

"УТВЕРЖДАЮ"  
Генеральный директор  
ООО СК "ASIA INSURANCE"

Мамедов Р.Р. \_\_\_\_\_  
М.П.

**Общество с ограниченной ответственностью  
Страховая Компания «ASIA INSHURANS»**

**ASIA insurance**

## **ПРАВИЛА**

**СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ**

**(РАЗРАБОТАНЫ НА ОСНОВАНИИ ПРАВИЛ СТРАХОВАНИЯ ПО КЛАССУ 1 И  
КЛАССУ 2 ОТРАСЛИ ОБЩЕГО СТРАХОВАНИЯ)**

**ТАШКЕНТ - 2020г.**

# ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования лиц, выезжающих за рубеж (далее по тексту - «Правила»), разработаны в соответствии с законодательством Республики Узбекистан, регулирующем страхование, и на основе Правил страхования от несчастных случаев (Класс 1) а также Правил страхования на случай болезни (Класс 2), депонированных Государственной инспекцией по страховому надзору при Министерстве Финансов Республики Узбекистан.

1.2. На основании настоящих Правил, ООО Страховая Компания «ASIA INSHURANS» (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры страхования с физическими и юридическими лицами (далее по тексту - Страхователи), условия которых обеспечивают осуществление страховой выплаты при наступлении несчастных случаев с Застрахованным лицом и/или возникновении расходов, в связи с заболеванием или расстройством здоровья Застрахованного лица, в Период и на Территории действия страхового Полиса.

1.3. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

**Договор страхования** - письменное соглашение, в соответствии с условиями которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату, а Страхователь обязуется уплачивать в установленные сроки страховые премии.

**Страховой полис (Полис)** - документ, удостоверяющий факт заключения Договора страхования и выдаваемый Страхователю после уплаты им страховой премии.

**Застрахованное лицо** - физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с его жизнью и здоровьем являются объектом страхования и в пользу которого заключен Договор страхования, если в нем не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

**Выгодоприобретатель** - лицо, указанное в Полисе в качестве получателя страховой выплаты с письменного согласия Застрахованного лица.

В случае смерти Застрахованного лица по Полису, в котором не назван Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

**Страховая сумма** - сумма денежных средств, определяемая Полисом и представляющая собой предельный объем обязательств Страховщика перед Застрахованным лицом.

**Лимит** – сумма денежных средств, представляющая собой предельный размер страховой выплаты по Услугам в рамках Программы страхования.

**Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные в настоящих Правилах.

**Страховая выплата** - денежные средства, выплачиваемые Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в качестве компенсации его расходов, понесенных им при наступлении страхового случая, или перечисляемые в Учреждение (непосредственно либо через/при содействии Ассистанса) в качестве оплаты за оказанные услуги Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, оговоренного в настоящих Правилах.

**Период страхования** - период времени, в течение которого действует Полис. Страховщик несет обязательства по страховым случаям, произошедшим в течение Периода страхования, указанного в Полисе.

**Территория действия Полиса** означает страну (страны), или географическую зону (соответствующую выбранной страховой программы), указанные в Полисе, в пределах которых Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по страховой выплате.

**Путешествие** – поездка Застрахованного лица за пределы границы Республики Узбекистан, исчисляемое в количествах дней

**Программа страхования** – разрабатываемый и утверждаемый Страховщиком перечень страховых покрытий, состоящий из услуг с соответствующими страховыми суммами и Лимитами, по которым Страховщик производит страховую выплату при наступлении страхового случая.

**Учреждение** – медицинское (лечебно – профилактические и другие виды заведений, оказывающие медицинские услуги), либо иное учреждение, в котором оказываются Услуги.

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

**Служба Ассистанса (Ассистанс)** – специализированная организация, которая по поручению Страховщика осуществляет круглосуточное содействие Застрахованному лицу в организации, получении и предоставлении необходимых услуг по наступившим страховым случаям. Ассистанс имеет право контролировать качество и объемы услуг, предоставляемых Застрахованному лицу.

**Внезапное заболевание** – болезнь (любое поддающееся обнаружению изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица), возникшая неожиданно во время действия Полиса и требующая оказания неотложной и (или) экстренной медицинской помощи, при условии, что событие:

- а) возникло в Период и на Территории действия Полиса;
- б) требует необходимость обращения Застрахованного лица за медицинскими услугами;
- в) не обозначено в качестве исключения из страховых случаев по настоящим Правилам.

**Неотложная помощь** – медицинская помощь, требующая немедленного вмешательства для предотвращения прогрессирования в организме Застрахованного лица поражения жизненно важных органов и систем, и непосредственно угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица.

**Хроническое заболевание** – длительно протекающее заболевание с поражением органов и систем организма человека, характеризующегося периодами обострения и ремиссии, в том числе болезнь, которая имела место в организме Застрахованного лица до заключения Полиса (независимо, было ли известно об этом Застрахованному лицу или нет).

**Несчастный случай** – внезапное, кратковременное, не зависящее от воли Застрахованного лица событие, которое извне воздействует на организм человека и влечет за собой травматическое повреждение, иное расстройство здоровья и/или смерть.

**Иное расстройство здоровья** – телесные повреждения от ожога, взрыва, удара молнии или воздействия электрического тока; отравления химическими веществами (промышленными или бытовыми) и/или ожоги, возникшие при вдыхании или соприкосновении с ядовитыми и/или жгучими веществами, парами или газами; обморожение, утопление, нападение злоумышленников или животных; солнечный удар, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное отравление ядовитыми растениями.

**Covid-19** - коронавирусная инфекция 2019-nCoV - потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV).

**Медицинская эвакуация (Эвакуация)** – комплекс мероприятий, необходимых с медицинской точки зрения для перемещения больного Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством с одного места в другое и/или до Республики Узбекистан (или до страны постоянного проживания застрахованного лица).

Условия и порядок осуществления Эвакуации определяются Страховщиком и/или Ассистансом на основе медицинских показаний (предписаний) указывающих и/или определяющих обстоятельства на необходимость эвакуации.

**Репатриация** – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков Застрахованного лица любым и адекватным транспортным средством до Республики Узбекистан (или до страны постоянного проживания застрахованного лица). Условия Репатриации определяются Ассистансом и/или Страховщиком.

**Рецепт** – означает письменное предписание врача по употреблению лекарственных средств и/или применению медицинских препаратов.

