



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

город Ташкент	«___» февраля 2022 г.	Tashkent city	___ of February, 2022
<p>Страховая компания _____, осуществляющая свою деятельность на основании Лицензии Министерства финансов Республики Узбекистан _____ от «___» _____ 20___ года, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и СП ООО «ASIA TRANS GAS», именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице Генерального Директора Лю Чжигуан, действующего на основании Устава, с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий Генеральный договор коллективного медицинского страхования (далее по тексту – «Договор») о нижеследующем:</p> <p style="text-align: center;">ГЛАВА I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА</p> <p>1.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного настоящим Договором, Страховщик обязуется в соответствии с предусмотренными в настоящем Договоре разделами, условиями и/или дополнительно согласованными условиями, исключениями и приложениями осуществлять страховые выплаты, в указанном ниже порядке и объеме, при условии, что Страхователь обязуется оплатить страховую премию в размере и сроки, указанные в настоящем Договоре.</p> <p style="text-align: center;">ГЛАВА II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>2.1. Программа страхования – перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам при наступлении страхового случая на условиях настоящего Договора. Программа страхования для каждого Застрахованного лица определяется в Анкете-Заявлении или Заявлении о внесении изменений в состав Застрахованных лиц, предоставляемых Страхователем.</p> <p>2.2. Застрахованное лицо – физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с его здоровьем, являются объектом страхования и в пользу которого заключается настоящий Договор. Список застрахованных лиц указывается в Анкете-Заявлении и Заявлении о внесении изменений в состав Застрахованных лиц, предоставляемых Страхователем.</p> <p>2.3. Страховой полис – документ, выдаваемый Страховщиком на имя Страхователя, удостоверяющий факт заключения настоящего Договора. Страховой полис выдается Страхователю после уплаты им обусловленной страховой премии.</p> <p>2.4. Сервисная карточка – пластиковая карточка, выдаваемая Страховщиком каждому Застрахованному лицу, содержащая в себе сведения о Программе страхования и другие сведения, необходимые для получения страховых услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.</p> <p>2.5. Персональная страховая премия – плата за страхование в отношении одного Застрахованного лица, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в размере и сроки, оговоренные в настоящем Договоре. Персональная страховая премия в отношении каждого</p>		<p>_____ Insurance Company, acting on the basis of the License of the Ministry of Finance of the Republic of Uzbekistan _____ from _____ 20___, hereinafter referred to as "Insurer" represented by _____, acting under the Charter, on the one hand and the JV «ASIA TRANS GAS» LLC, hereinafter referred to as "Insured", represented by General Director Liu Zhiguang, acting on the basis of the Charter, on the other hand, collectively, the «Parties» and individually as «Party», have concluded the Corporate Health Insurance Agreement (hereinafter - the "Agreement") as follows:</p> <p style="text-align: center;">CHAPTER I. SCOPE OF THE AGREEMENT</p> <p>1.1. Upon the occurrence of an insured event provided for by this Agreement, the Insurer shall, in accordance with the sections, conditions and/or additionally agreed terms, exceptions and annexes provided for in this Agreement, make insurance payments in the manner and amount indicated below, provided that the Insured agrees to pay the insurance a bonus in the amount and terms specified in this Agreement.</p> <p style="text-align: center;">CHAPTER II. DEFINITIONS</p> <p>2.1. Insurance scheme- a list of medical services provided to the insured person when the insured event under the terms of this Agreement. insurance program for each Insured Person is defined in the application form or application for amendment of the Insured Persons, provided the Insured.</p> <p>2.2. Insured person- an individual whose property interests associated with his health, are the object of insurance and the benefit of which is the present Agreement. List of insured persons stated in the application form and application for amendment of the Insured Persons, provided the Insured.</p> <p>2.3. Insurance policy- a document issued by the Insurer to the Insured's name, confirming the fact of the conclusion of this Agreement. The insurance policy issued to the Insured after the payment of the insurance premium due.</p> <p>2.4. Service card - a plastic card issued by the Insurer for each insured person, containing the information about the insurance program and other information necessary to provide insurance services in accordance with the terms of this Agreement.</p> <p>2.5. Personal insurance premium- payment for insurance in respect of the insured person, which the Insured is obliged to pay to the Insurer in the amount and terms stipulated in this Agreement. Personal insurance premium in respect of each insured person is specified depending on the selected</p>	



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

Застрахованного лица указывается в зависимости от выбранной Программы страхования в Анкете-Заявлении или Заявлении о внесении изменений в состав Застрахованных лиц.

2.6. Общая страховая премия – обобщенная сумма Персональных страховых премий в отношении всех Застрахованных лиц по настоящему Договору.

2.7. Персональная страховая сумма – денежные средства, представляющие собой предельный объем обязательств Страховщика перед Страхователем в отношении одного Застрахованного лица. Персональная страховая сумма в отношении каждого Застрахованного лица указывается в Анкете-Заявлении или Заявлении о внесении изменений в состав Застрахованных лиц, в зависимости от выбранной Программы страхования.

2.8. Общая страховая сумма – денежные средства, представляющие собой предельный объем обязательств Страховщика перед Страхователем в отношении всех Застрахованных лиц по настоящему Договору.

2.9. Лимит ответственности (лимит) – сумма денежных средств, представляющая собой предельный размер страховых выплат в отношении каждого Застрахованного лица по одной или нескольким Услугам, предусмотренным Программой страхования.

2.10. Страховая выплата – денежные средства, уплачиваемые Страховщиком при наступлении страхового случая Учреждению за услуги, оказанные Застрахованному лицу. Страховая выплата осуществляется только по наступившим Страховым случаям в пределах Персональной страховой суммы, Лимита ответственности и Программы страхования.

2.11. Период страхования – период времени, в течение которого действуют обязательства Страховщика по Страховой выплате.

2.12. Географическая зона – территория Республики Узбекистан, в пределах которой действует обязательства Страховщика по Страховой выплате.

2.13. Учреждение – медицинское либо иное учреждение (аптека, диагностический центр и т.п.), оказывающее услуги Застрахованным лицам на основании отдельного договора, заключенного со Страховщиком.

2.14. Врач – специалист, имеющее соответствующее высшее медицинское образование и работающее в Учреждении, не являющееся ни Застрахованным лицом, ни его близким родственником.

2.15. Острое заболевание – внезапное и резкое ухудшение состояния здоровья или болезнь Застрахованного лица, возникшие неожиданно в Период страхования и требующие медицинской помощи.

2.16. Хроническое заболевание – длительно протекающее заболевание (часто свыше шести месяцев) с поражением жизненно важных органов и систем, характеризующееся периодами обострения и ремиссии.

2.17. Обострение хронического заболевания – период заболевания Застрахованного лица, когда его течение становится острым и с ярко выраженной клинико-лабораторной симптоматикой.

2.18. Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, требующая немедленного вмешательства для

insurance programs in the application form or application for amendment of the insured persons.

2.6. Total insurance premium - Personal generalized sum of insurance premiums in respect of all Insured Persons hereunder.

2.7. Personal insurance sum- cash, representing a maximum amount of liability of the Insurer to the Insured in respect of the insured person. Personal insurance sum in respect of each insured person stated in the application form or application for amendment of the Insured Persons, depending on the selected insurance programs.

2.8. The total sum insured - cash, representing the maximum amount of the Insurer's obligations to Insureds in respect of all Insured Persons hereunder.

2.9. The limit of liability (limit) - the amount of money which is the maximum size of insurance premiums in respect of each insured person for one or more services provided by the insurance program.

2.10. Insurance payment- funds paid by the insurer when the insured event agencies for services rendered to the insured person. Insurance payment is made only by an insured event occurs within personal insurance amounts, limits of liability and insurance programs.

2.11. Period of insurance - the time period during which the existing obligations of the Insurer for insurance payments.

2.12. Geographical area - the territory of the Republic of Uzbekistan, which operates within the insurer's liability for insurance payments.

2.13. Institution - medical or other institution (pharmacy, diagnostic center, etc.), providing services to persons insured under a separate agreement concluded with the Insurer.

2.14. Doctor - persons having the appropriate higher medical education and work in institutions, which is neither the Insured Person or his close relative.

2.15. Acute illness - sudden and sharp deterioration of health or illness of the insured person arising unexpectedly during the insurance period and requires medical attention.

2.16. Chronic illness - long flowing disease (often more than six months) with a lesion of the vital organs and systems, characterized by periods of relapse and remission.

2.17. Exacerbation of chronic diseases - the period of illness the insured person when it becomes acute for and with a distinct clinical and laboratory symptoms.

2.19. Emergency medical care - Medical care requiring immediate intervention to prevent progression in the body of



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

предотвращения прогрессирования в организме Застрахованного лица поражения жизненно-важных органов и систем, и непосредственно угрожающих здоровью и жизни Застрахованного лица.

2.20. Экстренность – состояние здоровья Застрахованного лица, требующее оказания неотложной медицинской помощи.

2.21. Лечебные показания – медицинские показания, целью которых является лечение болезней и изменений организма человека, которые в дальнейшем могут привести к осложнениям, угрожающим жизни и здоровью Застрахованного лица, но на момент обращения, не требующие неотложной медицинской помощи

2.23. Служба Ассистанса (далее «СА») – круглосуточно функционирующая служба Страховщика, оказывающая информационную поддержку и содействие Застрахованному лицу при наступлении страховых событий, оговоренных настоящим Договором. Контактные данные и координаты Службы Ассистанса указаны в Страховом полисе и Сервисной карточке.

2.22. Врач–координатор – уполномоченный медицинский работник Страховщика, координирующий обращения Застрахованных лиц в Учреждениях, с целью оперативного реагирования на обращения и оказания своевременной медицинской помощи.

2.23. Несчастный случай – внезапное, кратковременное и независимое от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм Застрахованного лица и влечет за собой травматические повреждения и/или иное расстройство здоровья Застрахованного лица, или его смерть.

2.24. Иное расстройство здоровья – 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) и/или ожоги, возникшие при вдыхании или соприкосновениями 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 транспортных средств (автомобиля, поезда, трамвая и пр.) или при их крушении, при пользовании машинами, механизмами и всякого рода инструментами.

ГЛАВА III. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

3.1. ПРЕДМЕТ СТРАХОВАНИЯ

3.1.1. При наступлении страхового случая Страховщик принимает на себя обязанности по организации и оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицам, в соответствии с условиями настоящего Договора. Застрахованными считаются лица, указанные в Анкете-Заявлении или Заявлении о внесении изменений в состав Застрахованных лиц, предоставленных Страхователем и утвержденных Страховщиком. В период действия настоящего Договора в состав Застрахованных лиц могут

the Insured Person destruction of vital organs and systems, and directly threaten the health and life of the insured person.

