1. **ПРОЕКТ ДОГОВОРА**

**ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ**

**(добровольное медицинское страхование)**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Ташкент «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**СК ­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующая на основании Лицензии Министерства финансов Республики Узбекистан серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, именуемая в дальнейшем ***Страховщик***, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, иАкционерное общество «Компания по рефинансированию ипотеки Узбекистана», именуемое в дальнейшем ***Страхователь*,** в лице Генерального директора Фарманова М.Ж., действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**РАЗДЕЛ 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. Страховщик обязуется в соответствии с предусмотренными в настоящем Договоре условиями, осуществлять страховые выплаты при наступлении страховых случаев с Застрахованными лицами, в указанном ниже порядке и объеме, при условии, что Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки, указанные в настоящем Договоре.
	2. Объектом страхования является имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с расходами на получение медицинской помощи при наступлении страхового случая.
	3. Перечень и объем страхового покрытия (покрываемых медицинских услуг) определяются Программой страхования (Приложение №2).
	4. Списки Застрахованных лиц, с выбранной Программой страхования, указываются в Приложении №3.

**РАЗДЕЛ 2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

* 1. Нижеперечисленные термины, используемые в настоящем Договоре и его приложениях, имеют следующие значения:

**Страховой полис (Полис)** - документ, удостоверяющий факт вступления в силу обязательств Страховщика по предоставлению страховой защиты в рамках настоящего Договора страхования, выдаваемый Страхователю после уплаты им Страховой премии или первой ее части.

**Сервисная карточка** – карточка, выдаваемая Страховщиком каждому Застрахованному лицу по Договору страхования, предъявление которой подтверждает его право на получение предусмотренного Договором страхования медицинского обслуживания.

**Служба Ассистанса (Ассистанс) –** специализированная организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, которая по поручению Страховщика осуществляет координацию обслуживания Застрахованных лиц и обеспечение их доступа к требуемому медицинскому обслуживанию при наступлении Страхового случая в рамках условий, предусмотренных настоящим Договором страхования.

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, указанное в настоящем Договоре, чьи имущественные интересы, связанные с его здоровьем, являются объектом страхования и в пользу которого заключен настоящий Договор.

**Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором страхования.

**Страховая сумма** – денежные средства, указанные в Части 1 Приложения №1 настоящего Договора, представляющие собой совокупный объем обязательств Страховщика перед Страхователем в отношении лиц, застрахованных настоящим Договором.

**Программа страхования** – комплекс и условия предоставления медицинских услуг Застрахованным лицам по которым Страховщик осуществляет Страховую выплату по наступившим Страховым случаям (Приложение 2).

**Услуги** – медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой страхования, которые оказываются Застрахованному лицу при наступлении Страхового случая.

**Лимит ответственности (Лимит)** – определенная программой страхования сумма денежных средств на определенный вид медицинской помощи и/или лекарственные препараты, в пределах которой Застрахованное лицо может получать медицинские услуги и лекарственные препараты в порядке, установленном настоящим Договором.

**Страховая выплата** - денежные средства, уплачиваемые Страховщиком Ассистансу/ Медицинскому Учреждению за оказанные Застрахованному лицу Услуги. Страховая выплата осуществляется в пределах Страховой суммы, лимитов и Программы страхования только по наступившим Страховым случаям.

**Несчастный случай** - внезапное, кратковременное, не зависиящее от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой травматические повреждения и/или иное расстройство здоровья.

**Под иным расстройством здоровья понимается**:

а) телесные повреждения в связи с: ранением, переломом, разрывом органа, ожогом, сдавливанием, вывихом, взрывом, ударом молнии или воздействием электрического тока;

б) отравления химическими веществами (промышленными или бытовыми), недоброкачественными пищевыми продуктами и/или ожоги, возникшие при вдыхании или соприкосновении с ядовитыми и/или жгучими веществами, парами или газами;

в) обморожение, утопление, нападение злоумышленников или животных, солнечный удар, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное острое отравление ядовитыми растениями, а также травмы, полученные при движении любых видов транспортных средств (наземных и подземных) или при их крушении, при пользовании машинами, механизмами и всякого рода инструментами.

**Острое заболевание** - болезнь, возникшая неожиданно в Период страхования, и требующая неотложной медицинской помощи.

**Хроническое заболевание** – длительно протекающее заболевание (свыше шести месяцев), характеризующееся периодами обострения и ремиссии.

**Обострение хронического заболевания** – обострение длительно протекающего заболевания с поражением жизненно важных органов и систем с ярко выраженной симптоматикой, характеризующиеся наличием патологических изменений в организме человека, продолжительностью, как правило, не более 1 месяца.