**Опасная форма работы** – условия труда (работа, ремесло, профессия), которые в течение рабочей смены (или ее части), создают угрозу для жизни, и повышают риск возникновения тяжелых форм острых профессиональных поражений. К таким условиям труда могут относиться: а) работа под землей, в море, в металлургии, в строительстве и/или на разборке и сносе строений, и т.п.; б) работа, связанная с поднятием тяжестей и приложением больших усилий; с движущимися и опасными механизмами; в) с взрывоопасными, ядовитыми или радиоактивными веществами и т.п.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. По настоящим Правилам Страхователями являются юридические лица или физические лица - резиденты, нерезиденты Республики Узбекистан и лица без гражданства, обладающие полной гражданской дееспособностью и вступающие в конкретные страховые отношения со Страховщиком, а также уплачивающие страховые премии Страховщику.

2.2. Общество с ограниченной ответственностью "ASIA INSHURANS", выступает Страховщиком по настоящим Правилам и осуществляет страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

2.3. Страхователи вправе осуществлять настоящее страхование в пользу третьих лиц, которые будут являться Застрахованными лицами. Застрахованными лицами по настоящим правилам могут быть только физические лица.

2.4. Если Полис заключен не в пользу третьего лица, то Застрахованным лицом является сам Страхователь - физическое лицо. В этом случае страхование осуществляется в его пользу, на него распространяются все права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

2.5. В случае смерти Застрахованного лица, если не назван иной Выгодоприобретатель, чем само Застрахованное лицо, права на получение страховых выплат переходят к наследникам по закону Застрахованного лица.

## 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами страхования по настоящим Правилам являются не противоречащие законодательству Республики Узбекистан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его жизнью и здоровьем в период пребывания на Территории страхования, указанных в Полисе.

## 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем является фактически свершившееся событие, предусмотренное настоящими Правилами, произошедшее в Период и на Территории действия Полиса, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.2. Страховыми случаями в соответствии с настоящими Правилами являются внезапное заболевание, несчастный случай, а также смерть Застрахованного лица при условии, что указанные события произошли в Период страхования на Территории действия Полиса и не подпадают под исключения настоящих Правил.

4.3. По настоящим Правилам страхованием покрываются следующие Услуги:

### 4.3.1. Медицинские услуги:

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

### 4.3.2. Стоматологические услуги:

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

### 4.3.3. Медико-транспортные услуги:

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

б) проезд Застрахованного лица до аэропорта страны проживания, если отъезд Застрахованного лица не состоялся в день, указанный в его проездных документах, по причине наступления Страхового случая, которое повлекло необходимость стационарного лечения Застрахованного лица;

в) проезд несовершеннолетних детей Застрахованного лица в страну проживания, когда несовершеннолетние дети Застрахованного лица, остались без присмотра по причине страхового случая, произошедшего с Застрахованным лицом;

г) проезд сопровождающего лица, когда такое лицо, необходимо при Эвакуации Застрахованного лица, либо при возвращении несовершеннолетних детей Застрахованного лица, оставшихся без присмотра;

д) репатриация – комплекс мероприятий, необходимых для перемещения останков Застрахованного лица любым доступным и адекватным транспортным средством до Республики Узбекистан (или до страны постоянного проживания Застрахованного лица). Условия Репатриации определяются Ассистансом и/или Страховщиком. При этом Ассистанс/Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения.

#### **4.4.4. Иные услуги:**

а) услуги по организации и проведению мероприятий, необходимых для поиска и спасения Застрахованного лица;

б) услуги, связанные с погребением Застрахованного лица на Территории действия Полиса, за исключением ритуальных услуг.

### **5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ**

5.1. События, указанные в Разделе 4 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями и выплаты по ним не производятся, если они произошли:

5.1.1. в результате:

а) любого рода военных действий (независимо от того была объявлена война или нет), террористических актов, гражданской войны, революции, мятежа или других подобных волнений, а также внутренних беспорядков (митингов, бунтов, забастовок, демонстраций);

б) ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного загрязнения в результате утечки или сгорания ядерного топлива;

в) стихийных бедствий, глобальных катастроф, загрязнения окружающей среды, пандемии, эпидемии, карантина.

г) Заболевания COVID-19 и все связанные с ним осложнения, кроме случаев, когда был оплачен соответствующий повышающий тариф.

5.1.2. в связи с:

а) службой/занятием и/или иными действиями Застрахованного лица в любых вооруженных силах и формированиях;

б) любыми последствиями алкоголизма или опьянения, употребления наркотических или токсических веществ, или медикаментов, не предписанных врачом, а также любыми травмами, болезнью или смертью, наступившие в состоянии алкогольного (за исключением случаев, когда алкогольная интоксикация не является прямой причиной внезапного заболевания и/или несчастного случая и/или смерти), наркотического, токсического или иного вида опьянения;

в) хроническими заболеваниями и/или их обострениями/осложнениями и/или иными формами и видами их проявлений. До момента установления диагноза по усмотрению Страховщика могут быть покрыты медицинские расходы (на первую помощь и диагностику) в пределах 400 Евро;

г) онкологическими заболеваниями и/или их обострениями/осложнениями, и/или иными формами и видами их проявления;

д) заболеваниями системы кровообращения, требующими сложного лечения и /или длительного пребывания в стационаре, в том числе кардиохирургического оперативного лечения (включая ангиографию, ангиопластику, шунтирование и т.п.), а также лечением ранних и поздних осложнений, возникших вследствие ранее перенесенных заболеваний системы кровообращения и хирургических вмешательств;

е) заболеваниями (инфаркт, инсульт, сахарный диабет, почечная недостаточность, туберкулёз, цирроз печени и т.п.), возникновение которых происходит в результате неблагоприятных факторов (нездорового образа жизни, алкоголизма, курения, ожирения и т.п.)