2.20. Urgency - the state of health of the insured person requiring emergency medical treatment.

2.21. Therapeutic indications - a medical condition whose purpose is the treatment of diseases of the human body and the changes that may later lead to complications that threaten the life and health of the insured person, but at the time of treatment, not requiring emergency medical care

2.23. Assistance Service (AS) - clock functioning office of the insurer, provides information support and assistance to the insured person upon occurrence of insurance events specified in this Agreement. Contact details and location of the Assistance Service in the Insurance Policy and the service card.

2.22. Medical Coordinator - authorized medical officer of the Insurer, coordinating treatment Insured persons in institutions, with a view to a rapid response to treatment and the provision of timely medical care.

2.23. Accident - sudden transient and independent of the will of the Insured Event, which acts externally on the body of the insured person and entails a traumatic injury, and / or other health disorder of the insured person or death.

2.24. Other health disorder - a) injuries due to: injury, fracture, rupture organ, burn, squeezing, dislocation, explosion, lightning strike or an electric current; b) chemical poisoning (manufactured) and / or burns caused by inhalation or contact with toxic and / or burning agents, vapors or gases; c) frostbite, drowning, attack intruders or animals, sunstroke, unintentional exposure to the respiratory tract of a foreign body, accidental acute poisoning poisonous plants, as well as injuries when moving vehicles (cars, trains, trams, etc.), or when crash, with machines, mechanisms and tools of all kinds.

CHAPTER III. INSURANCE TERMS AND CONDITIONS

3.1. SUBJECT OF INSURANCE

3.1.1. In the insurance case the Insurer shall assume responsibility for organizing and paying for medical services rendered to insured persons in accordance with the terms of this Agreement. Insured are persons referred to in the application form or application for amendment of the Insured Persons, provided by the Insured and the Insurer approved. During the period of this Agreement of the Insured Persons may be amended by approval of the Insurer later statements provided by the Insured and the Insurer approved in the terms set forth herein.



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

быть внесены изменения путем утверждения Страховщиком последующих заявлений, предоставляемых Страхователем, и утверждаемых Страховщиком в сроки, установленные настоящим Договором.

3.1.2. Форма Заявления–Анкеты представляемого Страхователем до заключения Договора, приведена в Приложении №1 к настоящему Договору.

3.1.3. Заявление о внесении изменений в состав Застрахованных лиц формируется Страхователем по форме согласно Приложению №2 к настоящему Договору. Заявление о внесении изменений в состав Застрахованных лиц согласовывается со Страховщиком в установленные сроки и после поступления дополнительной страховой премии считается неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.4. Объем и перечень медицинских услуг, оказываемых и предоставляемых Застрахованным лицам при наступлении страховых случаев, определены в Программе страхования, приведенном в Приложении №3 к настоящему Договору.

3.1.5. Учреждения, оказывающие Застрахованным лицам Услуги, предусмотренные в пункте 3.1.4. настоящего Договора, указываются в Приложении №4 к настоящему Договору.

3.2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.2.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение Периода страхования в Учреждение за получением консультативной, лечебной и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Программой страхования, и повлекшее обязанность Страховщика произвести страховую выплату за оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги (включая медикаментозное обеспечение, медицинскую транспортировку Застрахованного лица и т.д.), вследствие ухудшения состояния его здоровья в результате заболевания (в том числе острого) и/или обострения хронического заболевания, и/или несчастного случая, и/или иного расстройства здоровья.

3.2.2. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе и/или Застрахованном лице.

3.3. ИСКЛЮЧЕНИЯ

3.3.1. Страховщик не несет ответственности по расходам, связанным с:

- 1) лечением хронических заболеваний, за исключением их обострений и/или снятия острой боли;
- 2) инфекционными и паразитарными заболеваниями (за исключением ОРВИ, гриппа, желудочно-кишечного отравления и гепатита А и В);
- 3) с беременностью, прерыванием беременности (за исключением, когда беременность прерывается по медицинским показаниям или в результате несчастного случая), рождением ребенка и относящимся к ним осложнениям, лечением бесплодия, импотенции, нарушением репродуктивных функций, искусственного оплодотворения, генетических исследований, а также всеми методами и средствами контрацепции (за исключением

3.1.2. Form Application form represented by the Insured prior to the conclusion of the Treaty, refer to the Appendix №1 to the present Contract.

3.1.3. An application for amendment of the Insured Persons Insured formed in compliance with Appendix №2 to the present Agreement. An application for amendment of the Insured Persons agreed with the Insurer in a timely manner after receipt of additional insurance premium is considered to be an integral part hereof.

3.1.4. The scope and the list of medical services provided, and provided the insured party upon the occurrence of insured events are defined in the insurance programs given in Appendix №3 to this Contract.

3.1.5. Institutions providing services Insured persons referred to in paragraph 3.1.4. hereof are specified in Annex №4 hereto.

3.2. INSURANCE CASE

3.2.1. Insurance case is an appeal of the insured person within the insurance period in the Establishment of an advisory, medical and other assistance that requires the provision of health services within their listing under the insurance program, and the resulting obligation of the Insurer to pay insurance compensation for services rendered to the insured person medical services (including drug software, medical transportation of the insured person, etc.), due to the deterioration of his health as a result of illness (including acute) and/or exacerbation of chronic disease, and / or accident, and/or other health problems.

3.2.2. Proving the insured event, as well as the damages caused to them lies on the Insured and / or insured person.

3.3. EXCEPTIONS

3.3.1. The Insurer shall not be liable for the costs associated with:

- 1) treatment of chronic diseases, with the exception of exacerbations and / or treat acute pain;
- 2) Infectious and parasitic diseases (except SARS, influenza, gastrointestinal poisoning and hepatitis A and B);
- 3) pregnancy, abortion (except when the pregnancy is terminated for medical reasons or due to an accident), childbirth and related complications, treatment of infertility, impotence, reproductive disorders, in vitro fertilization, genetic research, as well as all the methods and contraception (except contraceptive drugs prescribed by medical indications);



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

<p>контрацептивных препаратов, назначенных по лечебным показаниям);</p> <p>4) диагностикой и лечением СПИДа, ВИЧ-инфекцией, вирусными геморрагическими лихорадками, венерическими заболеваниями и заболеваниями, передающимися половым путем, ТОРЧ-инфекции;</p> <p>5) лечением острого простатита и обострения хронического простатита;</p> <p>6) с хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа;</p> <p>7) с заболеваниями органов и тканей, требующих их трансплантации;</p> <p>8) диагностикой и лечением психических заболеваний, различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы, а также услугами психолога и лечением/коррекцией синдрома вегетососудистой дистонии (ВСД) вне периода кризов (симпато-адреналовых и ваго-инсулярных);</p> <p>9) диагностикой и лечением врожденных и наследственных заболеваний;</p> <p>10) диагностикой и лечением особо опасных заболеваний (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф);</p> <p>11) диагностикой и лечением доброкачественных и злокачественных заболеваний (рак, саркома, гиперпластические процессы, такие как аденома предстательной железы, мастопатии);</p> <p>12) диагностикой и лечением туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза, сахарного диабета и их осложнений, независимо от клинической формы и стадии процесса;</p> <p>13) глубокими микозами, псориазом, экземами, возникновение которых является следствием каких-либо заболеваний;</p> <p>14) лечением заболеваний, относящихся к ревматическим болезням (СКВ, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, полиоостеоартроз, спондилез, межпозвоночный остеохондроз; ревматоидный артрит; полиартрит, ревматизм, системный васкулит, микрокристаллический артрит (например, подагра) и их осложнения), за исключением снятия болевого синдрома; В случае обращения Застрахованного лица с вышеуказанными заболеваниями, а также осложнениями, Страховщик покрывает следующие расходы: первичная и, при необходимости, повторная консультация невропатолога, снятие болевого синдрома, физиолечение, рентгенологическое исследование;</p> <p>15) всеми косметологическими услугами и операциями (в том числе коррекция веса);</p> <p>16) диагностикой и лечением острой и хронической лучевой болезни;</p> <p>17) гемодиализ, гемосорбция, плазмоферез, УФО крови, гипербарическая оксигенация (барокамера), кишечное орошение;</p> <p>18) профессиональными заболеваниями, вызванными воздействием химических, физических производственных факторов;</p>	<p>4) diagnosis and treatment of AIDS, HIV infection, viral hemorrhagic fever, sexually transmitted diseases, and diseases, sexually transmitted infections TORCH;</p> <p>5) Treatment of acute exacerbations of chronic prostatitis, and prostatitis;</p> <p>6) with chronic renal failure requiring hemodialysis;</p> <p>7) diseases of organs and tissues requiring transplantation;</p> <p>8) diagnosis and treatment of mental illness, different injuries and medical conditions arising in connection with diseases of psychic nature, as well as a psychologist and treatment / correction syndrome vascular dystonia (VVD) out of crisis period (sympathoadrenal and vago-insular);</p> <p>9) diagnosis and treatment of congenital and hereditary diseases;</p> <p>10) diagnosis and treatment of extremely dangerous disease (smallpox, plague, anthrax, cholera, typhus);</p> <p>11) diagnosis and treatment of benign and malignant diseases (cancer, sarcoma, hyperplastic processes such as prostate adenoma, mastopathy);</p> <p>12) diagnosis and treatment of tuberculosis, sarcoidosis, cystic fibrosis, diabetes and their complications, regardless of clinical form and stage of the process;</p> <p>13) deep mycosis, psoriasis, eczema, which is a consequence of the occurrence of any disease;</p> <p>14) treating diseases related to rheumatic diseases (lupus, periarteritis nodosa, systemic scleroderma, ankylosing spondylitis, Shagra disease polioosteoartroz, spondylosis, intervertebral osteochondrosis, rheumatoid arthritis, polyarthritis, rheumatism, systemic vasculitis, microcrystalline arthritis (eg, gout) and their complications) except for pain relief; In the case of the treatment of the insured person with the above diseases and complications, the Insurer covers: a primary and, if necessary, re-consultation neurologist, removal of pain, physiotherapy, X-ray examination;</p> <p>15) all cosmetology services and operations (including the correction of weight);</p> <p>16) diagnosis and treatment of acute and chronic radiation sickness;</p> <p>17) hemodialysis hemosorbtion, plasmapheresis, blood UVR, hyperbaric oxygenation (pressure chamber), intestinal irrigation;</p> <p>18) occupational diseases caused by exposure to chemical, physical factors of production;</p>
---	--



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

19) заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной систем, опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств, требующими сложного реконструктивного лечения;

20) медицинским обследованием, проводимым с целью оформления справок для разрешения ношения оружия, водительских прав, посещения оздоровительных учреждений (бассейн, спортивный зал, лагерь), поступления в учебные заведения, любые другие возможные медицинские обследования с целью оформления справок проводятся только по согласованию со Страховщиком;

21) протезированием, реконструктивными и пластическими операциями, в том числе стоматологическим протезированием;

22) приобретением и ремонтом средств медицинской техники (очки, контактные линзы, слуховые аппараты, протезы);

23) диагностикой и лечением нетрадиционными методами (иглорефлексотерапия, су-джок, мануальная терапия);

24) медицинским обслуживанием Страхователя (Застрахованного лица), находящегося в состоянии токсического, алкогольного или наркотического опьянения, за исключением, когда такое состояние Застрахованного лица вызвано воздействием лекарств, предписанных лечащим врачом.

