules.

SECTION 8. ENTRY OF INSURANCE CONTRACT INTO FORCE AND VALIDITY PERIOD

- 8.1. The Insurance Contract shall enter into force on the date of processing the Policy and shall be valid until the expiry of the Period of Cover.
- 8.2. The Period of Cover shall be specified in the Policy and shall be no longer than one year.
- 8.3. If the Insurance Contract is processing for countries that are parties to the Schengen Agreement for the period up to 92 days, then additional 15 days shall be added to the validity period (hereinafter referred to as “Schengen 92” Rule). In this case, the following formula shall be used to define the Period of Cover according to “Schengen 92”:

$$\boxed{\text{Period of Cover}} = \boxed{\text{Travel Start Date}} + \boxed{\text{Number of Days Traveled}} + \boxed{15 \text{ additional days}}$$

- 8.4. In case of multiple Travel of the Insured Person during a specific Period of Cover, an Insurance Contract may be concluded in accordance with the following “INSON” plans:

	Travel Duration	Period of Cover	Name of Plan
a)	30 days	no longer than 92 days	INSON I
b)	90 days	no longer than 183 days	INSON II
c)	90 days	no longer than 365 days	INSON III
d)	180 days	no longer than 365 days	INSON IV
e)	30 days (each Travel)	no longer than 365 days	INSON V

- 8.5. Insurer’s obligations to effect payments of Insurance Benefits and/or Insurance Coverage shall be valid during the Period of Cover, but no longer than the number of days of Travel (Travel Duration) according to “INSON” plans.
- 8.6. If by the end of the insurance period specified in the policy, the return of the Insured person from abroad is not possible due to his/her hospitalization caused by an insurance event, as evidenced by appropriate medical report, the Insurer shall fulfill its liabilities hereunder within limits of the Sum Insured stipulated per each risk in the relevant Insurance Programs.

SECTION 9. POLICY TERRITORY

9.1. Policy Territory is determined in accordance with Insurance Program in the following manner:

	Insurance Program	Policy Territory
1)	Silver	ALL COUNTRIES OF THE WORLD, EXCLUDING EUROPEAN STATES, SCHENGEN AREA STATE, AND ALSO LIECHTENSTEIN, GREAT BRITAIN, ISRAEL, JAPAN, AUSTRALIA AND NEW ZEALAND, CANADA AND USA
2)	Gold	ALL COUNTRIES OF THE WORLD, EXCLUDING USA, CANADA, JAPAN, AUSTRALIA AND NEW ZEALAND
3)	Platinum	ALL COUNTRIES OF THE WORLD

9.2. Policy Territory shall not include: The Republic of Uzbekistan, the country of permanent residence and/or a country, which the Insured Person is the national of, and/or a country, which has issued a permanent residency permit to the Insured Person.

SECTION 10. SUM INSURED AND INSURANCE PREMIUM

10.1. Sum Insured shall be determined upon agreement between the Parties depending in the Insurance Program and shall be specified in the Policy.

10.2. Limits broken down by Service and Compensations in the Insurance Program are specified in Annex No.1 to the present Rules.

10.3. Insurance Premium shall be calculated according to current rates in the Insured Person's Insurance Premium and shall be specified in the Policy.

10.4. When calculating the Insurance Premium, the Insurer may apply multiplying or reduction factors to the base Insurance Premium depending on the Policy Territory, Insurance Period, age of the Insured Person, the purpose of Travel as well as factors that influencing the extent of risk and likelihood of its occurrence.

10.5. When processing a Policy in accordance with the rule "Schengen 92", the Insurance Premium shall be calculated minus of 15 (fifteen) additional days added to the Period of Cover.

10.6. The Insurance Premium shall be paid in lump sum by the Policyholder within 5 (five) business days upon verbal or written application of the Policyholder.