и в течении длительного времени и/или в связи с наличием других заболеваний, требующих сложного лечения и/или длительного пребывания в медицинском учреждении. В случае первичного обнаружения вышеуказанных заболеваний, Страховщик по своему усмотрению может покрыть медицинские расходы Застрахованного лица в пределах 800 Евро;

ж) венерическими заболеваниями и заболеваниями передаваемых половым путем, и их последствиями, а также ВИЧ/СПИД;

з) психическими заболеваниями, в том числе депрессий, эпилептическими припадками, истериками, стрессовыми реакциями, паническими атаками и т.п., а также заболеваниями центральной нервной системы (полиомиелит, энцефалит, менингит и т.п.);

и) наследственными заболеваниями или их обострениями/ осложнениями и/или иными формами и видами их проявления;

к) профессиональными заболеваниями или их обострениями/ осложнениями и/или иными формами и видами их проявления

л) с беременностью свыше 30 недель, родами и их осложнениями. При беременности до 30 недель по усмотрению Страховщика могут быть покрыты расходы при наступлении внезапного заболевания/несчастного случая, связанные меры по спасению жизни, а также перевозке по доставке пострадавшей Застрахованной до ближайшей больницы в пределах 800 евро;

м) лечением бесплодия, контрацепцией и искусственным осеменением, экстракорпоральным оплодотворением;

н) событиями, произошедшими в результате выполнения Застрахованным лицом любых форм Опасной работы, кроме случаев, когда был оплачен соответствующий повышающий тариф;

5.2. В рамках настоящих Правил, страховым случаем также не являются, и Страховщик освобождается от страховой выплаты в следующих случаях:

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

б) заболевания, по которым предпринимаемое Путешествие было противопоказано Застрахованному лицу по состоянию его здоровья;

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

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

д) нетрадиционными способами лечения, официально не признанными наукой и медициной;

е) оказание Услуг лицом (либо Учреждением), которое не имеет соответствующего разрешения или Лицензии или права на осуществление медицинской деятельности;

ж) любое профилактическое мероприятие, вакцинация, дезинфекция, санаторно-курортное лечение, восстановительно и оздоровительно лечение, гелиотерапия, водолечение, физиотерапия, мануальная терапия, массаж любого вида и т.п.;

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

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

к) лечение в стране постоянного проживания или в стране, гражданином которой является Застрахованное лицо.

5.3. По настоящим Правилам страховым случаем также не признаются события, произошедшие в результате:

а) несчастного случая, произошедшего в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством без соответствующего разрешения/права, а также при передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии

алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения или не имеющему соответствующего права на управление транспортным средством;

б) несчастного случая, произошедшего в результате занятия любыми видами спорта на любительском уровне, кроме случаев, когда был оплачен соответствующий повышающий тариф. Такими видами спорта, как: альпинизм; трекинг; спелеология; зимние виды спорта; воздушные виды спорта; боевые виды спорта; дайвинг (подводное плавание, ныряние); рафтинг; езда на квадроциклах; мотороллерах; мопедах, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд лицензированным перевозчиком; скутерах; водных скутерах;

в) несчастного случая, произошедшего в результате занятия любыми видами спорта на профессиональном уровне, кроме случаев, когда был оплачен соответствующий повышающий тариф. В любом случае не покрываются расходы Застрахованного лица, возникшие в результате катания на горных лыжах и сноуборде вне предназначенных для этих целей и специально оборудованных трассах, подводного плавания и/или ныряния на глубину более 30 (тридцати) метров, а также занятия этими видами спорта в Северном Ледовитом океане и прилегающих к нему морях, горным альпинизмом, спелеологией, хелибордом, мотоспортом, даунхиллом, прыжками с парашютом, бобслеем, планеризмом, дельтапланеризмом, парапланеризмом, параглайдингом, автоспортом, боксом, кикбоксингом, тайским боксом, боями без правил, теми видами спорта, которые связаны с прыжками с высоты, применением фигур с акробатическими элементами или без них;

г) несчастных случаев, спровоцированных Застрахованным лицом умышленно (в том числе в сговоре с третьими лицами) и направленных на наступление страхового случая, в том числе в целях самоубийства и его последствий;

д) несчастных случаев, произошедших в результате участия Застрахованного лица в пари и преступлениях, а также в драке, за исключением действий, связанных с выполнением им своего гражданского долга или защиты своей жизни, здоровья, чести и достоинства (или третьих лиц);

е) совершения Застрахованным лицом противоправного действия, которое послужило причиной наступления страхового случая;

ж) несчастных случаев, произошедших вследствие любых форм полётов, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелётом по определенному маршруту

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА**

6.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению Сторон, в зависимости от выбранной Страхователем Программы страхования, которая указывается в Полисе.

6.2. Страховая сумма может определяться сторонами как в национальной валюте Республики Узбекистан, так и в свободно конвертируемой валюте.

6.3. Лимиты в разрезе покрываемых Услуг устанавливаются Программой страхования.

## **7. ТАРИФЫ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ**

7.1. Страховая премия устанавливается исходя из страховой суммы, выбранного покрытия Услуг и страхового тарифа, и указывается в Полисе.

7.2. При определении страховой премии, Страховщик вправе применить повышающие или понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от страны пребывания, периода страхования, возраста Застрахованного лица, цели путешествия, сферы деятельности, профессии, а также других факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

7.3. При определении размера страховой премии по Полису, оформляемому в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста два) дней, дополнительно включенные в период действия Полиса 15 (пятнадцать) дней не учитываются.

7.4. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно – единым платежом за весь период страхования в течении 5 (пяти) рабочих дней со дня устного или письменного обращения Страхователя путем безналичного перечисления денежных средств на банковский

счет Страховщика или наличными деньгами (Страхователь – физическое лицо) через кассу банка или страховому агенту Страховщика.

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

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

8.1. В случае если Страхователем выступает физическое лицо, Договор страхования может быть заключен на основании устного обращения или письменного Заявления-анкеты.

В случае если Страхователем выступает юридическое лицо, одновременно с Заявлением-анкетой Страхователь предоставляет список Застрахованных лиц, в отношении которых заключается Договор страхования. Для заключения Договора страхования Страховщиком может быть затребована дополнительная информация, влияющая на определение степени риска наступления страхового случая.

8.2. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении принимаемого на страхование лица. Страховщик вправе провести предварительное медицинское обследование принимаемого на страхование лица для оценки состояния его здоровья.

8.3. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу) подписанного Полиса с приложением условий страхования настоящих Правил. Согласие Страхователя на заключение Договора страхования на предложенных условиях подтверждается принятием им Полиса и оплатой страховой премии.

8.4. Полис выдается в течении 3 (трех) рабочих дней после уплаты Страхователем страховой премий.

8.5. В случае утери Полиса Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право получить дубликат Полиса. При этом дубликат Полиса выдается на основе письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица), а утерянный Полис является не действительным и никаких выплат по нему не производится.

## **9. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Договор страхования вступают в силу с момента оформления Полиса и уплаты страховой премии, и действует в течение Периода страхования.

9.2. Период страхования по Полису устанавливается соответственно сроку пребывания Застрахованного лица за пределами Республики Узбекистан, но не более одного года.