**Неотложная медицинская помощь** - медицинская помощь, оказание которой требуется немедленно для предотвращения прогрессирования патологических процессов в организме Застрахованного лица, сопровождающихся поражением жизненно важных органов и систем, приводящих к летальному исходу.

**Экстренность** - состояние здоровья Застрахованного лица, требующее оказания неотложной медицинской помощи.

**Лечебные показания** – медицинские показания, целью которых является лечение патологических состояний организма человека, которые в дальнейшем могут привести
к осложнениям, угрожающим жизни Застрахованного, но на момент обращения, не требующие неотложной медицинской помощи.

**Профилактические показания** – комплекс мероприятий, направленный на предотвращение возможных заболеваний, раннее их выявление и предупреждение рецидивов (вакцинации, профилактические осмотры).

**Медицинская сеть** – медицинские учреждения, предоставляющие медицинские услуги
на основании договоров, заключенных с Ассистансом и/или Страховщиком, и имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинской помощи.

**Медицинские учреждения** (Приложение 4) – учреждения, имеющие соответствующие лицензии, и на основании договорных отношений со Службой Ассистанса предоставляющие Застрахованным лицам медицинские услуги в рамках определенной Договором страхования Программы.

**РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

* 1. Страховым случаем по настоящему Договору является обращение Застрахованного
	в Медицинское учреждение за получением Услуг при ухудшении его здоровья в результате заболевания (в том числе острого заболевания) и/или обострения хронического заболевания и/или несчастного случая и/или иного расстройства здоровья и связанное с этим возникновение расходов по оказанным ему медицинским услугам.
	2. Страховщик несет обязательства по осуществлению Страховой выплаты в пределах Страховой суммы и лимитов, указанных в Программе страхования по настоящему Договору.
	3. Страховщик несет обязательства по Страховым случаям, произошедшим в течение Периода страхования и в пределах территории страхования по настоящему Договору.

**РАЗДЕЛ 4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ**

* 1. События, указанные в Разделе 3 настоящего Договора, не являются страховым случаем, и Страховщик не оплачивает произведенные расходы Застрахованным, если они произошли в результате:

а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военных действий, маневров или иных военных мероприятий;

в) травмами, полученными в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (за исключением воздействия медицинских препаратов, предписанных лечащим врачом);

г) травмами, полученными в результате совершения им неправомерных действий, классифицируемых как уголовно наказуемые, что подтверждается соответствующим документом, выданным компетентными правоохранительными органами;

д) умышленным причинением себе телесных повреждений (подтверждается соответствующим документом, выданным компетентными правоохранительными органами),
за исключением телесных повреждений, полученных при выполнении своего гражданского долга или защиты жизни, здоровья, чести и достоинства третьих лиц;

е) покушением на самоубийство (подтверждается соответствующим документом, выданным компетентными правоохранительными органами), за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

Страховщик не несет ответственности по расходам, связанным с:

а) лечением хронических заболеваний, за исключением их обострения;

б) операциями и лечением заболеваний кожи и волос (в том числе псориаз, нейродермит, алопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, вульгарные угри (АКНЕ), демодекоз, любых кожных новообразований склеротерапии вен), коррекцией веса;

в) онкологическими заболеваниями, а также их осложнениями, заболеваниями крови опухолевой природы;

г) заболеваниями и инфекциями, передающимися половым путем (венерические заболевания, СПИД, ВИЧ, герпетическая инфекция, ТОРЧ (TORCH) инфекции) и их осложнениями; а также контрольным обследованием после лечения заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз и др.;

д) психическими заболеваниями и их осложнениями, а также различными травмами
и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы, консультации психолога;

е) лечением профессиональных заболеваний (саркоидоза, муковисцедоза и т.д.)
и их осложнений, независимо от клинической формы и стадии процесса;

ж) лечением диффузных болезней соединительной ткани (ДБСТ); дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; болезнь Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка) и их осложнениями;

з) туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса;

и) лечением нарушений осанки (сколиоз, кифоз, лордоз) и возрастных дегенеративных изменений опорно-двигательного аппарата (полиостеоартроз, полиостеоартрит, спондиллез, спондилит, межпозвонковый остеохондроз, ДОА (деформирующий остеоартроз)), за исключением снятия болевого синдрома.