10.7. The Insurance Premium shall be paid in national currency – Uzbek soums – at the foreign currency exchange rate set by the Central Bank of the Republic of Uzbekistan on the date of payment of the Insurance Premium unless otherwise agreed upon in a separate agreement.

10.8. The date of depositing cash funds to the Insurer's or its authorized representative's bank account shall be considered as the day of Insurance Premium payment.

SECTION 11. INSURANCE GRIEVANCE PROCEDURE

11.1. At the occurrence of an Insurance Event, the Insured Person or his/her representative shall immediately contact Assistance Service using phone numbers indicated in the Policy and inform the operator about what happen having reported the following data:

- last, first and middle names;
- Policy number;
- Period of Cover;
- the Insurer's name;
- description of circumstances, the occurred event and nature of required assistance;
- location and contact phone number for feedback.

11.2. Depending on circumstances, the Insurance Event and nature of required assistance, the Assistance Service shall help the Insured Person in arranging necessary Services.

11.3. In case the Insured Person has paid invoices of the Facility for delivered Services himself/herself (due to impossibility of contacting the Assistance Service), then the Policyholder (Insured Person) shall send the Insurer a written statement with the indication of reasons and circumstances of Insurance Event and annex documents indicated in Paragraph 11.5. of this Section.

11.4. The statement shall be delivered to the Insurer within 30 (thirty) calendar days upon the occurrence of the Insurance Event, but no later than 30 (thirty) calendar days upon return of the Insurance Person from Travel.

11.5. Depending on the Insurance Event, the following documents shall be annexed to the statement:

11.5.1. in case of sudden illness and/or accident that has occurred with the Insured Person during Travel:

- a) Policy or its copy;
- b) original of the detailed invoice from the Facility with the indication of necessary information (the patient's last name, diagnosis, rate of referral for Services, duration of treatment, and etc.);
- c) prescriptions issued by a doctor in relation to the illness;
- d) original copy of the invoice from the Facility with a breakdown by dates, names and costs of rendered Services;

e) original copies of documents certifying the fact of payment of Service fees (stamp of payment, receipt of payment or confirmation of the Bank money transfer and etc.)

11.5.2. in case of death of the Insured Person as a result of an accident during Travel:

- a) Policy or its copy;
- b) detailed description of the circumstances relating to the accident and names and contact information of witnesses, if possible;
- c) the Certificate (document) of law-enforcement agencies about the accident (if the case has been investigated by law-enforcement agencies);
- d) official certificate of death of the Insured Person or court decision that the Insured Person has been declared dead or missing (if the Insured Person has disappeared);
- d) identity documents of the Insured Person's heirs (and their right of inheritance) or of a person authorized to receive Insurance Coverage.

11.6. The Insured Person shall take all measures to submit all the unused travel documents to the Assistance Service/Insurer or reimburse their costs. In this case, the Assistance Service/Insurer shall be entitled to dispose of the unused travel documents received from the Insured Person at its discretion or withhold their cost when paying the Insurance Coverage.

11.7. The Insurer shall only accept paid bills in order to provide Insurance Coverage. When submitting unpaid bills, the Insured Person shall provide an explanation in writing. Unpaid bills received by the Insured Person through mail shall be delivered to the Insurer within 15 (fifteen) calendar days upon the date of their receipt.

11.8. When considering the insurance claim, the Insurer shall have a right to perform medical examination of the Insured Person or post-mortem examination in case of the Insured Person's death at its own cost.

11.9. The Insurer shall have a right to make a decision about recognizing or not recognizing the Insurance Event without the request of submitting the full list of documents specified in Paragraph 11.5. of this Section or request other documents necessary to ascertain the fact of the occurrence of the Insurance Event.

11.10. Upon the request of the Insurer, documents specified in Paragraph 11.5. of this Section (generated in a foreign language other than Russian and English) shall be subject to certification of translation at the cost of the person eligible to receive Insurance Coverage.