9.3. Полис не действует в той стране, где Застрахованное лицо имеет постоянное место жительства и/или гражданином которой оно является.

9.4. Период страхования начинается в 00:00:00 часов дня, указанного в Полисе как дата начала периода действия Полиса, но не ранее момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при въезде в страну пребывания) и заканчивается с момента пересечения Застрахованным лицом границы территории действия Полиса (отметка пограничных служб в паспорте при выезде из страны пребывания), но не позднее 23:59:59 часа дня, указанного в Полисе как дата окончания периода действия Полиса.

9.5. Обязательства Страховщика по страховой выплате продолжают действовать в течении 90 дней по истечении Периода страхования, если возвращение Застрахованного лица из путешествия к окончанию Периода страхования невозможно, по причине госпитализации Застрахованного лица, вызванной страховым случаем, что подтверждается соответствующими медицинскими документами.

9.6. При оформлении Полиса в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, к количеству дней путешествия добавляются дополнительные 15 (пятнадцать) дней, которые указываются в Периоде страхования.

9.7. Если полис предусматривает многократные путешествия Застрахованного лица за рубеж, независимо от количества его путешествия в период действия Полиса, то период страхования зависит от выбранного плана многократных путешествий (план «Multi») следующим образом:

Название плана	Период страхования	Период действия Полиса
Multi I	до 30 дней	не более 92 дней
Multi II	до 90 дней	не более 183 дней
Multi III	до 90 дней	не более 365 дней
Multi IV	до 180 дней	не более 365 дней

9.8. В случае изменения сроков пребывания за рубежом, Страхователь должен письменно сообщить об этом Страховщику за 24 часа до даты начала Периода действия Полиса. В этом случае Страховщик заменит ранее выданный Полис с возвратом или доплатой разницы в страховой премии.

9.9. Действие Полиса прекращается в случаях:

- а) истечения срока Периода страхования;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по Полису в полном объеме;
- в) в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

9.10. При досрочном прекращении Полиса до даты начала Периода действия Полиса, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в полном объеме.

9.11. При досрочном прекращении Полиса после даты начала Периода действия Полиса, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию пропорционально за не истекший Период Страхования.

9.12. Расчет страховой премии за неистекший Период страхования по Полису, оформленному в страны Шенгенского соглашения на срок до 92 (девяноста двух) дней, производится за минусом дополнительных 15 (пятнадцати) дней Периода страхования, прибавленных в соответствии с условиями п.9.6. настоящих Правил.

9.13. В случае, если в течение периода действия Полиса произошел страховой случай, по которому Страховщик выполнил или выполняет свои обязательства, а также если Страхователь заявил об отказе от страхования после окончания периода страхования, при этом в паспорте Застрахованного лица имеется действующая виза на путешествие/поездку, уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

9.14. Полис признается недействительным в случае, если Страхователь представил Страховщику заведомо ложные сведения и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан.

## 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Застрахованное лицо имеет право:

- а) при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Полису, заключенному в его пользу;

10.2. Застрахованное лицо обязано:

- а) в период действия Полиса незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при оформлении Полиса, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени риска наступления страхового случая. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в декларации Полиса.

б) при наступлении события незамедлительно обратиться в Ассистанс по телефонам, указанным в Полисе, и выполнить действия, предусмотренные Разделом 11 настоящих Правил.

10.3. Страховщик обязан:

- а) вручить Страхователю (Застрахованному лицу) Полис не позднее пятидневного срока после уплаты страховой премии с приложением условий страхования настоящих Правил;

б) при страховом случае произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) или оплатить расходы Застрахованного лица, оговоренные настоящими Правилами, в установленном порядке и сроки;

в) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице) и их имущественном положении.

10.4. Страховщик имеет право:

а) требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель);

б) потребовать признания Полиса недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством Республики Узбекистан, в случае установления после оформления Полиса, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 10.5.а) и 10.2. а) настоящих Правил.

Страховщик не может требовать признания Полиса недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали;

в) направить к пострадавшему Застрахованному лицу своего доверенного врача-эксперта для обследования его состояния и изучения истории его болезни;

г) отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Разделом 13 настоящих Правил.

д) потребовать изменения условий страхования или уплаты дополнительной страховой премии в случае уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Полиса в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Узбекистан;

10.5. Страхователь обязан:

а) при оформлении Полиса сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в декларации Полисе;

б) своевременно уплачивать страховую премию;

в) ознакомить Застрахованное лицо с условиями страхования по настоящим Правилам;

## **11. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ**

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

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

11.2. В зависимости от обстоятельств страхового события и характера требуемой помощи, Ассистанс, при определении наступившего события страховым случаем, содействует Застрахованному лицу в организации необходимых Услуг, предусмотренных Полисом.

11.3. В случае невозможности позвонить в Ассистанс до консультации с врачом или отправки в клинику, Застрахованное лицо должно это сделать при первой возможности. В любом случае, до осуществления оплаты счетов/расходов, Застрахованное лицо должно

сообщить о случившемся в Ассистанс или Страховщику и предъявить медицинскому персоналу Полис.

11.4. В силу объективных обстоятельств (срочность и неотложность оказания медицинской помощи, потеря связи с заявителем, выходные дни, часовые пояса, отсутствием соглашения Ассистанса или недостижимостью конкретного медицинского учреждения по техническим причинам и т.п.) Ассистанс или Страховщик оставляет за собой право предложить Застрахованному лицу получение медицинских услуг на территории иностранных государств, непосредственно обратиться в медицинское учреждение, самостоятельно оплачивать медицинские и другие услуги в стране пребывания.

11.5. При невозможности связаться с Ассистансом, Застрахованное лицо может самостоятельно оплатить расходы, связанные с необходимостью получения медицинской помощи при внезапном заболевании и/или несчастном случае, и, для их последующего возмещения, должен обратиться к Страховщику в письменной форме, предоставив:

а) Заявление на возмещение расходов в связи с необходимостью получения медицинской помощи, с обоснованием причин, препятствующих обращению в Ассистанс для организации оказания необходимой медицинской помощи, и указанием размера понесенных расходов;

б) Полис или его копию;

в) Оригинал справки-счета из Учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием необходимых данных: фамилия пациента, диагноз, дата обращения за Услугами, продолжительность лечения, и т.п.;

г) Оригинал счета Учреждения с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных Услуг;

д) Оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;

е) Оригинал выданного врачом направления на прохождение лабораторных исследований и полученные результаты, и счет из лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных Услуг.