Примечание: В случае выявления «межпозвонкового остеохондроза», а также
его осложнений, Страховщик возмещает расходы Застрахованного лица, связанные
с приобретением медикаментов, необходимых для снятия болевого синдрома, физиолечением (ЛФК и лечебный массаж только по назначению врача, не более одного 10-ти дневного курса в течение Периода страхования)

к) эндокринных заболеваний: сахарный диабет I и II типа и его последствия, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипофизарный нанизм, хронический гипокортицизм;

л) беременностью, прерыванием беременности (за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери или угрожает ее здоровью), рождением ребенка и относящимся к ним осложнениям, диагностикой и лечением бесплодия, искусственным оплодотворением, генетическими исследованиями, а также всеми методами и средствами контрацепции (за исключением контрацептивных препаратов, назначенных с лечебной целью);

м) хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа, гемосорбция, плазмаферезом, УФО крови, гипербарической оксигенацией (барокамера);

н) заболеваниями органов и тканей, требующих их трансплантации;

о) острой и хронической лучевой болезнью;

п) болезнями зубов и полости рта, протезированием зубов (восстановление разрушенной коронки зуба с использованием штифтов, имплантация зубов и др.), заменой старых пломб без медицинских показаний, чисткой зубов от зубного камня и зубного налета при условии отсутствия какой-либо патологии зубов, исправление ортодонтических дефектов, если иное не предусмотрено Программой страхования;

р) косметической, реконструктивной и/или пластической хирургией, консультациями косметолога, косметологическим и другого вида лечением, связанным с устранением недостатков внешности или телесных аномалий;

с) врожденными аномалиями органов, пороками развития и наследственно-генетическими заболеваниями;

т) расходами, связанными с приобретением коррегирующей и функционально-реабилитационной техники и предметов (контактные линзы, очки, слуховые аппараты, протезы
и т.д.);

у) санаторно-курортным лечением и реабилитационными мероприятиями (ЛФК, общий массаж, водные процедуры, кишечное орошение и т.д.), за исключением мероприятий, предписанных врачом в лечебных целях и не предусмотрено Программой страхования;

ф) покрытием расходов на приобретение следующих препаратов:

- контрацептивные препараты (кроме случаев назначения по лечебным показаниям);

- витамины для профилактических целей;

- биологически активные добавки;

- гомеопатические препараты;

- анорексантные средства;

- косметические средства;

- лечебная зубная паста, порошки, жидкости и т.п.;

- биологические стимуляторы (типа настойки женьшеня).

х) лечением половых расстройств (понижение либидо, нарушение потенции и т.д.);

ц) диагностикой и лечением методами нетрадиционной (народной) медицины (рефлексотерапия, биорезонансная терапия, гомеопатия, натуротерапия, нетрадиционные системы оздоровления, озонотерапия и т.п.);

ч) неблагоприятными последствиями нетрадиционных методов лечения и обследования, то есть методов, не рекомендованных медицинской практикой и нелицензированных в надлежащем порядке в Министерстве здравоохранения РУ;

ш) лечением наркомании, алкоголизма, токсикомании и никотиновой зависимости;

щ) лечением паразитарных (все виды гельминтозов, укусы насекомых и клещей) и инфекционных болезней (за исключением гриппа, ОКИ и ОРВИ);

ы) лечением входящих в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а именно: оспа, полиомиелит, холера, чума, желтая лихорадка, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денгe, менингококковая инфекция, инфицирование ВИЧ, СПИД, крымская геморрагическая лихорадка, лепра, бешенство, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур, малярия, дифтерия, столбняк, острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В.;

э) медицинским обследованием, проводимым с целью оформления справок для прохождения медицинской комиссии для поступления на учебу, в детские дошкольные
и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий, любые другие возможные медицинские обследования с целью оформления справок проводятся только по согласованию со Страховщиком.

* 1. В случае первичного выявления заболеваний (состояний), перечисленных
	в исключениях настоящего Договора, оплачиваются все медицинские расходы, возникшие в связи с установлением Застрахованному данных диагнозов.
	2. Страховщик не оплачивает лечение Застрахованного, если:
	3. Застрахованным получены медицинские услуги, не предусмотренные выбранной Программой страхования, указанной в настоящем Договоре;
	4. Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях,
	не входящих в Медицинскую сеть.

в) расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования (Полиса страхования).

* 1. Страховщик также освобождается от страховой выплаты в случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

**РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

* 1. Страховая сумма и Страховая премия, установленные на одного Застрахованного, указаны в Части 2 Приложения №1 к настоящему Договору.
	2. Общая страховая премия указана в Части 1 Приложения №1 настоящего Договора.
	3. Лимиты в разрезе по Услугам Программы страхования, указаны в Приложении №2 к настоящему Договору.
	4. Все взаиморасчеты по настоящему Договору осуществляются в валюте, предусмотренной в Части 1 (4) Приложения №1 настоящего Договора.
	5. Общая страховая премия уплачивается в порядке и сроки, указанные в Части 3 Приложения №1 к настоящему Договору. В случае неоплаты (в том числе неполной оплаты) страховой премии в сроки, указанные в Части 3 Приложения №1, настоящий Договор считается
	не вступившим в силу и никакие платежи по нему не производятся.
	6. Днем уплаты Общей страховой премии считается день поступления денежных средств на банковский счет Страховщика.