25) действиями Страхователя (Застрахованного лица), установленными как умышленное возникновение страхового случая либо способствующими его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

26) действиями Страхователя (Застрахованного лица), признанными в установленном законодательством порядке преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

27) вызванными форс-мажорными обстоятельствами, такими как: воздействие ядерного взрыва, радиация или радиоактивное заражение, военные действия, гражданская война;

28) покрытием расходов на приобретение следующих препаратов: контрацептивные препараты (кроме случаев назначения по лечебным показаниям); биологически активные добавки, биологические стимуляторы; анорексанты; косметические средства; иммуностимуляторы, витамины; БАДы; гомеопатические препараты; хондропротекторы; сахароснижающие препараты; антидепрессанты и психотропные вещества; антиагреганты, а также препараты длительного применения (гипотензивные).

29) действиями Страхователя (Застрахованного лица) с целью суицида, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждается соответствующим решением правоохранительных органов;

30) санаторно-курортным лечением.

3.3.2. В случаях первичного выявления заболевания (состояния), подпадающего под исключения, указанные в пункте 3.3.1 настоящего Договора, Страховщик оплачивает только медицинские расходы, произведенные для установления данного диагноза.

19) diseases of the cardiovascular, nervous system, musculoskeletal system, eyes and senses, requiring complex reconstructive treatment;

20) medical examination, carried out with the purpose of registration certificates for permission to carry weapons, driver's license, visit health facilities (pool, gym, camp), admission to educational institutions, any other possible medical examinations for the purpose of registration certificates are carried out only by agreement with the Insurer;

21) prostheses, reconstructive and plastic surgery, including dentures;

22) acquisition and repairs medical equipment means (spectacles, contact lenses, hearing aids, dentures);

23) diagnosis and treatment of non-traditional methods (acupuncture, Su-Jok, manual therapy);

24) medical care of the Insured (Insured person) in a state of toxic, alcohol or drugs, except when such a condition of the insured person due to the influence of drugs prescribed by your doctor.

25) actions of the Insured (Insured person), established as a deliberate occurrence of the insured event or contributing to its occurrence, except for acts committed in necessary defense and extreme necessity;

26) actions of the Insured (Insured person), recognized in the manner prescribed by law a crime or misdemeanor that are in causal connection with the insured event;

27) caused by force majeure, such as: the impact of a nuclear explosion, radiation or radioactive contamination, hostilities, civil war;

28) cover the cost of these drugs costs: birth control pills (except the appointment of medical indications); dietary supplements, biological stimulants; anorexants; cosmetics; immunostimulants, vitamins; Supplements; homeopathic remedies; chondroprotectors; hypoglycemic agents; antidepressants and psychotropic agents; antiplatelet agents, and prolonged use of drugs (antihypertensive).

29) actions of the Insured (Insured person) in order to commit suicide, except in cases where the insured person has been brought to such a state of illegal actions of third parties, which is confirmed by the relevant decision of the law enforcement agencies;

30) spa treatment.

3.3.2. In cases of primary detection of disease (condition) that falls within the exceptions specified in paragraph 3.3.1 hereof, insurer pays only for medical expenses incurred for the establishment of the diagnosis.



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

3.3.3. Страховщик не оплачивает лечение Застрахованного лица, если Застрахованным лицом получена медицинская услуга, не предусмотренная настоящим Договором или в Учреждении, не предусмотренном настоящим Договором, за исключением мест с которыми Страховщик заключит договор по требованию Застрахованных лиц Страхователя.

**3.4. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ
СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

3.4.1. Обращение Застрахованного лица в Период страхования, указанного в настоящем Договоре и Страховом полисе, в Учреждение за получением медицинских услуг, в соответствии с выбранной Программой страхования, согласовывается и организовывается через Службу Ассистанса Страховщика.

3.4.2. Любой вызов Застрахованным лицом врача на дом, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта осуществляется после обращения Застрахованного лица или его представителя **в СА**, который в свою очередь, официально оформляет необходимый вызов, исходя из описания ситуации и состояния здоровья Застрахованного лица.

3.4.3. Страховщик контролирует объем, сроки и качество медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу в Учреждении в соответствии с Программой страхования. За оказание несвоевременной, неквалифицированной, неполной или некачественной медицинской помощи, повлекшей за собой ущерб здоровью Застрахованного лица, Страховщик привлекает Учреждение к полной ответственности в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

3.4.4. Информация об объеме и характере медицинских услуг, полученных конкретными Застрахованными лицами, может быть предоставлена Страховщиком Страхователю только при наличии письменного согласия Застрахованных лиц. При этом, информация, об объеме произведенных страховых выплат и/или страховых обеспечений, без указания фамилии, имени и отчества Застрахованного лица, может быть предоставлена Страхователю по его письменному запросу на ежеквартальной основе, без требования письменного согласия Застрахованного лица.

3.4.5. Застрахованное лицо не имеет права передавать свою Сервисную карту другим лицам. Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало Сервисную карту другому лицу с целью получения им медицинских услуг, Страховщик вправе досрочно прекратить действие настоящего Договора (Страхового полиса) в отношении такого Застрахованного лица.

3.4.6. При этом, в случае выявления указанного факта до момента оказания медицинских услуг, Страховщик вправе отказать в оказании медицинских услуг ненадлежащему лицу.

3.4.7. В случае, когда в результате передачи Застрахованным лицом своей Сервисной карты незастрахованному лицу было установлено, что медицинские услуги оказаны такому незастрахованному лицу, Застрахованное лицо обязано самостоятельно возместить Учреждению полную стоимость полученных указанным незастрахованным лицом медицинских услуг в течение 3

3.3.3. The insurer does not pay for treatment of the insured person if the insured person received medical services not covered by this Agreement or in an institution not covered by this Agreement, except for the places to which the insurer will conclude the contract at the request of the Insured the Insured persons.

**3.4. PROCEDURE, TERMS AND CONDITIONS OF
INSURANCE PAYMENTS**

3.4.1. Insured Title insurance period specified herein and an insurance policy in Institution for obtaining health care provider in accordance with the selected program security, organized and coordinated by the Assistance Service of insurer.

3.4.2. Any call Insured doctor at home, ambulance or emergency medical care and the use of ambulances carried out after the treatment of the insured person or his representative to the **AS**, which in turn, formalizes a necessary challenge, based on the description of the situation and state of health of the insured person.

3.4.3. The insurer controls the volume, timing and quality of care provided to the insured person at the Office in accordance with the Program of insurance. For providing delayed, unskilled, incomplete or poor quality of medical care, which caused a damage to health of the insured person, insurer attracted to the establishment of full accountability in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

3.4.4. Information on the volume and nature of the medical services received by the particular insured persons can be provided by the Insurer to the Insured only with the written consent of the insured persons. At the same time, information on the volume of insurance payments made and / or insurance coverage, without specifying the name, surname and patronymic of the insured person can be provided to the Insured by his written request on a quarterly basis, without requiring the written consent of the insured person.

3.4.5. The insured person has the right to pass on their calling cards to others. If it is determined that the insured person is transferred to another person calling cards in order to get them to medical services, the Insurer is entitled to terminate this Agreement (insurance policy) in respect of such Insured Person.

3.4.6. At the same time, in case of detection of this fact prior to the delivery of health services, the Insurer may refuse to provide medical services to an unauthorized person.

3.4.7. In the case where as a result of transmission of the Insured of its calling cards uninsured person has been found that medical services are provided to such uninsured person, the insured person is obliged to independently compensate for Establishment of the value obtained by that an uninsured person medical services within three (3) days of receipt of the



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

(трех) дней с момента получения Застрахованным лицом от Учреждения письменного требования о таком возмещении.

3.4.8. В случае необоснованного вызова Страхователем (Застрахованным лицом) врача на дом и использования санитарного транспорта не по медицинским показаниям, Застрахованное лицо обязано возместить Учреждению полную стоимость данных медицинских услуг в течение 3 (трех) дней с момента получения Застрахованным лицом от Учреждения и/или Страховщика письменного требования о таком возмещении.

При этом Страховщик вправе досрочно прекратить действие настоящего Договора (Страхового полиса) в отношении такого Застрахованного лица.

3.4.9. Необоснованным вызовом считается:

- вызов, осуществленный не для получения медицинских услуг;
- ложный вызов (при наличии заключения медико-экономической экспертизы, в таких случаях, например, как вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании медицинской помощи, Застрахованное лицо или его представитель отсутствовало по адресу без причин);

- вызов, осуществленный Страхователем (Застрахованным лицом) для оказания медицинских услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

3.4.10. В случае необоснованного вызова Страхователем (Застрахованным лицом) на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использования санитарного транспорта не по медицинским показаниям и, если это обращение не было согласовано и/или организовано СА, то Страховщик вправе отказать в оплате стоимости медицинских услуг и Застрахованное лицо обязано возместить Учреждению полную стоимость данных медицинских услуг в течение 3 (трех) дней с момента получения Застрахованным лицом от Учреждения письменного требования о таком возмещении.

3.4.11. В случае установления обстоятельств, указанных в подпунктах 3.4.6 и 3.4.7 настоящего Договора, Страховщик имеет право приостановить действие настоящего Договора (Страхового полиса/Сервисной карточки) в отношении данного Застрахованного лица до получения соответствующего уведомления от Учреждения о возмещении соответствующих сумм. Приостановление действия настоящего Договора (Страхового полиса/Сервисной карточки) на установленный срок, не считается основанием для изменения Периода страхования, указанного в настоящем Договоре (Страховом полисе/Сервисной карточки).

3.4.12. Действие настоящего Договора (Страхового полиса/Сервисной карточки) в отношении указанного Застрахованного лица возобновляется с момента погашения Застрахованным лицом задолженности. В случае неоплаты счета в течение 30 (тридцати) дней с момента его получения от Страховщика, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке в отношении данного Застрахованного лица, при этом уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

Insured Institutions face of a written demand for such reimbursement.