ж) Оригиналы документов, подтверждающие факт оплаты Услуг (штамп об оплате, расписка в получении денежных средств, подтверждение банка о перечислении суммы и т.п.);

з) Информацию о банковских реквизитах Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) для осуществления страховой выплаты.

Вышеуказанные документы должны быть предоставлены Страховщику в течении 30 (тридцати) календарных дней со дня наступления страхового события, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня возвращения застрахованного лица из путешествия.

11.6. Для получения страховой выплаты при наступлении смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая в Путешествии Выгодоприобретатель должен предоставить:

а) Заявление о страховой выплате с изложением причин и обстоятельств страхового события

б) Полис или его копию;

в) Детальное описание обстоятельств несчастного случая и по возможности имена и координаты свидетелей;

г) Протокол (документ) правоохранительных органов в отношении несчастного случая (если дело рассматривалось правоохранительными органами);

д) Официальное свидетельство о смерти Застрахованного лица, или судебное решение, о том, что Застрахованное лицо объявлено умершим или без вести пропавшим (в случае исчезновения Застрахованного лица);

е) Документы, устанавливающие личность Выгодоприобретателя и его законное право на получение страховой выплаты.

ж) Информацию о банковских реквизитах Выгодоприобретателя для осуществления страховой выплаты.

Вышеуказанные документы должны быть предоставлены Страховщику в течении 30 (тридцати) календарных дней со дня наступления страхового события.

11.7. Застрахованное лицо обязано принять все меры для передачи неиспользованных проездных документов Ассистансу/Страховщику, либо возместить их стоимость. При этом

Ассистанс/Страховщик вправе по своему усмотрению распорядиться неиспользованными проездными документами, полученными от Застрахованного лица, либо удержать их стоимость при осуществлении Страхового обеспечения.

11.8. Для осуществления страховой выплаты Страховщик принимает только оплаченные счета.

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

11.10. Страховщик вправе принять решение о признании или не признании страхового случая без требования предоставления полного перечня документов, указанных в настоящем Разделе, либо затребовать другие документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая.

11.11. По требованию Страховщика, документы, указанные в пунктах 11.5 и 11.6 настоящих Правил (составленные на иностранном языке ином, чем русский и английский) подлежат заверенному переводу за счет собственных средств Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).

11.12. В любом случае доказательство факта наступления страхового случая, ответственности Страховщика по страховой выплате и обоснование суммы убытков лежит на Страхователе/Застрахованном лице или Выгодоприобретателе.

11.13. Если Застрахованное лицо заявляет о страховом событии нарушая требования пункта 11.3. настоящих Правил, то он обязан доказать Страховщику невозможность более скорого сообщения о случившемся.

11.14. Если по фактам, послужившим причиной наступления страхового события, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принятия решения о страховой выплате может быть отсрочено до окончания расследования или судебного разбирательства.

## **12. РАЗМЕРЫ И ПОРЯДОК СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

12.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты Учреждению (непосредственно либо через/при содействии Ассистанса) в качестве оплаты за оказанные услуги Застрахованному лицу, либо оплаты Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в качестве компенсации понесенных им расходов.

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

12.3. Страховая выплата при компенсации расходов Застрахованного лица производится по счетам, оплаченным Застрахованным лицом.

12.4. При наступлении смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая, Страховщик производит страховую выплату в пределах соответствующего Лимита, установленного Программой страхования Застрахованного лица.

12.5. Страховая выплата при компенсации расходов Застрахованного лица осуществляется Страховщиком в течении 10 (десяти) рабочих дней со дня признания произошедшего события страховым случаем и подписанием Акта о страховом случае. Решение о признании или непризнании произошедшего события принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после предоставления документов, указанных в пункте 11.5. или 11.6. настоящих Правил.

12.6. Страховая выплата при компенсации расходов Застрахованного лица производится в национальной валюте Республики Узбекистан – Сум, по курсу Центрального банка Республики Узбекистан, установленного к иностранной валюте, на дату осуществления страховой выплаты.

12.7. Страховая выплата при компенсации расходов Застрахованного лица производится путем единовременного перечисления денежных средств на лицевой счет Застрахованного лица, либо лица, правомочного в получении страховой выплаты, в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая.

12.8. Общий размер страховой выплаты, осуществленный Страховщиком по одному или нескольким страховым случаям, не может превышать размер страховой суммы и Лимитов по каждой услуге Программы страхования, указанных в Полисе Застрахованного лица.

### **13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

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

- а) нарушения пунктов 11.3., 11.5., 11.6., 11.7. настоящих Правил;
- б) предоставления Страховщику документов с заведомо ложной информацией;
- в) умышленных действий и содействия Страхователя (Застрахованного лица) в увеличении размера убытков, подлежащих страховой выплате Страховщиком в связи со страховым случаем;
- г) в отношении Застрахованного лица, которое отказывается (письменно или устно) от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая, в том числе от Эвакуации, необходимой по состоянию здоровья Застрахованного лица;
- д) в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Узбекистан.

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

### **14. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

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

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

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

### **15. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

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

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

15.3. В случае разночтений, возникающих из различного толкования положений настоящих Правил на русском и английском языках, текст Правил на русском языке имеет приоритет.

15.4. Взаимоотношения сторон, неописанные в настоящих Правилах, регулируются в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

## RULES

### INSURANCE OF PERSONS GOING ABROAD

(DEVELOPED ON THE BASIS OF THE INSURANCE RULES IN CLASS 1 AND CLASS 2 OF THE GENERAL INSURANCE INDUSTRY)

#### I. GENERAL PROVISIONS

1.1. These Insurance Rules for Persons Going Abroad (hereinafter referred to as the “Rules”) are developed in accordance with the legislation of the Republic of Uzbekistan governing insurance, and on the basis of the Accident Insurance Rules (Class 1), and on the Health Insurance Rules (Class 2) deposited by the State Inspectorate for Insurance Supervision under the Ministry of Finance of the Republic of Uzbekistan.

1.2. Based on these Rules, ASIA INSHURANS Insurance Company LLC (hereinafter referred to as the Insurer) enters into insurance contracts with individuals and legal entities (hereinafter referred to as the Insureds), the conditions of which ensure insurance payments in the event of accidents with the Insured person and / or expenses incurred due to illness or health problems of the Insured Person during the Period and in the Territory of the Insurance Policy.

1.3. The main definitions used in these Rules:

**Insurance contract** is a written agreement in accordance with the terms of which the Insurer undertakes to make an insurance payment upon the occurrence of an insured event, and the Insured undertakes to pay insurance premiums on time.