**РАЗДЕЛ 6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ СПИСКА ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ**

* 1. Список Застрахованных, предусмотренный Приложением №3 к настоящему Договору подлежит изменению в следующих случаях:
1. при включении в Список новых Застрахованных лиц;
2. при исключении из Списка ранее включенных Застрахованных лиц.
	1. Изменение Списка осуществляется в письменном виде путем заключения дополнительного соглашения.
	2. **Включение в Список** новых Застрахованных лиц осуществляется, в следующем порядке:
3. Страхователь обязан в письменном виде предоставить список включаемых лиц,
с указанием информации согласно форме Приложения №3 к настоящему Договору, в срок
не позднее 5 (пяти) рабочих дней до предполагаемых изменений;
4. Дополнительная Страховая премия для включаемого Застрахованного рассчитывается в процентах от Страховой премии, установленной в Приложении №1 настоящего Договора в нижеследующих размерах:

|  |
| --- |
| Срок действия Договора в месяцах |

|  |
| --- |
| Срок действия Договора в месяцах |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Процент от общего годового размера Страховой премии |
| 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |

При этом месяц, в котором включаются новые Застрахованные, округляется
и рассматривается как полный, не зависимо от даты их включения, а размер Страховой суммы
и лимита, установленного на одного Застрахованного, остается без изменений.

1. Дополнительная страховая премия за включаемых Застрахованных, уплачивается единовременным платежом в течение 5 (пяти) рабочих дней, со дня подписания Сторонами дополнительного соглашения;
2. Страховой Полис выдается в течение 5 (пяти) рабочих дней после поступления дополнительной страховой премии на банковский счет Страховщика.
	1. **Исключение из Списка** ранее включенных Застрахованных лиц осуществляется,
	в следующем порядке:
3. Страхователь обязан в письменном виде предоставить список, исключаемых Застрахованных лиц, с указанием номера Страхового полиса;
4. Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания соответствующего дополнительного соглашения возвращает часть страховой премии за неистекший период страхования, которая исчисляется пропорционально остаточному периоду страхования, при этом страховая премия по исключаемым Застрахованным, с которыми не происходили страховые случаи и по которым Страховщик не производил страховых выплат, возвращается за неистекший период страхования за вычетом понесенных расходов Страховщика в размере 15% от суммы подлежащей возврату;

Страховая премия в отношении исключаемых Застрахованных, с которыми происходили страховые случаи и по которым Страховщиком производились страховые выплаты, возврату
не подлежит.

1. Страхователь в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня письменного представления списка исключаемых Застрахованных, обязан возвратить Страховщику Страховые полиса
и Сервисные карточки исключенных Застрахованных.