3.4.8. In case of unjustified call Insured (Insured) doctor at home and the use of ambulances is not for medical reasons, the insured person is obliged to compensate the Institution full value of these health care services within three (3) days of receipt of the Insured person from the institution and / or the Insurer in writing requirements for such reimbursement.

The Insurer is entitled to terminate this Agreement (insurance policy) in respect of such Insured Person.

3.4.9. A call is considered unreasonable:

- calls made not to obtain health care services;

- false call (upon the conclusion of medico-economic expertise, in such cases, for example, carried out as a challenge to the insured person is not in need of medical assistance, the insured person or his representative was absent at for no reason);

- calls made by the Insured (Insured) to provide medical services to the person, not the insured person.

3.4.10. In case of unjustified call Insured (Insured) to doctor house, ambulance or emergency medical care and the use of ambulances is not medically indicated and if this request was not agreed and / or organized by the AS, the insurer is entitled to refuse to pay the cost of medical services and The insured person is obliged to reimburse the full cost of the Institution of health services data for three (3) days of receipt of the insured person from the institution's written request for such reimbursement.

3.4.11. In the case of establishing the circumstances specified in paragraphs 3.4.6 and 3.4.7 hereof, insurer may suspend hereof (Insurance Policy / service card) in respect of insured persons to receive the corresponding notification from the respective agencies of compensation amounts. Suspension hereof (Insurance Policy / service card) for a specified period, not considered to be a basis for changing insurance period specified in this contract (insurance policy / service card).

3.4.12. This Agreement (insurance policy / service card) in relation to the said Insured Person is resumed after the repayment of debt insured person. In the case of non-payment of invoices within 30 (thirty) days from the date of its receipt by the Insurer, the Insurer has the right to terminate this Agreement unilaterally in respect of the insured person, the insurance premium paid is not refundable.



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

3.4.13. Услуги, определенные в Программе страхования, оказываются Застрахованному лицу, после предъявления им Учреждению Сервисной карточки и документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица.

3.4.14. При отсутствии возможности оказания Услуг, предусмотренных Программой страхования, в Учреждении, определенном в настоящем Договоре, Страховщик организует их выполнение в другом Учреждении, в данном случае выбор другого Учреждения осуществляется по выбору Страховщика.

ГЛАВА IV. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ВЗАИМОРАСЧЕТОВ

4.1. Персональная страховая сумма и Персональная страховая премия, установленная в зависимости от выбранной Программы страхования для каждого Застрахованного лица, указывается Страхователем в Анкете-Заявлении и Заявлении о внесении изменений в состав Застрахованных лиц.

4.2. Фактические размеры страховых сумм и премий по настоящему Договору, определяются исходя сведений, указанных в Заявлениях, представленных Страхователем и исполненных Страховщиком своих обязательств в рамках настоящего Договора в течение всего срока его действия.

4.3. Общая страховая премия за всех Застрахованных лиц на определенную дату формируется на основании Анкеты-заявления и Заявлений о внесении изменений в состав Застрахованных лиц, предоставленных Страхователем.

4.4. Общая страховая премия, а также дополнительные страховые премии за новых лиц, принимаемых к страхованию, подлежат к оплате в течение 7 (семи) дней с момента утверждения Страховщиком соответствующих Заявлений, представленных Страхователем, путем перечисления денежных средств на банковский счет Страховщика.

4.5. Страховая премия считается уплаченной со дня поступления денежных средств на банковский счет Страховщика.

4.6. Все страховые выплаты осуществляются Страховщиком непосредственно Учреждению, оказавшему услуги Застрахованному лицу.

ГЛАВА V. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 12 (двенадцати) календарных месяцев после оплаты Общей страховой премии.

5.2. Период страхования начинается с 00:00 часов дня, следующего за днем уплаты Общей страховой премии (дополнительной страховой премии), и действует до даты окончания периода страхования, указанного в Страховом полисе. Время действия страховой защиты – 24 часа в сутки.

5.3. Страховой полис вручается Страхователю в течение 7 (семи) дней со дня оплаты Страхователем Общей страховой премии. В последующем, при внесении изменений в состав застрахованных лиц на основании предоставленных Страхователем заявлений, в течение 7 (семи) дней со дня оплаты Страхователем дополнительной страховой премии

3.4.13. Services defined in the insurance program are insured person, after presentation of their agencies service card and identity document of the insured person.

3.4.14. In the absence of the provision of Services under the Program of insurance, institutions, defined in this Agreement, the Insurer organizes their implementation in other institutions, in this case, the choice of other institutions carried out at the choice of the Insurer.

CHAPTER IV. SUM INSURED, PREMIUMS AND TERMS OF SETTLEMENTS

4.1. Personal insurance sum and personal insurance premium set depending on the selected insurance programs for each Insured Person, the Insured indicated in the application form and application for amendment of the insured persons.

4.2. The actual amount of insurance coverage and premiums under this Agreement shall be determined based on the information specified in the statement submitted by the Insured and the Insurer performed its obligations under this Agreement for the duration of its validity.

4.3. Total insurance premium for all insured persons on a particular date is formed on the basis of the application form and application for amendment of the Insured Persons, provided the Insured.

4.4. Total insurance premium and additional premiums for the new faces being taken to the insurance become due and payable within seven (7) days from the date of approval of the Insurer relevant statement submitted by the Insured, by transferring the funds to the bank account of the Insurer.

4.5. The insurance premium is considered paid from the date of receipt of funds to the bank account of the Insurer.

4.6. All insurance payments are made directly to the insurer institutions, services rendered to the insured person.

CHAPTER V. ENTRY INTO FORCE AND DURATION OF THE AGREEMENT

5.1. This Agreement shall enter into force upon its signing and is valid for 12 (twelve) calendar months after payment of the total insurance premium.

5.2. The insurance period begins at 00:00 pm, following the day of payment of the insurance premium General (additional premium), and is valid until the date of expiration of the insurance period specified in the Insurance Policy. of coverage time - 24 hours a day.

5.3. The insurance policy is handed over to the Insured within seven (7) days from the date of payment by the Insured General insurance premium. Later, when you make changes in the composition of the insured persons on the basis of applications submitted by the Insured, within seven (7) days from the date of payment of additional insurance Insured



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

Страховщик вручает Страхователю Сервисные карточки для новых лиц, принятых на страхование (Застрахованных лиц).

5.4. Страховщик и Страхователь ежеквартально, не позднее 10 числа месяца, следующего за окончанием отчетного квартала, осуществляют сверку сведений и данных по лицам, принятым к страхованию и исключенным из страхования, в рамках данного Договора. По итогам сверки Стороны формируют Список застрахованных лиц на отчетную дату и Акт сверки, а также в случае необходимости Страховщиком может быть выдан новый Страховой полис с учетом изменений в составе застрахованных лиц.

5.5. При несвоевременной оплате Общей страховой премии обязательства Страховщика по настоящему Договору и Страховому полису вступают в силу с момента зачисления соответствующей страховой премии на расчетный счет Страховщика и действуют в течение фактически оплаченного периода страхования.

ГЛАВА VI. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страхователь имеет право:

- 6.1.1. бесплатно получить дубликат Страхового полиса/Сервисной карточки в случае его утраты/порчи;
- 6.1.2. в период действия настоящего Договора заявить о внесении в него изменений в части Программы страхования, размера страховой суммы, количества Застрахованных лиц, замены выбывших лиц другими, с соответствующим перерасчетом страховой премии;
- 6.1.3. досрочно расторгнуть настоящий Договор с письменным уведомлением Страховщика;
- 6.1.4. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с положениями настоящего Договора в Учреждениях, перечисленных в Приложении №4; ежеквартально запрашивать информацию о движении лимитов сотрудников в соответствии с условиями пункта 3.4.4. настоящего Договора;
- 6.1.5. осуществлять контроль за выполнением условий настоящего Договора;
- 6.1.5. получать консультации Страховщика по вопросам страхования в течение всего срока действия страхования.

6.2. Страхователь обязан:

- 6.2.1. сообщить Страховщику при заключении настоящего Договора известную Страхователю информацию, имеющую существенное значение для определения степени риска, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;
- 6.2.2. ознакомить Застрахованных лиц с Перечнем медицинских услуг, Программой страхования для каждого Застрахованного лица, мерами ответственности, установленными для Застрахованных лиц по настоящему Договору, а также другими условиями настоящего Договора, относительно их прав и обязательств и вручить им Сервисные карточки;
- 6.2.3. письменно и в установленные сроки предоставлять Страховщику соответствующее заявление о предполагаемом внесении изменений в состав застрахованных лиц по форме Приложения №2;

Insurer Award is given to the Insured Service cards for new faces, taken for insurance (insured persons).

5.4. The insurer and the Insured on a quarterly basis, no later than the 10th of the month following the end of the reporting quarter, reconcile information and data on persons accepted for insurance and excluded from insurance under this Contract. Following the results of verification of the Parties to generate a list of insured persons at the reporting date and Reconciliation Act, and, if necessary, the Insurer may be issued a new insurance policy to reflect changes in the composition of the insured persons.

5.5. In case of untimely payment of the total insurance premium liability of the Insurer under this Agreement and insurance policies come into force from the moment of crediting the relevant insurance premium on account of the Insurer, and act within the period of insurance actually paid.

CHAPTER VI. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

6.1. The Insured has the right to:

- 6.1.1. obtain a free copy of Insurance Policy / service card in case of loss / damage;
- 6.1.2. during the term of this Agreement declare revisions thereto in the part of the insurance program, the insurance amount, the number of insured persons, replacing the retired persons other, with an appropriate recalculation of the insurance premium;
- 6.1.3. terminate this Agreement by written notice to the Insurer;
- 6.1.4. require the provision of medical services in accordance with the provisions of this Agreement in institutions listed in Annex №4;
- 6.1.5. on a quarterly basis to request information about the movement limits of employees in accordance with the provisions of paragraph 3.4.4. actual agreement;
- 6.1.6. monitor the execution conditions hereof;
- 6.1.7. Insurer to receive advice on insurance for the entire period of the insurance.

6.2. The Insured is obliged to:

- 6.2.1. insurer report at the conclusion hereof known Insured information having a significance to determine the degree of risk, the probability of the insured event and possible losses of its occurrence;
- 6.2.2. Insured persons familiarize with the list of health care providers, insurance programs for each of the insured person, liability measures established for the insured hereunder, as well as other terms and conditions of this Agreement, with respect to their rights and obligations and give them the service card;
- 6.2.3. in writing and in a timely manner to provide the Insurer with the appropriate application of the proposed amendments to the composition of the insured persons in the form of Appendix №2;



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

6.2.4. содействовать в предоставлении возможности обследования состояния Застрахованного лица и изучения истории его болезни;

6.2.5. информировать Страховщика в актуальный срок о фактах утраты Страхового полиса/Сервисной карточки.