**Insurance policy (Policy)** - a document certifying the fact of concluding an Insurance Contract and issued to the Insured after payment of the insurance premium by him.

**Insured person** - an individual whose property interests related to his life and health are the object of insurance and in whose favor the Insurance Contract is concluded, unless another person is named in it as the Beneficiary.

**Beneficiary** - a person indicated in the Policy as the recipient of insurance payment with the written consent of the Insured person.

In case of death of the Insured person specified in the Policy, in which the Beneficiary is not named, the heirs of the Insured person are recognized as Beneficiaries.

**Sum insured** - the amount of money determined by the Policy and representing the maximum amount of the Insurer's obligations to the Insured person.

**Limit** - the amount of money representing the maximum amount of insurance payment for the Services under the Insurance Program.

**Insurance premium** - insurance fee that the Insured is obligated to pay to the Insurer in the manner and within the time periods established in these Rules.

**Insurance payment** - money paid to the Insured person (Beneficiary) as compensation for his expenses incurred by him in case of an insured event, or transferred to the Institution (directly or through / with the assistance of Assistance) as payment for the services rendered to the Insured person in case of an insured event specified in these Rules.

**Insurance period** - the period of time during which the Policy is valid. The Insurer is liable for insured events that occur during the Insurance Period specified in the Policy.

**Territory of the Policy** means the country (countries) or geographic area (in accordance to the selected insurance program) indicated in the Policy, within which the Insurer, upon the occurrence of an insured event, is liable for insurance payments.

**Travel** - the trip of the Insured Person beyond the borders of the Republic of Uzbekistan, calculated in the number of days

**Insurance program** - a list of insurance coverings developed and approved by the Insurer that consists of services with relevant sum insured and Limits, according to which the Insurer makes insurance payment upon occurrence of an insured event.

**Institution** - a medical (medical and preventive and other types of institutions providing medical services), or other institution in which the Services are provided.

**Services** - medical, medical transport and other services provided for by the Insurance Program that are provided to the Insured person upon occurrence of an Insured Event.

**Assistance Service (Assistance)** is a specialized organization, which, on behalf of the Insurer, provides round-the-clock assistance to the Insured person in organizing, receiving and providing the necessary services in case of insured events. Assistance has the right to control the quality and scope of services provided to the Insured person.

**Sudden illness** is a disease (any detectable change in the health status of the Insured person) that occurred unexpectedly during the period of the Policy and requiring the provision of emergency and (or) emergency medical care, provided that the event:

- a) arose during the Period and in the Territory of the Policy;
- b) requires the need for the Insured person to seek medical services;
- c) is not indicated as an exception to insured events under these Rules.

**Emergency care** - medical care that requires immediate intervention to prevent the progression in the body of the Insured Person of the failure of vital organs and systems, and directly threatening the life and health of the Insured person.

**Chronic disease** is a long-lasting disease with damage to organs and systems of the human body, characterized by periods of exacerbation and remission, including a disease that occurred in the body of the Insured person before the conclusion of the Policy (whether the Insured person was aware of it or not).

**Accident** - a sudden, short-term, event independent of the will of the Insured person that affects the human body from the outside and causes traumatic injury, other health problems and / or death.

**Another health disorder** - bodily injury from burns, explosion, lightning or electric shock; poisoning with chemicals (industrial or domestic) and / or burns caused by inhalation or contact with toxic and / or burning substances, vapors or gases; frostbite, drowning, attack by intruders or animals; sunstroke, accidental ingestion of a foreign body into the respiratory tract, accidental poisoning by poisonous plants.

**Covid-19** - Coronavirus 2019-nCoV - Potentially Severe Acute Respiratory Infection Caused by SARS-CoV-2 Coronavirus (2019-nCoV)

**Medical evacuation (Evacuation)** - a set of measures necessary from a medical point of view to move a sick Insured person with any accessible and adequate vehicle from one place to another and / or to the Republic of Uzbekistan (or to the country of permanent residence of the Insured person).

The conditions and procedure for carrying out the Evacuation are determined by the Insurer and / or Assistance based on medical information (instructions) indicating and / or determining the circumstances of the need for evacuation.

**Repatriation** - a set of measures necessary to move the remains of the Insured person by any and adequate vehicle to the Republic of Uzbekistan) or to the country of permanent residence of the Insured person). The conditions for repatriation are determined by the Assistance and / or the Insurer.

**Prescription** - means a written prescription by a doctor for the use of medicines and / or the use of medications.

**Dangerous form of work** is working conditions (work, craft, profession), which during the shift (or part thereof) pose a threat to life and increase the risk of severe forms of acute occupational injury. Such working conditions may include: a) work underground, at sea, in metallurgy, in construction and / or demolition and demolition of buildings, etc .; b) work related to weight lifting and great effort; with moving and dangerous mechanisms; c) with explosive, poisonous or radioactive substances, etc.

## **2. SUBJECTS OF INSURANCE**

2.1. Under these Rules, Insureds are legal entities or individuals - residents, non-residents of the Republic of Uzbekistan and stateless persons with full civil legal capacity, who enter into specific insurance relations with the Insurer and pay insurance premiums to the Insurer.

2.2. ASIA INSHURANS Limited Liability Company acts as the Insurer under these Rules and carries out insurance activities in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

2.3. The Insureds are entitled to carry out this insurance in favor of third parties who will be the Insured persons. Under these Rules, only individuals can be Insured persons.

2.4. If the Policy is not concluded in favor of a third party, then the Insured person is the Insured himself - an individual. In this case, insurance is carried out in his favor, all rights and obligations of the Insured person provided for by these Rules apply to him.

2.5. In the event of the death of the Insured person, unless a different Beneficiary is named than the Insured person, the right to receive insurance payments shall be transferred to the heirs of the Insured person under the law.

## **3. OBJECTS OF INSURANCE**

3.1. The objects of insurance under these Rules are the property interests of the Insured person that do not contradict the legislation of the Republic of Uzbekistan related to his life and health during his stay in the Territory of insurance coverage specified in the Policy.

## **4. INSURANCE EVENTS**

4.1. An insured event is an event that actually occurs, provided for by these Rules, that occurred during the Period and in the Territory of the Policy, upon the occurrence of which there arises the obligation of the Insurer to make insurance payment.

4.2. Insurance events in accordance with these Rules are a sudden illness, accident, and also the death of the Insured person, provided that these events occurred during the Insurance Period in the Territory of the Policy and are not subject to the exclusions of these Rules.