**РАЗДЕЛ 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

* 1. Страхователь имеет право:
	2. расторгнуть настоящий Договор с обязательным письменным уведомлением Страховщика не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения;
	3. получить дубликат Полиса страхования и/или сервисной карты в случае их утраты;
	4. в период действия настоящего Договора заявить о внесении в него изменений в части Программы страхования, размера страховой суммы, количества Застрахованных, замены выбывших лиц другими, с соответствующим перерасчетом страховой премии;
	5. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора в медицинских учреждениях;
	6. обжаловать в суде отказ Страховщика произвести страховую выплату;
	7. осуществлять контроль за выполнением условий настоящего Договора.
	8. Страхователь обязан:
	9. сообщить Страховщику при заключении Договора достоверную информацию, имеющую значение для определения степени риска, вероятности наступления страхового случая
	10. и размера возможных убытков от его наступления;
	11. ознакомить Застрахованных с перечнем медицинских услуг в соответствии
	с Программой страхования;
	12. уплатить страховую премию в полном объеме в сроки, определенные настоящим Договором;
	13. выдать Застрахованным лицам Страховые полисы и Сервисные карточки, переданные Страховщиком;
	14. соблюдать конфиденциальность информации, полученной от Страховщика,
	за исключением случаев, когда Страхователь обязан предоставить информацию в государственные органы и другие организации в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан;
	15. получить согласие Застрахованного при его замене согласно статье 944 Гражданского кодекса Республики Узбекистан. При этом, письменное заявление Страхователя на осуществление замены Застрахованного рассматривается Страховщиком как фактическое согласие заменяемого Застрахованного лица с условиями замены;
	16. требовать от Застрахованного обеспечения сохранности Страхового полиса
	и Сервисной карточки, а также не передавать их другим лицам с целью получения ими Услуг;
	17. сообщать Страховщику о заключенных им других договорах страхования на случай болезни (добровольного медицинского страхования) в отношении Застрахованных по настоящему Договору.
	18. Застрахованное лицо имеет право:
1. требовать предоставления Услуг в Медицинских учреждениях, определенных
в настоящем Договоре, в соответствии с Программой страхования и другими условиями настоящего Договора;
2. запрашивать у Страхователя информацию об изменении условий настоящего Договора;
3. при наступлении Страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по настоящему Договору;
4. получить дубликат Страхового полиса и/ли Сервисной карточки в случае утери.
	1. Застрахованное лицо обязано:
	2. обращаться в Медицинское учреждение по предварительному согласованию
	с Ассистансом, предъявив сервисную карту и документ, удостоверяющий личность (паспорт и т.п.);
	3. не препятствовать Страховщику в получении медицинской документации о состоянии здоровья Застрахованного;
	4. выполнять назначения врачебного персонала, а при госпитализации - не нарушать лечебный режим стационара, в противном случае Страховщик освобождается от ответственности осуществлять страховые выплаты если ухудшение здоровья Застрахованным лицом будет вызвано неисполнением требований настоящего подпункта;
	5. возместить Страховщику расходы, понесенные им по обращениям в медицинские учреждения вне Программы страхования;
	6. заботиться о сохранности Страхового полиса и Сервисной карточки и не передавать их другим лицам с целью получения ими Услуг;
	7. сообщать Страховщику или Ассистансу о случаях непредоставления или неполного (некачественного) предоставления Услуг.
	8. Страховщик имеет право:
5. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение им требований и условий настоящего Договора;
6. направлять в необходимых случаях запросы в компетентные органы;
7. приостанавливать выполнение своих обязательств либо досрочно расторгнуть настоящий Договор в отношении отдельных Застрахованных в случаях осуществления ими необоснованного или ложного обращения за медицинской помощью (вызова скорой медицинской помощи), нарушения лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;
8. контролировать объем, сроки и качество Услуг, оказываемых Застрахованному
в Медицинских учреждениях, медицинская помощь в которых была организована Страховщиком/Ассистансом.
9. отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный):
* сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
* не предоставил документы и сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты или предоставил ложные документы;
1. расторгнуть настоящий Договор в случае:
* сообщения Страхователем заведомо недостоверных сведений о Застрахованном при заключении договора страхования;
* неисполнения Страхователем обязанностей настоящего Договора;
* неуплаты страховой премии в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
	1. Страховщик обязан:
	2. выдать Полис в сроки, оговоренные в настоящем Договоре;
	3. осуществить страховую выплату на условиях, оговоренных в настоящем Договоре;
	4. ознакомить Страхователя с условиями настоящего Договора;
	5. возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, понесенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
	6. принять решение об осуществлении или отказе в страховой выплате в течение
	15 (пятнадцати) дней после получения всей документации и осуществить страховую выплату при наступлении страхового случая;
	7. обеспечить тайну страхования, за исключением случаев, когда Страховщик обязан предоставить информацию в государственные органы и другие организации в соответствии
	с действующим законодательством Республики Узбекистан или Страховщик имеет письменное разрешение Страхователя на такое действие;
	8. выдать Застрахованным Полиса страхования и сервисные карты, а в случае их утраты на основе письменного заявления Страхователя/Застрахованного - дубликаты;
	9. вести мониторинг качества предоставляемых услуг в медицинских учреждениях Застрахованным лицам, путем рассмотрения обращений Застрахованных, касающихся качества медицинских услуг и участия представителя Страховщика в разрешении спорных ситуаций.

**РАЗДЕЛ 8. РАСМОТРЕНИЕ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ**

* 1. При наступлении события в результате, которого может возникнуть обязанность Страховщика произвести Страховую выплату, Застрахованный или его представитель обязаны незамедлительно обратиться в Ассистанс по телефонам, указанным в Страховом полисе или сервисной карточке, и проинформировать оператора о случившемся, сообщив при этом следующие данные:
* фамилию, имя, отчество;
* номер Страхового полиса/Сервисной карточки;
* период страхования;
* название Страховщика;
* описание обстоятельств происшедшего события и характер требуемой помощи;
* местонахождение и номер контактного телефона для обратной связи.
	1. В зависимости от обстоятельств происшедшего события и характера требуемой помощи, Ассистанс направляет Застрахованного (по его выбору) в соответствующее Медицинское учреждение.
	2. При отсутствии возможности оказания Услуг, предусмотренных Программой страхования в Медицинском учреждении, определенном в настоящем Договоре, Страховщик организует их выполнение в ином Медицинском учреждении, в данном случае выбор иного Медицинского учреждения производится Страховщиком.
	3. Услуги представляются Застрахованному на основании предъявленного им Страхового полиса/Сервисной карточка и документа, удостоверяющего личность Застрахованного (паспорт и т.п.).