11.11. In any case, the proof of the fact of occurrence of the Insurance Event, the Insurer's responsibility to pay the Insurance Coverage and justification of the amount of losses rests with the Policyholder/Insured Person or other person eligible to receive Insurance Coverage and Insurance Benefit.

11.12. If the Insured Person reports the occurrence of the Insurance Event violating Paragraph 11.4. of this Section, he/she shall prove the Insurer the impossibility of more prompt notification of the event.

11.13. If, according to facts that have led to the occurrence of the Insurance Event, criminal proceedings or lawsuit have been initiated, the decision regarding the payment of Insurance Benefit and/or Insurance Coverage may be postponed until the end of investigation or court trial.

SECTION 12. INSURANCE BENEFIT (INSURANCE COVERAGE) PAYMENT PROCEDURE

12.1. The Insurer payment shall affect the Insurance Benefit through payment to the Facility of fees for Services arranged for/delivered to the Insured Person (with facilitation of the Assistance Service).

12.2. Each bill of the Facility paid by the Insurer for Services delivered to the Insured Person diminishes the Sum Insured and Limit by the amount of the paid bill.

12.3. Insurance Coverage shall be provided for bills paid by the Insured Person.

12.4. In case of the Insured Person's death through an accident, the Insurer shall provide Insurance Coverage within the Limit of Compensation set forth in the Insurance Program of the Insured Person.

12.5. The Insurer shall provide the Insurance Coverage within 15 (fifteen) business days upon submission of the documents specified in Paragraph 11.5. of the present Rules.

12.6. The Insurance Coverage shall be provided in national currency of the Republic of Uzbekistan – Uzbek soum – at the exchange rate established by the Central Bank of the Republic of Uzbekistan of relevant foreign currency on the date of payment of the Insurance Coverage.

12.7. If the Central Bank of the Republic of Uzbekistan has not established an exchange rate for foreign currency, then the Parties shall sign a relevant agreement, which shall specify the source that sets forth the exchange rate for foreign currency.

12.8. Insurance Coverage shall be provided through a lump sum bank wire of cash funds to the bank account of the Insured Person or other person entitled to receive the Insurance Coverage.

12.9. Total amount of the Insurance Benefit and/or Insurance Coverage paid by the Insurer upon one or several Insurance Events may not exceed the amount of Sum Insured and Limits of the Insurance Program specified in the Insured Person's Policy.

SECTION 13. CASES OF DENIAL TO PAY INSURANCE BENEFIT AND INSURANCE COVERAGE

13.1. The Insured shall have a right to deny the payment of Insurance Benefit and Insurance Coverage in full or in part in case the Policyholder (Insured Person) fails to and/or inadequately fulfills obligations set forth in the present Rules as well as in the following cases:

- a) violation of Paragraphs 11.3 – 11.7. of the present Rules;

- b) submitting documents to the Insurer with deliberately false information;
- c) deliberate acts and facilitation of the Policyholder (Insured Person) aimed at the increase in the amount of losses subject to be covered by Insurance Benefit and/or Insurance Coverage;
- d) to an Insured Person who refuses (in writing or verbally) from Evacuation required due to the Insured Person's health condition;
- e) in other cases, foreseen in the legislation of the Republic of Uzbekistan.

13.2. Insurer shall inform the Policyholder (Insured Person) or the person eligible to receive Insurance Coverage about decision regarding denial to pay the Insurance Coverage in writing within 15 (fifteen) calendar days upon their application. In this case, the decision shall contain a motivated justification of reasons for denial.

SECTION 14. TERMINATION OR CANCELLATION OF THE CONTRACT

14.1. The Contract shall no longer be valid in the following cases:

- a) expiry of the Period of Cover except for cases stipulated in Paragraph 8.6. of the present Rules;
- b) fulfillment of obligations by the Insurer regarding the payment of Insurance Benefit and/or Insurance Coverage in full;
- c) if, according to court ruling, the Insurance Contract has been recognized as void;
- d) in other cases, foreseen in the legislation of the Republic of Uzbekistan.