4.3. Under these Rules, insurance covers the following Services:

### **4.3.1. Medical services:**

- a) outpatient and inpatient (in the standard type ward) treatment in the Institutions;
- b) receptions and consultations of specialists of various profiles;
- c) diagnostic and laboratory research services;
- d) prescribed (according to a doctor's prescription) medicines, dressings, as well as fixative agents and others (gypsum, bandage, etc.)

### **4.3.2. Dental Services:**

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

### **4.3.3. Medical transport services:**

- a) Evacuation from the scene to the nearest Institution, or to the nearest doctor, or from one Institution to another (within the country of temporary residence), or to the country of residence

of the Insured person. In this case, the decision on the appropriateness of the Evacuation is made only by authorized Assistance doctors and / or the Insurer;

b) the Insured person's travel to the airport of the country of residence if the Insured person's departure did not take place on the day specified in his travel documents due to the occurrence of the Insured Event, which necessitated in-patient treatment of the Insured person;

c) the travel of the minor (children) of the Insured person to the country of residence when the minor of the Insured person are left unattended due to an insured event that has occurred with the Insured person;

d) travel of an accompanying person when such a person is necessary during the Evacuation of the Insured person, or upon the return of minor of the Insured person who remained unattended;

e) repatriation - a set of measures necessary for moving the remains of the Insured person by any accessible and adequate vehicle to the Republic of Uzbekistan (or to the country of permanent residence of the Insured person). The conditions for repatriation are determined by the Assistance and / or the Insurer. At the same time, the Assistance / Insurer is not liable in case of non-observance by the carrier of the timetable.

#### **4.4.4. Other services:**

a) services for the organization and conduct of activities necessary for the search and rescue of the Insured person;

b) services related to the burial of the Insured person in the Territory of the Policy, with the exception of funeral services.

## **5. EXCLUSIONS FROM INSURANCE EVENTS**

5.1. The events referred to in Section 4 of these Rules are not recognized as insured events and payments are not made if they occurred:

5.1.1. as a result of:

a) any kind of military action (regardless of whether a war was declared or not), terrorist acts, civil war, revolution, rebellion or other similar unrest, as well as internal unrest (rallies, riots, strikes, demonstrations);

b) a nuclear explosion, radiation, radioactive or other pollution resulting from the leakage or combustion of nuclear fuel;

c) natural disasters, global disasters, environmental pollution, pandemics, epidemics, quarantine.

d) COVID-19 and all related complications, unless the corresponding increasing rate is paid

5.1.2. in connection with:

a) service / occupation and / or other actions of the Insured person in any armed forces and formations;

b) any consequences of alcoholism or intoxication, the use of narcotic or toxic substances, or medications not prescribed by a doctor, as well as any injuries, illness, or death resulting from an alcoholic state (except in cases where alcohol intoxication is not a direct cause of a sudden illness and / or accident and / or death), narcotic, toxic or other type of intoxication;

c) chronic diseases and / or their exacerbations / complications and / or other forms and types of their manifestations. Until the diagnosis is established, at the discretion of the Insurer, medical expenses (for first aid and diagnostics) up to 400 € can be covered;

d) oncological diseases and / or their exacerbations / complications, and / or other forms and types of their manifestation;

e) diseases of the circulatory system requiring complex treatment and / or prolonged hospital stay, including cardio surgical treatment (including angiography, angioplasty, bypass surgery, etc.), as well as treatment of early and late complications arising from previously transferred diseases circulatory systems and surgical interventions;

f) diseases (heart attack, stroke, diabetes mellitus, renal failure, tuberculosis, cirrhosis of the liver, etc.), which occur as a result of adverse factors (unhealthy lifestyles, alcoholism, smoking, obesity, etc.) and for a long time and / or in connection with the presence of other diseases requiring complex treatment and / or a long stay in a medical institution. In the event of the initial detection of the above diseases, the Insurer, at its discretion, may cover the medical expenses of the Insured person within 800 €;

g) sexually transmitted diseases and sexually transmitted diseases, and their consequences, as well as HIV / AIDS;

h) mental illness, including depression, epileptic seizures, tantrums, stress reactions, panic attacks, etc., as well as diseases of the central nervous system (polio, encephalitis, meningitis, etc.);

i) hereditary diseases or their exacerbations / complications and / or other forms and types of their manifestation;

j) occupational diseases or their exacerbations / complications and / or other forms and types of their manifestation

k) with a pregnancy of more than 30 weeks, childbirth and their complications. In case of pregnancy up to 30 weeks, at the discretion of the Insurer, expenses may be covered in case of a sudden illness / accident, related measures to save a life, as well as the injured Insured person to the nearest hospital within 800 €;

l) treatment of infertility, contraception and artificial insemination, in vitro fertilization;

m) events that occurred as a result of the performance by the Insured person of any form of Dangerous Work, unless the increasing tariff is paid;

5.2. Within the framework of these Rules, they are also not an insured event, and the Insurer is exempted from insurance payment in the following cases:

a) the provision of services that are not related to the insured event (sudden illness and / or accidents), or are not medically necessary, or have not been prescribed by the attending physician;

b) diseases for which the undertaken Travel was contraindicated to the Insured person due to his health condition;

c) the diseases for the treatment of which the Journey has been undertaken, as well as any consequences associated with such treatment;

d) cosmetic / plastic surgery, treatment associated with the elimination of imperfections in appearance or bodily anomalies, as well as with any kind of prosthetics, including dental and ocular;

e) non-traditional methods of treatment that are not officially recognized by science and medicine;

f) the provision of Services by a person (or Institution) who does not have an appropriate permit or License or the right to carry out medical activities;

g) any preventive measure, vaccination, disinfection, spa treatment, rehabilitation and wellness treatment, heliotherapy, hydrotherapy, physiotherapy, manual therapy, massage of any kind, etc.;

h) the provision of additional comfort (tickets - "business" and "first" class, "luxury" ward, TV, telephone, air conditioning, humidifier), as well as payment for hairdresser, massage therapist, cosmetologist, translator, etc.);

i) the provision of devices for improving vision (glasses and frames, lenses, magnifiers, etc.), as well as other auxiliary means (dentures, crutches, etc.);

j) treatment in the country of permanent residence or in the country of which the Insured person is a citizen.