6.3. Застрахованное лицо обязано:

6.3.1. перед обращением в Учреждение уведомить об этом предварительно СА, а Учреждению – предъявить Сервисную карточку и документ, удостоверяющий личность;

6.3.2. выполнять назначения врача, а при госпитализации не нарушать режим Учреждения (стационара и т.п.);

6.3.3. предоставить Страховщику или его уполномоченному представителю возможность осмотра Застрахованного лица для освидетельствования его состояния;

6.3.4. не препятствовать Страховщику в получении документации (дать разрешение врачам на предоставление информации) от семейного или лечащего врачей о ходе лечения, а также, в случае необходимости, о состоянии здоровья до заключения настоящего Договора;

6.3.5. при транспортировке (по медицинским показаниям) – не изменять средство транспортировки, предоставленное Страховщиком и согласованное с СА;

6.3.6. не передавать Сервисную карточку другим лицам.

6.4. Страховщик имеет право:

6.4.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение им требований и условий настоящего Договора;

6.4.2. направлять в необходимых случаях запросы в компетентные органы;

6.4.3. предоставлять ежеквартально Страхователю информацию, без требования письменного согласия Застрахованного лица, об объеме произведенных страховых выплат и/или страховых обеспечений, без указания фамилии, имени и отчества Застрахованного лица;

6.4.4. отказать в страховой выплате по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Республики Узбекистан, а также в случаях, указанных в пунктах 3.4.6, 3.4.7 и 3.4.8 настоящего Договора.

6.4.5. в случае возникновения спора Застрахованное лицо может быть подвергнуто независимому медицинскому освидетельствованию за счет Страхователя (Застрахованного лица), в независимом медицинском учреждении, выбранном совместно со Страховщиком, Страхователем и по согласованию с Застрахованным лицом. В случае отказа Застрахованного лица от освидетельствования Страховщик имеет право отказать от страховой выплаты, при этом Страхователь/Застрахованное лицо имеет право обратиться в соответствующие судебные органы за защитой своих прав.

6.4.6. досрочно прекратить настоящий Договор (Страховой полис) в случаях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Республики Узбекистан.

6.5. Страховщик обязан:

6.5.1. в установленные сроки выдавать Страховой полис и Сервисные карточки, отвечающие условиям настоящего Договора;

6.5.2. в случае утраты Страхового полиса (Сервисной карточки) выдать Страхователю (Застрахованным лицам) бесплатно дубликат;

6.2.4. assist in providing opportunities survey of the state of the insured person and the study of the history of his illness;

6.2.5. inform the Insurer in the current period about the facts of the loss of the insurance policy / service card.

6.3. The insured person is obliged to:

6.3.1. before applying to the institution to notify the AS, and communities - to present the service card and identity document;

6.3.2. perform the prescribing physician, and not upsetting the Institution (hospital etc.) hospitalization;

6.3.3. provide the Insurer or his authorized representative an opportunity to survey the insured person for the examination of his condition;

6.3.4. not prevent the insurer to obtain documentation (to allow doctors to provide information) on marital or health care provider about the course of treatment, and, if necessary, on the health status before entering into this Agreement;

6.3.5. during transport (for medical reasons) - does not change the conveying means provided insurer and compatible with AS;

6.3.6. not to transfer the service card to others.

6.4. The insurer has the right to:

6.4.1. Check messages Insured information, as well as the fulfillment of the requirements and conditions of this Agreement;

6.4.2. to direct, where appropriate, request the competent authorities;

6.4.3. provide quarterly information to the Insured, without the requirement of written consent of the insured person, on the volume of insurance payments made and / or insurance coverage, without specifying the name, surname and patronymic of the insured person;

6.4.4. refuse to pay the insurance on the grounds stipulated by the current legislation of the Republic of Uzbekistan, as well as in the cases specified in paragraphs 3.4.6, 3.4.7 and 3.4.8 of this Agreement.

6.4.5. in the event of a dispute, the insured person may be subject to an independent medical examination at the expense of the Insured (Insured person), an independent medical institution, selected jointly by the Insurer, Insured and by agreement with the insured person. In case of failure of the insured person from the examination of the Insurer is entitled to refuse the insurance payment, the Insured / insured person is entitled to apply to the relevant judicial authorities for protection of their rights.

6.4.6. To prematurely terminate this Agreement (insurance policy) in the cases provided for in this Agreement and the legislation of the Republic of Uzbekistan.

6.5. The insurer is obliged to:

6.5.1. in time to issue insurance policies and service cards that meet the conditions of this Agreement;

6.5.2. in case of loss of the insurance policy (service card) to give to the Insured (Insured persons) free duplicate;



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

6.5.3. при наступлении страхового случая производить страховые выплаты в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором;

6.5.4. соблюдать и обеспечивать конфиденциальность в отношении со Страхователем (Застрахованным лицом) и информации о состоянии здоровья Застрахованного лица;

6.5.5. на основании Заявления Страхователя заменить Застрахованное лицо и переоформить Страховой полис (Сервисную карточку) на другое лицо.

**ГЛАВА VII. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА
ЗАСТРАХОВАННЫХ
ЛИЦ И УПЛАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРЕМИИ**

7.1. Состав Застрахованных лиц подлежит изменению в случаях поступления от Страхователя соответствующего заявления с требованием включения в него новых лиц или исключения из него застрахованных лиц.

7.2. Принятие на страхование новых Застрахованных лиц производится на основании соответствующего заявления, согласованного со Страховщиком, при условии своевременной уплаты причитающейся дополнительной страховой премии.

7.3. Принятие на страхование новых Застрахованных лиц осуществляется на основании соответствующего заявления Страхователя, в следующем порядке:

а) Страхователь обязан направить Заявление о внесении изменений в состав Застрахованных лиц в двух экземплярах в срок не позднее 7 (семи) дней до предполагаемых изменений. При этом, дополнительная страховая премия для новых лиц, принимаемых на страхование, рассчитывается в зависимости от оставшегося Периода страхования в следующем порядке: от 9 (девяти) месяцев до года – 90%, от 6 (шести) месяцев до 9 (девяти) месяцев – 70%, от 3 (трех) месяцев до 6 (шести) месяцев – 60%, до 3 (трех) месяце – 50% от установленной персональной страховой премии на одно Застрахованное лицо по настоящему Договору;

б) Страховщик обязан рассмотреть и при отсутствии возражений по предоставленным Страхователем сведениям и рассчитанной дополнительной страховой премии для новых лиц, принимаемых на страхование, согласовать Заявление о внесении изменений в состав Застрахованных лиц в срок не позднее 7 (семи) дней со дня предоставления такого Заявления Страхователем и направить один экземпляр Страхователю;

в) Дополнительная страховая премия за новых лиц, принимаемых на страхование, уплачивается единовременным платежом в течение 7 (семи) дней со дня согласования Страховщиком соответствующего Заявления.

г) обязательства Страховщика по страховой выплате в отношении новых лиц, принятых на страхование, вступают в силу со следующего дня со дня уплаты дополнительной страховой премии Страхователем за этих лиц, и они становятся Застрахованными лицами.

7.4. После оплаты дополнительной страховой премии Страховщик в течение 7 (семи) дней оформляет и выдает Страхователю Сервисные карточки для вручения Застрахованным лицам.

6.5.3. when the insured event to make insurance payments in the manner and subject to the conditions set forth herein;

6.5.4. to respect and ensure the confidentiality of relations with the Insured (Insured) and information on the health status of the insured person;

6.5.5. on the basis of statements of the Insured to replace the insured person and to renew the insurance policy (service card) to another person.

CHAPTER VII. CHANGE ORDER OF THE INSURED

PERSONS AND PAYMENT OF ADDITIONAL AWARD

7.1. The composition of the Insured Persons subject to change in case of receipt from the Insured the relevant application with the requirement to include new parties or the exclusion of the insured persons.

7.2. The adoption of new insurance Insured Persons is made on the basis of a declaration agreed by the Insurer, subject to the timely payment of due an additional premium.

7.3. The adoption of new insurance Insured persons shall be based on the appropriate application of the Insured, in the following order:

a) The Insured is obliged to send application for amendment of the Insured Persons in two copies not later than seven (7) days prior to the anticipated changes. In this case, the additional premium for the new faces, taken for insurance is calculated based on the remaining period of insurance in the following order: from the nine (9) months to a year - 90%, from the six (6) months to nine (9) months - 70%, of the three (3) months to six (6) months - 60%, up to three (3) month - 50% of the personal insurance premium per insured person hereunder;

b) The insurer is obliged to consider, and if there is no objection on the benefit of insurance information and consider the additional insurance premium for new faces, taken for insurance, to agree on application for amendment of the Insured Persons not later than seven (7) days from the date of such statements by the Insured and send one copy of the Insured;

c) an additional premium for the new faces, taken for insurance shall be paid a lump sum payment within 7 (seven) days from the date of agreement by the Insurer an application.

d) the obligations of the Insurer on the insurance payment in respect of the new persons accepted for insurance will take effect the next day from the date of payment of additional premium by the Insured for these individuals, and they are insured persons.

7.4. After payment of an additional premium to the insurer within seven (7) days, prepares and issues the Insured Service card for delivery to the insured persons.



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

7.5. Исключение из состава Застрахованных лиц также осуществляется на основании соответствующего заявления Страхователя, в следующем порядке:

- а) Страхователь обязан направить Страховщику заявление с приложением Сервисных карточек всех исключаемых Застрахованных лиц (если такие были выданы Страховщиком), в срок не позднее 7 (семи) дней до предполагаемых изменений;
- б) Страховщик обязан рассмотреть и проверить в течение 7 (семи) дней факты и суммы использованных исключаемыми Застрахованными лицами персональных страховых сумм и обобщить их для учета;
- в) При отсутствии фактов предоставления исключаемому Застрахованному лицу услуг, предусмотренных Программой страхования, часть страховой премии за не истекший Период страхования, которая исчисляется пропорционально остаточному Периоду страхования, остается на расчетном счету Страховщика в счет будущих платежей Страхователя и учитывается в Акте сверки;
- г) Если на дату заявления об исключении из списка застрахованных лиц имеется факт предоставления медицинских услуг исключаемому Застрахованному лицу, страховая премия по такому Застрахованному лицу возврату или перерасчету пропорциональной оставшемуся Периоду страхования не подлежит;
- д) В случае требования Страхователем исключения из Списка Застрахованных лиц без получения их согласия или без возврата оригиналов Сервисных карточек, то Страхователь обязуется уведомить исключаемого Застрахованного лица о прекращении Страховщиком в отношении него страховых услуг, в свою очередь, Страховщик прекращает предоставление страховых услуг в отношении последнего;
- е) Страховщик при отсутствии возражений по предоставленному Заявлению на исключение из состава застрахованных лиц, согласовывает такое заявление в срок не позднее 7 (семи) дней со дня его предоставления Страхователем и направляет один экземпляр Страхователю.