**РАЗДЕЛ 9. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

* 1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком путем перечисления денежных средств на банковский счет Ассистанса либо Медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги Застрахованному по предоставленным актам выполненных работ.
	2. Каждый оплаченный Страховщиком счет медицинского учреждения за оказанные Застрахованному лицу Услуги, уменьшает Страховую сумму и/или Лимит на сумму такого оплаченного счета.
	3. В случае, если Застрахованный не мог по объективным причинам предупредить Страховщика и самостоятельно понес расходы, связанные со страховым случаем, Страхователь/Застрахованный должен в течение 4 (четырех) часов с момента самостоятельного обращения или госпитализации без ведома Ассистанса в медицинское учреждение, в письменной форме заявить Страховщику/Ассистансу о случившемся и представить следующие документы:
	4. заявление на возмещение расходов, связанных со страховым случаем, с обоснованием причин не обращения к Ассистансу для организации оказания необходимой медицинской помощи с указанием размера понесенных затрат, связанных со страховым случаем;
	5. оригинал страхового полиса;
	6. оригинал справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или
	с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения
	за медицинской помощью, продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате;
	7. оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;
	8. оригинал направления на прохождение лабораторных исследований, выданного врачом, и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;
	9. оригиналы документов (чеки), подтверждающих факт оплаты лечения, медикаментов и прочих услуг (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка
	о перечислении денежной суммы).

**РАЗДЕЛ 10. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

* 1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами
	и действует до окончания Периода страхования, указанного в Части 1 Приложения №1,
	за исключением случаев, предусмотренных Разделом 11 настоящего Договора.
	2. Обязательства Страховщика, при условии своевременной уплаты Страхователем Общей страховой премии, вступают в силу и заканчиваются в сроки, указанные в Части 1 Приложения №1 настоящего Договора (Период страхования).
	3. В случае неоплаты (в том числе неполной оплаты) страховой премии или ее первого/очередного взноса в сроки, указанные в Части 3 Приложения №1 настоящего Договора, настоящий Договор считается расторгнутым и никакие платежи по нему не производятся.
	4. Страховые полиса и сервисные карточки выдаются в течение 5 (пяти) рабочих дней после поступления Общей страховой премии на банковский счет Страховщика.
	5. Страховой полис и сервисная карточка выдается на имя каждого Застрахованного.
	В случае утери Страхового полиса и/или сервисной карточки, Страховщик на основе письменного заявления Страхователя выдает дубликат. После выдачи дубликата утерянный Страховой полис и/или сервисная карточка считаются недействительными.

**РАЗДЕЛ 11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

* 1. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по любому основанию и по инициативе одной из Сторон, при условии уведомления другой стороны не менее, чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты расторжения.
	2. Настоящий Договор может быть расторгнут в отношении Застрахованного, необоснованно нарушившего медицинские предписания и рекомендации врачебного персонала, нарушившего установленный в Медицинском учреждении режим, а также передачи другому лицу Страхового полиса и/или сервисной карточки с целью получения им медицинских услуг
	по настоящему Договору. При этом медицинское учреждение проставляет соответствующую отметку в документе, подтверждающем предоставление Услуг, при этом уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.
	3. Настоящий Договор может быть прекращен в отношении отдельных Застрахованных на основании статьи 944 «Замена застрахованного лица» Гражданского кодекса Республики Узбекистан, при условии отсутствия фактов предоставления данному Застрахованному Услуг, предусмотренных настоящим Договором.
	4. Настоящий Договор прекращается в случае:
	5. истечения срока действия;
	6. выполнения Страховщиком своих обязательств перед Страхователем/Застрахованными в полном объеме;
	7. принятия судом решения о признании настоящего Договора недействительным;
	8. неуплаты Страхователем общей страховой премии в порядке и сроки, установленными настоящим Договором;
	9. расторжения настоящего Договора Страховщиком или Страхователем;
	10. в иных случаях, предусмотренных законодательством.
	11. Если Договором предусмотрено несколько Застрахованных, то в случае смерти одного из них, или выплаты Страховщиком полной страховой суммы в отношении этого Застрахованного, настоящий Договор прекращает свое действие только в отношении этого Застрахованного.
	12. При требовании Страховщика о досрочном расторжении настоящего Договора, обусловленном нарушением Страхователем/Застрахованным своих обязательств, уплаченная страховая премия возврату не подлежит.
	13. При досрочном расторжении настоящего Договора по соглашению сторон Страховщик осуществляет возврат части страховой премии за не истекший период страхования
	в порядке, предусмотренном п. 6.4. настоящего Договора.