14.2. The Insurance Contract may be terminated prematurely at any time at written notice of the Policyholder in compliance with the requirements of the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

14.3. In case of early cancellation of the Insurance Contract, the Insurance Premium paid by the Policyholder shall be subject to reimbursement in the following amounts:

- a) in full, if the Policyholder refused from the Insurance Contract prior to the beginning of the Period of Cover;
- b) proportionately to the unexpired Period of Cover, if the Policyholder refuses from the Insurance Contract after the onset of the Period of Cover.

14.4. The Insurance Premium for the unexpired Period of Cover shall be calculated minus of 15 (fifteen) additional days of the Period of Cover added in line with the rule "Schengen 92".

14.5. The Insurance Premium (or its relevant part) shall be reimbursed within 15 (fifteen) business days upon the application of the Policyholder.

14.6. The Insurance Premium (or its relevant part) shall be reimbursed in national currency of the Republic of Uzbekistan – Uzbek soum – at the exchange rate of the Central Bank of the Republic of Uzbekistan as of the date of payment of the Insurance Premium.

14.7. The Insurance Premium shall not be reimbursed if:

- a) an Insurance Event has occurred during the Period of Cover, upon which the Insurer has fulfilled or is fulfilling its obligations pertaining to the Insurance Benefit and/or Insurance Coverage;
- b) the Insured Person's visa contains a valid visa for Travel;
- c) the Policyholder applied for cancellation of the Insurance Contract after the end of the Period of Cover.

SECTION 15. RESPONSIBILITIES OF THE PARTIES

15.1. The Parties shall bear responsibility in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan for non-fulfillment or inadequate fulfillment of assumed obligations.

15.2. The Parties shall be exempt from responsibility, if non-fulfillment of their obligations was due to force majeure events (such as: natural disasters, fires, floods, earthquakes and others, strikes, civil wars and others). The Party that has become subject to the effect of force majeure events shall promptly notify the other Party about the development of such circumstances and possible duration of the specified events within 30 (thirty) business days.

15.3. If force majeure events continue beyond the period of 3 (three) months, each of the parties shall have a right to refuse the fulfillment of obligations assumed under the Insurance Contract.

SECTION 16. DISPUTE RESOLUTION PROCEDURE

16.1. If individual provisions and/or circumstances affecting the interests of the Policyholder (Insured Person) have not been reflected in the present Rules, the Insurer shall have the right to make a compromise decision as it thinks fit.

16.2. In case disputes, claims or discord emanate from issues set forth in the present Rules or in relation to them, including their fulfillment or violation, the Parties shall take measures to resolve them by means of negotiations.

16.3. In case disputes, discord or claims may not be resolved, they are subject to resolution in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

16.4. Issues and relations that are not covered in the present Rules shall be resolved in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

16.5. In case of discord emanating from different interpretation of provisions in the present Rules in the Russian and foreign languages, the Russian text of the present Rules shall prevail.

INSURANCE PROGRAMS				
(Euro)				
List of Insurance Coverage		Silver	Gold	Platinum
No.	Sum Insured	20,000	60,000	90,000
1	Limit of Medical Services including:	10,000	30,000	40,000
1.1	Dental Care	200	300	300
2	Limit of Evacuation	4,000	8,000	12,000
3.	Limit of Transportation Services including:	none	9,000	18,000
3.1	travel of the Insured Person	none	1,000	2,000
3.2	travel of underage children	none	3,000	5,000
3.3	travel of visitor	none	none	5,000
3.4	travel of accompanying person	none	5,000	6,000
4	Limit of Other Services including:	5,500	11,500	17,000
4.1	search and rescue operations	none	2,000	4,000
4.2	burial in the country of sojourn	none	2,000	3,000
4.3	Repatriation	5,500	7,500	10,000
5	Limit of Compensation	500	1,500	3,000