**ГЛАВА VIII. ТРЕБОВАНИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

8.1. Стороны в соответствии с требованиями статьи 26 Закона Республики Узбекистан «О страховой деятельности» и статьи 933 Гражданского кодекса Республики Узбекистан, обязуются обеспечить конфиденциальность информации, ставшей им доступной в связи с отношениями по настоящему Договору, и не допускать ее разглашения.

**ГЛАВА IX. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ИЛИ
СТРАХОВОГО ПОЛИСА**

9.1. Действие настоящего Договора прекращается в случаях:

- а) истечения Периода страхования;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем/Застрахованным лицом в полном объеме;

7.5. The elimination of the Insured Persons also carried out on the basis of a corresponding application of the Insured, in the following order:

- a) The Insured is obliged to send to the Insurer application with the Service Card of the Insured Persons excluded (if such have been issued by the Insurer), not later than seven (7) days prior to the expected changes;
- b) The insurer is obliged to examine and check, within 7 (seven) days of the facts and the amounts used excludable insured persons personal insurance amounts and generalize them to account;
- c) In the absence of evidence of the excluded person insured under the Program of insurance services, of the premium for the unexpired period of insurance, which is calculated in proportion to the residual period of insurance, remain on the current account of the insurer in respect of future payments of the Insured and is accounted for in the Act of reconciliation;
- d) If the date of the application for delisting of insured persons has fact of the excluded medical services to the insured person, the insurance premium the insured person on such return or recalculation of proportion to the remaining period of insurance can not be;
- e) In the event of a claim the Insured exclusion from the List of Insured Persons without obtaining their consent or without returning the original cards Service, the Insured shall notify the excluded of the insured person on the termination of the Insurer in respect of insurance services has, in turn, stops the insurer to provide insurance services in respect of the latter;
- f) The insurer, in the absence of objections on the submission of the application to be excluded from the composition of the insured persons, agrees such a statement no later than seven (7) days from the date of the Insured and the Insurer will send one copy.

CHAPTER VIII. REQUIREMENTS FOR THE PRIVACY

8.1. Parties in accordance with the requirements of Article 26 of the Law of the Republic of Uzbekistan "On insurance activity" and Article 933 of the Civil Code of the Republic of Uzbekistan, are obliged to ensure the confidentiality of information made available to them in connection with the relationship under this Agreement, and to prevent its disclosure.

CHAPTER IX. TERMINATION OR INSURANCE POLICY

9.1. This Agreement shall be terminated in cases:

- a) the expiration of the insurance period;
- b) performance of obligations of the insurer to the Insured / insured person in full;



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

- в) требования досрочного расторжения по инициативе одной из сторон в случае существенного нарушения другой стороной принятых на себя договорных обязательств. При этом сторона–инициатор досрочного расторжения обязана не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения направить другой стороне письменное уведомление, с указанием причин такого расторжения;
- г) досрочного расторжения настоящего Договора по взаимному согласию сторон;
- д) признания настоящего Договора недействительным по решению суда;
- е) в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Республики Узбекистан.

9.2. При досрочном расторжении настоящего Договора по основаниям, предусмотренным в подпунктах «в», «г», «д» и «е» пункта 9.1 настоящего Договора, Страховщик обязуется вернуть Страхователю оставшуюся часть страховой премии за не истекший Период страхования за вычетом ранее произведенных Страховщиком фактических страховых выплат. Во всех остальных случаях, оплаченная страховая премия возврату не подлежит.

9.3. Действие Страхового полиса/Сервисной карточки прекращается в случаях:

- а) истечения Периода страхования;
- б) использования в Период страхования Застрахованным лицом персональной страховой суммы в полном объеме;
- в) смерти Застрахованного лица;
- г) признания Страхового полиса недействительным по решению суда;
- д) поступления Застрахованного лица на военную службу;
- е) досрочного расторжения настоящего Договора;
- ж) в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Республики Узбекистан.

9.4. Все временные периоды, связанные с прекращением действия, отсчитываются со дня, следующего за днем получения другой Стороной письменного уведомления о прекращении действия настоящего Договора.

ГЛАВА X. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

10.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с Гражданским кодексом, Законом «О договорно–правовой базе деятельности хозяйствующих субъектов» и иными нормативно-правовыми актами в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

10.2. Сторона отвечает за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства третьими лицами, на которых этой Стороной было возложено его исполнение, как за свое собственное неисполнение (ненадлежащее исполнение).

10.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств одной из Сторон настоящего Договора, виновная Сторона возмещает другой стороне причиненные убытки.

10.4. Уплата неустойки не освобождает Стороны по настоящему Договору от исполнения принятых на себя обязательств в натуре.

c) requirements of early termination at the initiative of one of the parties in the event of a material breach by the other party to the assumed contractual obligations. In this aspect, the initiator of early termination of a duty not later than thirty (30) calendar days prior to the intended date of termination send the other party a written notice, specifying reasons for such termination;

d) early termination hereof by mutual agreement;

e) recognition of the contract null and void by a court decision;

f) in other cases provided for in this Agreement and the legislation of the Republic of Uzbekistan.

9.2. In case of early termination of this Agreement on the grounds specified in subparagraphs "c", "d", "d" and "e" of paragraph 9.1 of this Agreement, the Insurer is obliged to return the Insured remaining part of the insurance premium for the unexpired period of insurance, net of previously produced by the Insurer of the actual insurance payments. In all other cases, the paid insurance premium is not refundable.

9.3. The insurance policy / service card is terminated in the following cases:

- a) the expiration of the insurance period;
- b) use in the insurance period the Insured personal insurance sum in full;
- c) the death of the insured person;
- d) recognition of insurance policy null and void by a court decision;
- e) receipt of the insured person to military service;
- f) early termination hereof;
- d) in other cases provided for in this Agreement and the legislation of the Republic of Uzbekistan.

9.4. All the time periods associated with the termination of the action, counted from the day following the day of receipt by the other Party written notice of termination of this Agreement.

CHAPTER X. RESPONSIBILITIES OF THE PARTIES

10.1. For non-performance or improper performance of its obligations shall be liable in accordance with the Civil Code, the Law "On the legal basis of the activities of economic entities" and other normative-legal acts in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

10.2. Party responsible for non-performance or improper performance of obligations by third parties on which that Party has been entrusted with its implementation, both for their own failure (improper performance).

10.3. In the case of non-performance or improper performance of obligations by one of the Parties to this Agreement, the defaulting party shall compensate the other party for losses caused.

10.4. Payment of the penalty does not release the Parties to this Agreement to fulfill the assumed obligations in kind.



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

10.5. В случае задержки Страховщиком оказания Услуг Страхователь имеет право взыскать со Страховщика пени в размере 0,5 % (ноль целых и пять десятых процента) от стоимости не оказанных услуг за каждый день задержки в первую неделю просрочки, затем в размере 1% (один процент) от стоимости не оказанных Услуг за каждый день задержки во вторую неделю просрочки и далее – в размере 1,5% (одна целая и пять десятых процента) от стоимости не оказанных Услуг за каждый дополнительный день задержки, при этом общая сумма пени не может превышать 25% (двадцать пять процентов) от стоимости несвоевременно оказанных Услуг.

10.6. Требование об уплате пени должно быть оформлено в письменном виде, подписано уполномоченным представителем Страхователя.

ГЛАВА XI. ФОРС–МАЖОР

11.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить. Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются: наводнение, пожар, землетрясение, действия или бездействие государственных органов, эпидемия и другие явления природы, война или военные действия, и т.п.

11.2. При наступлении обстоятельств, указанных в п. 11.1. Договора, каждая из Сторон должна в течение 7 (семи) календарных дней известить о них в письменном виде другую Сторону. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, должна незамедлительно предоставить другой Стороне официальные документы, удостоверяющие наличие этих обстоятельств подтверждением уполномоченного органа и, по возможности, дающие оценку их влияния на возможность исполнения Стороной своих обязательств по Договору.

11.3. Не извещение либо несвоевременное извещение (согласно п. 11.2 выше) об обстоятельствах непреодолимой силы лишает соответствующую Сторону права ссылаться на них в обоснование неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств.

11.4. Если наступившие обстоятельства, перечисленные в п. 11.1. Договора, и их последствия продолжают действовать более 2 (Двух) месяцев, Стороны проводят дополнительные переговоры для выявления приемлемых альтернативных способов исполнения Договора.

11.5. В случае если форс–мажорные обстоятельства продолжают действовать более 6 (шесть) месяцев, каждая из Сторон вправе расторгнуть настоящий Договор в отношении неисполненной части Договора. При этом ни одна из Сторон не несет никакой ответственности перед другой Стороной в результате расторжения в соответствии с настоящим пунктом 11.5.

ГЛАВА XII. РЕГУЛИРУЮЩЕЕ ПРАВО И РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

10.5. In case of delay by the Insurer providing Insured Services has the right to recover from the insurer a penalty equal to 0.5% (zero point five percent) of the cost of services not rendered for each day of delay in the first week of the delay, then at a rate of 1% (one percent) value of not provided Services for each day of delay in the second week of delay and further - 1.5% (one point and five percent) of the value is not rendered Services for each additional day delay, the total penalty can not exceed 25 % (twenty-five about ENTOV) from untimely cost of services rendered.

10.6. The claim for payment of interest shall be made in writing, signed by an authorized representative of the Insured.

CHAPTER XI. FORCE MAJEURE

11.1. The parties are relieved from responsibility for partial or full default of obligations under this Agreement if such failure was caused by force majeure arising after the conclusion of the agreement as a result of extraordinary circumstances, which the Parties could not foresee or prevent. Under force majeure is understood: flood, fire, earthquake, actions or omissions of public authorities, the epidemic and other natural phenomena, war or acts of war, etc.

11.2. In the circumstances specified in Sec. 11.1. Treaty, each Party shall, within seven (7) calendar days, notify them in writing to the other Party. A party who relies on force majeure must immediately provide to the other Party, official documents proving the existence of these circumstances, confirmation of the authorized body and, if possible, give an assessment of their impact on the fulfillment of its commitments under the Agreement.