**РАЗДЕЛ 12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

* 1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.
	2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, если неисполнение ими своих обязательств по настоящему Договору было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажор). Сторона, подвергшаяся действию обстоятельств непреодолимой силы, обязана немедленно уведомить другую Сторону о возникновении и возможной продолжительности действия указанных обстоятельств.
	3. Если обстоятельства непреодолимой силы, указанные в настоящем пункте Договора, будут длиться более трех месяцев, то каждая Сторона имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, известив об этом другую Сторону. При этом Стороны в установленном порядке производят окончательный расчет по исполненной и неисполненной частям обязательств по настоящему Договору.
	4. Страхователь обязан возместить Страховщику оплату счетов Медицинского учреждения за оказанные Застрахованному Услуги в случае:
	5. Если будет установлено, что Застрахованное передало другому лицу Страховой полис и/или сервисную карточку с целью получения этим лицом Услуг по настоящему Договору.
	6. Необоснованного вызова Застрахованным лицом врача на дом скорой и неотложной медицинской помощи.

Необоснованным считается вызов, если:

* вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания лица,
не застрахованного по настоящему Договору;
* при вызове, осуществленном Застрахованным или иным лицом, действующим
в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;
* вызов осуществлен не в медицинских целях, либо к Застрахованному, не нуждающемуся
в оказании экстренной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.);
* вызов осуществлен к Застрахованному, нуждающемуся в Услугах по причине любого рода опьянения (алкогольного, наркотического, токсического);
* при вызове Застрахованный отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра.

**РАЗДЕЛ 13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

**13.1.** В случае возникновения споров, требований или разногласий по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут меры к разрешению их путем переговоров.

**13.2.** При невозможности разрешения споров, разногласий или требований, возникающих из настоящего Договора или в связи с ним, в том числе касающиеся его исполнения, нарушения, прекращения или недействительности, путем переговоров, они подлежат разрешению
Ташкентским межрайонным экономическим судом в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

**РАЗДЕЛ 14. РЕГРЕСС**

**14.1.** К Страховщику, уплатившему страховое возмещение, переходит в пределах уплаченной им суммы право требования, которое Страхователь/Застрахованное имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.

**14.2.** Страхователь/Застрахованный обязан передать Страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования.

**14.3.** Если Страхователь/Застрахованный отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя/Застрахованного, Страховщик, выплативший до этого страховое возмещение, вправе потребовать возврата уплаченной суммы возмещения.

**14.4.** Если Страхователь/Застрахованный получил от третьих лиц возмещение за причиненный ущерб, то Страховщик выплачивает только разницу между суммой, подлежащей выплате по условиям настоящего Договора, и денежной суммой или стоимостью имущества, полученными от третьих лиц.

В случае если на момент получения от третьих лиц возмещение за причиненный ущерб было выплачено страховое возмещение Страховщиком, Страхователь обязан возместить Страховщику выплаченное страховое возмещение в размере этой суммы.

**РАЗДЕЛ 15. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

**15.1.**В случае умышленного или неосторожного причинения Медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного лица, Страховщик принимает все разумно необходимые меры
по возмещению этим Учреждением такого вреда. Наличие указанных случаев, а также размер вреда здоровью Застрахованного лица, должны быть подтверждены компетентной комиссией, образованной в составе представителей Страховщика, Страхователя, Учреждения, с участием Застрахованного лица.

**15.2.** Ни одна из Сторон настоящего Договора не может передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, без предварительного согласия другой Стороны настоящего Договора.

**15.3.** Все приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемыми и составными частями.

**15.4.** Все дополнения и изменения к настоящему Договору должны быть совершены
в письменном виде с согласия Сторон.

**15.5.** Взаимоотношения Сторон, не описанные в настоящем Договоре, регулируются действующим законодательством Республики Узбекистан, на основании которых заключен настоящий Договор.

**15.6.** Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, хранящихся по одному экземпляру у каждой из Сторон и имеющих одинаковую юридическую силу.

**16. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик:** | **Страхователь:**  |
|  *подпись м.п.*  | Республика Узбекистан, 100084, г. Ташкент, Юнусабадский район, пр-т. Амира Темура, дом 107Б, 14 этаж Блок А, здания Международного бизнес-центра Р/с: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, МФО \_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКОНХ \_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись м.п.*  |

|  |
| --- |
|  |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ №1к Договору страхования на случай болезни (добровольного медицинского страхования)** | **№** |  | **от** |  |

**ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Страхователь** |  |
|  | **Количество Застрахованных лиц** |  |
|  | **Период страхования** | *(обе даты включительно)* |
|  | **Валюта взаиморасчетов** | Сум |
|  | **Территория страхования** | Республика Узбекистан |
|  | **Общая страховая сумма** |   |
|  | **Общая страховая премия** |  |

**ЧАСТЬ 2. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Программа страхования** | **Страховая сумма** | **Страховая премия** |
|  |  | сум |  |
|  |  | сум |  |
|  |  |  |  |

**ЧАСТЬ 3. СРОК И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Порядок оплаты страховой премии: | Единовременно |
|  | Общая страховая премия должна быть уплачена до: |  |

**Подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| Страховщик: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**подпись м.п* | Страхователь:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**подпись м.п.* |

|  |
| --- |
|  |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ №2к Договору страхования на случай болезни (добровольного медицинского страхования)** | **№** |  | **от** |  |

**Программа страхования «\_\_\_\_\_\_\_\_»**

**Подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| Страховщик: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**подпись м.п* | Страхователь:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**подпись м.п.*  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ №3к Договору страхования на случай болезни (добровольного медицинского страхования)** | **№** |  | **от** |  |

**Список Застрахованных лиц**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О. Застрахованного лица** | **Дата рождения** | **Паспортные данные** | **Адрес и телефон** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**Подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| Страховщик: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**подпись м.п* | Страхователь:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**подпись м.п.* |

|  |
| --- |
|  |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ №4к Договору страхования на случай болезни (добровольного медицинского страхования)** | **№** |  | **от** |  |

**СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Приложение №2****К Правилам страхования на случай болезни** |
| **ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА** **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****страхования на случай болезни** **(добровольное медицинское страхование)** |
| **СК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на основании Лицензии Министерства финансов Республики Узбекистан СФ № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_г., Правил страхования на случай болезни и согласно нижеуказанному Договору страхования предоставляет страховую защиту:** |
| **1. Страхователь:** |  |
| **2. застрахованное лицо:** |  |
| **3. Дата рождения:** |  |
| **4. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:** |  |
| **5. договор страхования:** | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. |
| **6. Период страхования:** | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.(обе даты включительно) |
| **7. географическая зона:** |  |
| **8. страховая сумма:** | \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ |
| **9. Страховая премия:** | \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_, без НДС |
| **10. Оплаченная Страховая** **премия:** | \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_, без НДС |
| **Обязательства СК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по страховой выплате вступают в силу с «\_\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года и действуют до 24:00 часов «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **За Страховщика** **Директор филиала** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вилояте** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись и м.п.) |  **\*Страховой агент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись и м.п.) | **Дата выдачи:**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20\_\_г.** |

*\*При реализации Договора/Полиса без участия страхового агента пункт «Страховой агент» в форму не вносится*

**Приложение №3**

**К Правилам страхования на случай болезни**

**Образец Заявления-Анкеты\***

**по страхованию на случай болезни (добровольное медицинское страхование)**

|  |
| --- |
| **Информация о Страхователе** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1. | **Наименование предприятия** |  |
|  |  |  |
| 2. | **Юридический адрес** |  |
|  |  |  |
| 3. | **Телефон, факс** |  |
|  |  |  |
| 4. | **Банковские реквизиты** |   |
|
|
|
|  |  |
| 5. | **Вид деятельности**  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Технические данные** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Общая численность работников, заявленных на страхование** |  |
| **2.** | **Период страхования** |  |
| **3.** | **Общая страховая сумма** |  |
| **4.** | **Программа страхования** |  |

Настоящим подтверждается, что сообщаемые в заявлении сведения являются подлинными и достоверными и могут стать основой для составления и подписания договора на случай болезни (добровольного медицинского страхования).

Стороны договорились о том, что Страховщик несет ответственность только в соответствии с условиями договора страхования на случай болезни (добровольного медицинского страхования), а Страховщик обязуется не разглашать сообщенные в заявлении сведения.

К Заявлению-анкете прилагаются:

список Застрахованных лиц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ л.

декларация о состоянии здоровья \_\_\_\_\_\_ л.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Страхователь:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Ф.И.О. руководителя |  | подпись |  | дата |
|  | М.П. |  |  |  |
| **Уполномоченное лицо Страховщика:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Ф.И.О.  |  | подпись |  | дата |

\* Заявление - анкета в отдельных случаях может быть расширено и дополнено

**Приложение №1**

**к Заявлению-анкете о коллективном страховании на случай болезни (добровольном медицинском страховании)**

**Список работников**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование предприятия)*

**предлагаемых на страхование**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Ф.И.О. работников | Дата рождения | Домашний адрес, номер телефона | Паспортные данные | Должность(профессия) | Персональная страх. сумма, сум | Программа страхования | Ф.И.О. Выгодо-приобретателя(если он назначен) | Подпись работника |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО |  |  |  |  |  |  |  |  |

Всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ работников, предлагаемых к страхованию.

Общая страховая сумма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сум.

**Страхователь: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О., подпись) м.п.*

**Уполномоченное лицо Страховщика:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Ф.И.О., подпись)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | Республика Узбекистан, 100084, г. Ташкент, Юнусабадский район, пр-т. Амира Темура, дом 107Б, 14 этаж Блок А, здания Международного бизнес-центра Р/с: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, МФО \_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКОНХ \_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись м.п.*  |
|  |  |

*Проект договора не является окончательным, в него могут быть внесены изменения, дополнения в процессе переговоров*