11.3. Do not notice any delay in notice (in accordance with para. 11.2 above) force majeure deprives the corresponding Party of the right to refer to them in support of non-performance or improper performance of obligations.

11.4. If the circumstances listed in Sec. 11.1. Treaty and its consequences continue to operate for more than 2 (two) months, the Parties shall hold additional negotiations to find acceptable alternative methods of execution of the contract.

11.5. If the force majeure lasts longer than 6 (six) months, each party may terminate this Agreement in respect of the unexecuted part of the Agreement. In this case, none of the Parties shall not be liable to the other Party as a result of termination in accordance with this clause 11.5.

CHAPTER XII. GOVERNING LAW AND DISPUTE RESOLUTION



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

12.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора, должны быть разрешены в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

12.2. Все споры, возникающие между Сторонами в связи с исполнением, изменением или прекращением настоящего Договора, должны быть урегулированы путем переговоров. Если урегулирование спора путем переговоров не произошло в течение 30 дней с момента возникновения спора, то спор подлежит разрешению в территориальном экономическом суде города Ташкент в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

ГЛАВА XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. Все уведомления и сообщения, направляемые в соответствии с Договором или в связи с ним, должны быть представлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они были посланы заказным письмом или доставлены лично по нижеуказанным адресам Сторон.

13.2. В случае умышленного или непреднамеренного причинения 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 и/или его законного представителя.

13.3. Ни одна из сторон настоящего Договора не имеет права передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, без предварительного письменного согласия на то другой стороны.

13.4. Все заявления Страхователя, приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются его неотъемлемыми и составными частями.

13.5. Все дополнения и изменения к настоящему Договору должны быть совершены в письменном виде с согласия Сторон настоящего Договора и подписаны Сторонами.

13.6. Взаимоотношения Сторон, не описанные в настоящем Договоре, регулируются действующим законодательством Республики Узбекистан, на основании которого заключен настоящий Договор.

13.7. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах на русском и английском языках, хранящихся по одному экземпляру у каждой из Сторон, и имеющих одинаковую юридическую силу. При возникновении разногласий русский вариант считается преобладающим.

13.8. Русский язык по волеизъявлению Сторон является языком, который должен использоваться во всех документах и корреспонденции, имеющей отношение к исполнению, изменению или прекращению настоящего Договора.

13.9. Если какая-либо статья, положение или пункт настоящего Договора признаются недействительными или не имеющими силу любым компетентным органом, все остальные статьи, положения или пункты, тем не менее, остаются действительными. Стороны должны прийти к соглашению о соответствующем пункте, который заменит

12.1. All disputes that may arise from this Agreement shall be resolved in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

12.2. All disputes arising between the Parties in connection with the execution, amendment or termination of this Agreement shall be settled through negotiations. If the settlement of the dispute through negotiation happened within 30 days after a dispute, the dispute shall be settled in the territorial Economic Court of Tashkent city, in accordance with the legislation of the Republic of Uzbekistan.

CHAPTER XIII. FINAL PROVISIONS

13.1. All notifications and communications made in accordance with the Agreement or in connection with it, shall be submitted in writing and shall be deemed duly served if they were sent by registered mail or delivered in person at the addresses below Parties.

13.2. In the case of intentional or unintentional Institution causing harm to health of the insured person, the Insurer shall take all reasonable measures necessary to compensate for these institutions such harm. The presence of these cases, as well as the extent of the damage to health of the insured person, must be confirmed by a competent committee formed consisting of representatives of the insured, institutions, with the participation of the insured person and / or his legal representative.

13.3. None of the parties to this Agreement has no right to transfer its rights and obligations hereunder to any third party without the prior written consent of the other party.

13.4. All statements of the Insured, applications, additions and changes to this Agreement are its integral parts and components.

13.5. All additions and changes to this Agreement must be made in writing with the consent of the Parties to this Agreement and signed by the Parties.

13.6. Relations between the Parties, other than those described in this Agreement shall be regulated by the current legislation of the Republic of Uzbekistan, on the basis of which have concluded this Agreement.

13.7. This Agreement is executed in two (2) original copies in Russian and English, kept one copy for each Party, and having equal legal force. In case of disagreement, the Russian version is considered to prevail.

13.8. Russian language on the will of the Parties is the language that should be used in all documents and correspondence relating to the execution, amendment or termination of this Agreement.

13.9. If any clause, provision or clause of this Agreement shall be deemed invalid or unenforceable by any competent authority, all other articles, the position or points, however, remain valid. The parties must agree on the corresponding item, which will replace the invalid item. A new paragraph



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

недействительный пункт. Новый пункт должен, насколько это возможно, преследовать те же экономические, юридические и коммерческие цели, которые преследовал недействительный пункт.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Заявление-анкета;
2. Заявление о внесении изменений в состав Застрахованных лиц.
3. Программы страхования;
4. Список Учреждений;

ГЛАВА XIV. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

СТРАХОВЩИК

Адрес: _____
р/с: _____
В _____
Код банка _____
ИНН _____
ОКЭД: _____
e-mail: _____

**СТРАХОВАТЕЛЬ
СП ООО «ASIA TRANS GAS»**

Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Нукус, 2Б
р/с: 2021 4000 6046 8289 3001
в KDB Bank Uzbekistan
МФО: 00831
ИНН: 206 948 470
ОКЭД: 49500
e-mail: info@atg.uz

should, as far as possible, to pursue the same economic, legal and commercial objectives that are pursued an invalid item.

APPLICATIONS:

1. Application form;
2. An application for amendment of the insured persons.
3. Insurance programs;
4. List of Medical institutions;

CHAPTER XIV. ADDRESSES AND DETAILS OF PARTIES:

INSURER

Address: _____
a/c _____
at _____
Bank code _____
Tax code _____
OKED _____
e-mail: _____

**INSURED
JV «ASIA TRANS GAS» LLC**

2B, Nukus str., Tashkent, Republic of Uzbekistan
a/c: 2021 4000 6046 8289 3001
At KDB Bank Uzbekistan
Bank code: 00831
Tax code: 206 948 470
OKED: 49500
e-mail: info@atg.uz

ПОДПИСИ СТОРОН:

От имени Страховщика

Должность

Ф.И.О. / Surname

Подпись и печать / Signature and Seal

SIGNATURES OF PARTIES

For Insurer

Position

От имени Страхователя

Генеральный Директор

Лю Чжигуан / Liu Zhiguang

Подпись и печать / Signature and Seal

For Insured

General Director



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

ПРИЛОЖЕНИЕ №1 к Генеральному договору коллективного медицинского страхования / ATTACHMENT № 1 to the General Agreement for Corporate Health Insurance

ЗАЯВЛЕНИЕ–АНКЕТА №
APPLICATION FORM №
на добровольное медицинское страхование / for health insurance

ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ / GENERAL INFORMATION

1.	Страхователь / Insured:	СП ООО «Азия Транс Газ»
2.	Период страхования / Insurance period:	С момента оплаты 12 календарных месяцев / 12 calendar months starting from the date of payment
3.	Географическая зона / Coverage area:	Республика Узбекистан / Republic of Uzbekistan
4.	Реквизиты Страхователя / Insured bank details:	АДРЕС г. Ташкент, ул. Нукус, 2Б БАНК KDB Bank Uzbekistan P/C 2021 4000 6046 8289 3001 МФО 00831 ИНН 206 948 470 ОКЭД 49500

ЧАСТЬ 2. ПЕРСОНАЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ СУММА НА ОДНО ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО / PART 2. PERSONAL INSURANCE AMOUNT

ЧАСТЬ 3. СПИСОК ВКЛЮЧАЕМЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
PART 3. LIST OF INSURED PERSONS

№	Ф.И.О.	Дата рождения	Серия и номер паспорта	Страховая программа	Страховая сумма (сум)	Страховая премия (сум)



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 к Генеральному договору коллективного медицинского страхования	№		от	
---	----------	--	-----------	--

ЗАЯВЛЕНИЕ
о внесении изменений в состав Застрахованных лиц

ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1.	Страхователь:	СП ООО «Азия Транс Газ»
2.	Период страхования:	С момента оплаты 12 календарных месяцев
3.	Географическая зона:	Республика Узбекистан

ЧАСТЬ 2. ПЕРСОНАЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ СУММА НА ОДНО ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Программа страхования	
------------------------------	--

ЧАСТЬ 3. СПИСОК ВКЛЮЧАЕМЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№	Ф.И.О. Застрахованного лица по паспорту	Дата рождения	Серия и номер паспорта	Страховая программа	Страховая премия
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1					
ОБЩАЯ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:					



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

ЧАСТЬ 4. СПИСОК ИСКЛЮЧАЕМЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№п/п	Ф.И.О. исключаемого лица	Номер полиса/ сервисной карточки	Дата исключения:	Возвращаемая страховая премия:
1.				
ОБЩАЯ ВОЗВРАЩАЕМАЯ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:				

ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ/ВОЗВРАТА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ:

Дополнительная страховая премия в размере ____ (____) _____ уплачивается до « ____ » _____
20 ____ г.

ПОДПИСИ СТОРОН:

SIGNATURES OF PARTIES

От имени Страховщика

For Insurer

Подпись и печать / Signature and Seal

От имени Страхователя

For Insured

Генеральный Директор

General Director

Лю Чжигуан / Liu Zhiguang

Подпись и печать / Signature and Seal



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

ПРИЛОЖЕНИЕ №3 к Генеральному договору коллективного медицинского страхования	№		от	
---	----------	--	-----------	--

Программа добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

Перечень услуг	Описание услуг	Страховая сумма/ Лимиты (сум)
Амбулаторно-поликлиническое обслуживание;	- консультация и лечение в поликлинике специалистами различных профилей, в том числе малые и диагностические оперативные вмешательства (консультация и лечение - специалистами различных профилей, лабораторная диагностика, инструментальные методы исследования; - лабораторная диагностика; - дневной стационар в условиях поликлиники + медикаменты по рецептам врачам; - физиотерапевтическое лечение. - Диагностика инфекционного заболевания COVID-19 по назначению врача 2 раза в течение страхового периода, одним из основных методов (ИФА, ПЦР, МСКТ).	40% в пределах суммы обслуживания
Вызов врача на дом;	- оказание врачебной помощи на дому Застрахованному лицу, которое по состоянию здоровья не может посетить поликлинику; - оказание предписанных медицинских процедур на дому Застрахованному лицу, которое по состоянию здоровья не может посетить поликлинику.	100% в пределах суммы обслуживания
Скорая и неотложная медицинская помощь;	- выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи; - первичная консультация, лечение специалистами бригады скорой помощи; - медикаменты в пределах лимита по лекарственным препаратам, медицинское сопровождение и транспортировка в стационар;	100% в пределах суммы обслуживания
Стационарное обслуживание;	- пребывание в стационаре; - консультация врачей-специалистов; - интенсивная терапия; - диагностическое лабораторное и инструментальное исследование; - хирургическая помощь; - анестезиология; - физиотерапия; - лекарственное обеспечение во время пребывания в стационаре; - прочая необходимая медицинская помощь.	60% в пределах суммы обслуживания
Лекарственное обеспечение и экстренная стоматологическая помощь;	- лекарственные средства и/или медикаменты по назначению врача, необходимые для проведения амбулаторно-поликлинического обслуживания. - доставка лекарств и медикаментов на дом и в офис; - лечение заболеваний зубов и полости рта, пародонтитов, характеризующихся острой болью, в пределах Страховой суммы, указанной в Страховом полисе, за исключением ортодонтических нарушений, требующих протезирования зубов, или исправления косметических дефектов.	40% в пределах суммы обслуживания
Служба Ассистанса 7/24.	- консультации по телефону, в том числе на английском языке; - организация визитов врача по вызовам; - запись на прием к врачам; - организация визитов врача по вызовам; - организация выезда бригады скорой и неотложной медицинской помощи; - запись на прием к специалистам; - организация госпитализации; - информация о медицинском персонале; - контроль соответствия оказанных услуг состоянию клиента и медицинским показаниям, менеджмент цены и качества медицинских услуг (медицинская экспертиза)	Включено
Страховая сумма на одно Застрахованное лицо		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

Персональная страховая премия на Застрахованное лицо + 3 (три) члена семьи	
---	--



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

Медицинские услуги, включая, но не ограничиваясь (за исключением, особо оговоренных или отмеченных знаком «-» ниже):

Врачи	
Терапевт	+
Хирург (все виды)	+ (кроме пластической хирургии и протезирования, при оказании экстренной помощи при ЧМТ, переломах челюстей – протезирование покрывается)
Гинеколог	+
Отоларинголог	+
Невропатолог	+
Нейрохирург	+ (консультация, консилиум, оказание помощи в экстренных случаях)
Эндокринолог	+
Офтальмолог	+
Дерматолог	+
Аллерголог	+
Травматолог	+
Ревматолог	+
Уролог	+
Онколог	+
Кардиолог	+
Кардиохирург	- (консультация, консилиум, оказание помощи в экстренных случаях)
Инфекционист	+
Гастроэнтеролог	+
Гематолог	+
Маммолог	+
Психоневролог	- (кроме услуг психолога и психотерапевта)
Пульмонолог	+
Физиотерапевт	+ кроме нетрадиционных методов (игло-рефлексотерапия, мануальная терапия и пр. при отсутствии медицинских показаний))
Нефролог	+
Колопроктолог	+



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

Флеболог	+
Ангиолог	-
Иммунолог	-
Фтизиатр	-
Миколог	-
Гепатолог	-
другие специалисты	+
(в пределах покрытий по страховым случаям)	
Медицинская документация	
Оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов	+
Выдача медицинских справок (кроме справок на ношение оружия)	+
Выписка санаторно-курортных карт	-
(в виде направлений-рекомендаций)	
Лабораторно-диагностические исследования	
клинические	+
биохимические	+
бактериологические	+
микробиологические	+
радиоиммунохимические	-
серологические	+
гематологические	+
гормональные	+
коагулогические	+
иммунологические	-
химико-токсикологические	-
химико-микроскопические	-
цитологические	+
онкомаркеры	-
гистологические	-
аллергодиагностика	+
Инструментальная диагностика	
рентгенологические	+
радиоизотопные	-
ультразвуковые	+
функциональные	+
эндоскопические	+



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

Углубленные методы исследования	
МРТ	+
МРА	+
КТ	+
Исследования методом ПЦР	+
аллергологический статус	-
иммунный статус	-
Физиотерапевтическое лечение	
электро-	+
магнитно-	+
звуко-	+
свето-	+
лазеро-	+
теплolечение	+
водолечение	- (в пределах процедур, проводимых в условиях поликлиники)
Лечебные манипуляции и процедуры	
ЛФК	-
лечебный массаж	+
корпоральная иглорефлексотерапия	- (по медицинским показаниям)
мануальная терапия	- (по медицинским показаниям)
Стоматологическая помощь	
Приемы, консультации и врачебные манипуляции специалистов:	
терапевт	+
хирург	+
пародонтолог	+
ортопед	-
Анестезия местная и общая	
инфильтрационная	+
аппликационная	+
проводниковая	-
Общая анестезия	+
Рентгенография зубов	
Рентгеновизиография	+
Ортопантомография	-



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

Терапевтическая стоматология	
наложение пломбы при кариесе (без ограничения по установлению светоотверждаемых пломб)	+
пломбы в лечебных целях	+
лечение кариеса	+
механическая и медикаментозная обработка и пломбирование каналов	+
пломбирование кариозных полостей композитами светового и химического отверждения	+
пломбирование каналов с применением гуттаперчевых и анкерных штифтов	-
использование карбоновых штифтов	-
использование термофилов	+
удаление инородного тела из канала зуба	+
удаление дефектной пломбы	+
исправление клиновидного дефекта	-
восстановление коронковой части зуба при сохранении не менее 50%	+
глубокое фторирование	+
	(по медицинским показаниям не более 1 раза в течение периода страхования)
покрытие зубов фторлаком при гиперестезии	+
	(по медицинским показаниям не более 1 раза в течение периода страхования)
имплантация зубов	-
косметическая реконструкция	-
коррекция ортодонтических нарушений	-
Хирургическая стоматология	
удаление зубов	+
удаление дистопированных, ретенированных зубов	+
механическая и медикаментозная остановка кровотечения	+
дренирование раны	+
кюретаж раны при альвеолитах	+
вскрытие пародонтального абсцесса	+
наложение швов при травмах	+
удаление корневой пульпы	+
иссечение капюшона	+
резекция верхушки корня	+
вскрытие воспалительного инфильтрата	+
вскрытие абсцессов мягких тканей полости рта	+
тампонада лунки зуба после сложного удаления	+
стоматологические физиотерапевтические процедуры	+



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

	(по медицинским показаниям при заболеваниях пародонта – не более 1 полного курса в течение периода страхования)
подготовка к протезированию	–
Профилактические мероприятия	
снятие зубных отложений с покрытием фторсодержащими препаратами	+ ((по медицинским показаниям не более 1 раза в течение периода страхования)
снятие зубного камня	+ (по медицинским показаниям)
отбеливание методом AIRFLOW	–
Лечение осложненного кариеса	
лечение пульпита	+
лечение периодонтита	+
лечение периапиксита	+
Лечение заболеваний пародонта	
лечение острых заболеваний слизистой оболочки полости рта	+
лечение пародонтита	+ (по медицинским показаниям не более 1 полного курса в течение периода страхования)
лечение гингивита	+ (по медицинским показаниям не более 1 полного курса в течение периода страхования)
Скорая помощь	
выезд бригады скорой помощи	+
осмотр больного	+
проведение экспресс-диагностики в объеме, определяемом медицинским оснащением автомобиля	+
купирование неотложного состояния	+
организация и медицинская транспортировка при необходимости госпитализации	+
Экстренная госпитализация	
пребывание на койке в стационаре	+
консультации специалистов (всех узких специалистов - консилиум)	+
лабораторная диагностика	+
инструментальная диагностика и лечение	+
ангиографические исследования	+
анестезиологические пособия	+
оперативные вмешательства	+



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

реанимационные мероприятия	+
аортокоронарное шунтирование	-
кардиохирургические операции	-
пластические операции	-
нейрохирургические операции	+ (при оказании помощи в экстренных случаях)
трансплантация органов и тканей	-
сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов)	-
физиолечение, занятия лечебной физкультурой, предписанные врачом	+ (по назначению врача в рамках предоставляемых покрытий)

ПОДПИСИ СТОРОН:

SIGNATURES OF PARTIES

От имени Страховщика

For Insurer

Подпись и печать / Signature and Seal

От имени Страхователя

For Insured

Генеральный Директор

General Director

Лю Чжигуан / Liu Zhiguang

Подпись и печать / Signature and Seal



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

ПРИЛОЖЕНИЕ №4	№	от
к Генеральному договору коллективного медицинского страхования		

СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ И СТАЦИОНАРНОЕ
ОБСЛУЖИВАНИЕ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

№ п/п	Полное наименование учреждения	Юридический адрес
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		
73.		
74.		
75.		
76.		
77.		
78.		
79.		

Скорая неотложная медицинская помощь

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Лабораторная диагностика

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Стоматологическое обслуживание по г.Ташкенту



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Стационарное обслуживание по г.Ташкенту и Ташкентской области

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

Лекарственное обеспечение (Аптеки) по г.Ташкенту

1.		
2.		
3.		
4.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		
73.		
74.		
75.		
76.		
77.		
78.		
79.		
80.		
81.		
82.		
83.		
84.		
85.		
86.		
87.		
88.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

89.		
90.		
91.		
92.		
93.		
94.		
95.		
96.		
97.		
98.		
99.		
100.		
101.		
102.		
103.		
104.		
105.		
106.		
107.		
108.		
109.		
110.		
111.		
112.		
113.		
114.		
115.		
116.		
117.		
118.		
119.		
120.		
121.		
122.		
123.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

124.		
125.		
126.		
127.		
128.		
129.		
130.		
131.		
132.		
133.		
134.		
135.		
136.		
137.		
138.		
139.		

Бухарская область

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27..		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		

Самаркандская область

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Ферганская область

1.		
2.		
3.		
4.		



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		

Андижанская область

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Наманганская область

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Хорезмская область

1.		
2.		
3.		
4.		

Сурхандарьинская область

1.		
2.		
3.		
4.		

Сырдарьинская область



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Кашкадарьинская область

14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		

Республика Каракалпакстан

33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		

Навоийская область



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
GENERAL AGREEMENT № _____
FOR CORPORATE HEALTH INSURANCE

54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		

Джизакская область

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		

По мере необходимости Страховщик по согласованию со Страхователем вправе внести изменения в данный Список учреждений.

ПОДПИСИ СТОРОН:

SIGNATURES OF PARTIES

От имени Страховщика

For Insurer

Подпись и печать / Signature and Seal

От имени Страхователя

For Insured

Генеральный Директор

General Director

Лю Чжигуан / Liu Zhiguang

Подпись и печать / Signature and Seal