5.3. According to these Rules, events that occur as a result of:

a) an accident that occurred as a result of driving a vehicle by the Insured person without a corresponding permit / right, as well as when the Insured person transferred a vehicle control to a person who is intoxicated, intoxicated, toxic or otherwise, or does not have the corresponding right to drive a vehicle;

b) an accident that occurred as a result of engaging in any kind of sports at an amateur level, unless the increasing tariff is paid, such sports as: climbing, trekking, speleology, winter sports, air sports, combat sports, diving (scuba diving, diving), rafting, riding on ATVs, scooters, mopeds, scooters, water scooters, except for those made as a passenger who paid for travel to licensed carriers;

c) an accident that occurred as a result of engaging in any kind of sport at a professional level, except when an additional tariff was paid. In any case, the expenses of the Insured person are not covered as a result of skiing and snowboarding outside specially designed tracks for this purpose, scuba diving or diving to a depth of more than 30 (thirty) meters, as well as practicing these sports in the Arctic ocean and adjacent seas, mountaineering, caving, heliboarding, motorcycling, downhill, kiteboard, parachuting, bobsledding, gliding, paragliding, motorsport, boxing, kickboxing, Thai boxing, no-fights, hot air ballooning (not as a passenger), windsurfing, those sports that are associated with jumping from a height, using figures with or without acrobatic elements;

d) accidents caused by the Insured person intentionally (including in collusion with third parties) and aimed at the occurrence of an insured event, including for the purpose of suicide and its consequences;

e) accidents resulting from the participation of the Insured person in betting and crimes, as well as in a fight, with the exception of actions related to the fulfillment of his civil duty or protection of his life, health, honor and dignity (or third parties);

f) the Insured person commits an unlawful action that caused the insured event to occur;

g) accidents that occurred as a result of any form of flight, except on a passenger who paid for a regular flight or a licensed charter flight on a particular route

## **6. SUM INSURED**

6.1. The Sum insured is established by agreement of the Parties, depending on the insurance program chosen by the Insured, and is indicated in the Policy.

6.2. The Sum insured can be determined by the parties both in the national currency of the Republic of Uzbekistan and in freely convertible currency.

6.3. Limits in the context of covered Services are established by the Insurance Program.

## **7. RATES AND PAYMENT PROCEDURE FOR INSURANCE AWARD**

7.1. The insurance premium is established based on the Sum insured, the selected coverage of the Services and the insurance rate, and is indicated in the Policy.

7.2. When determining the insurance premium, the Insurer has the right to apply increasing or decreasing coefficients to the basic insurance tariffs, depending on the country of residence, the period of insurance, the age of the Insured person, the purpose of travel, field of activity, profession, as well as other factors affecting the risk of the insured event.

7.3. When determining the size of the insurance premium for the Policy drawn up in the Schengen countries for a period of up to 92 (ninety-two) days, the additional 15 (fifteen) days included in the policy period are not taken into account.

7.4. The Insurance Premium shall be paid by the Insured at a time - in a single payment for the entire insurance period within 5 (five) business days from the day of the oral or written request of the Insured by cashless transfer of funds to the Insurer's bank account or in cash (the Insured is an individual) through the bank cash desk or to the insurance to the agent of the Insurer.

7.5. The insurance premium is paid in national currency - UZS at the foreign currency exchange rate established by the Central Bank of the Republic of Uzbekistan on the date of payment of the Insurance premium, unless otherwise specified in a separate agreement.

## **8. ORDER OF CONCLUSION OF THE INSURANCE AGREEMENT**

8.1. If the Insured is an individual, the Insurance Contract may be concluded on the basis of an oral appeal or a written Application Form.

If the Insured is a legal entity, simultaneously with the Application form, the Insured provides a list of the Insured persons in respect of which the Insurance Contract is concluded. In order to conclude an Insurance Contract, the Insurer may require additional information that affects the determination of the degree of risk of an insurance event.

8.2. When concluding the Insurance Contract, the Insured is obliged to inform the Insurer of all circumstances known to him that are essential for determining the degree of risk in relation to the person accepted for insurance. The insurer has the right to conduct a preliminary medical examination of the person accepted for insurance in order to assess the state of his health.

8.3. The insurance contract is concluded by handing by the Insurer to the Insured (Insured person) the signed Policy with the application of the insurance conditions of these Rules. The Insured's consent to conclude an Insurance Contract on the proposed terms is confirmed by his acceptance of the Policy and payment of the insurance premium.

8.4. The policy is issued within 3 (three) business days after the payment of the insurance premium by the Insured.

8.5. In case of loss of the Policy, the Insured (the Insured person) has the right to receive a duplicate of the Policy. In this case, a duplicate of the Policy is issued on the basis of a written application of the Insured (the Insured Person), and the lost Policy is not valid and no payments are made on it.

## **9. ENTRY INTO FORCE AND DURATION OF THE POLICY. INSURANCE PERIOD**

9.1. The insurance contract comes into force from the moment the Policy is issued and the insurance premium is paid, and is valid during the Insurance Period.

9.2. The insurance period under the Policy is established according to the period of stay of the Insured person outside the Republic of Uzbekistan, but not more than a year.

9.3. The policy is not valid in the country where the Insured person has a permanent residence and / or a citizen of which he is.

9.4. The insurance period begins at 00:00:00 on the day specified in the Policy as the start date of the Policy validity period, but not earlier than the moment the Insured Person crosses the border of the Policy territory (the border services mark in the passport when entering the host country) and ends from the moment of crossing by the Insured person of the border of the territory of the Policy (mark of border services in the passport upon departure from the host country), but no later than 23:59:59 p.m. of the day indicated in the Policy as the end date of the Policy period.

9.5. The obligations of the Insurer regarding insurance payment continue to be valid for 90 days after the expiration of the Insurance Period, if the return of the Insured person from travel to the end of the Insurance Period is not possible due to hospitalization of the Insured person by an insured event, as evidenced by the relevant medical documents.

9.6. When applying for a Policy to the Schengen countries for a period of up to 92 (ninety-two) days, an additional 15 (fifteen) days are added to the number of travel days, which are indicated in the Insurance Period.

9.7. If the policy provides for multiple trips of the Insured person abroad, regardless of the number of his trips during the period of the Policy, the insurance period depends on the selected multiple travel plan ("Multi" plan) as follows:

Plan Name	Insurance Period	Policy Period
Multi I	up to 30 days	no more than 92 days
Multi II	up to 90 days	no more than 183 days
Multi III	up to 90 days	no more than 365 days
Multi IV	up to 180 days	no more than 365 days

9.8. In the event of a change in the length of stay abroad, the Insured must inform the Insurer in writing 24 hours before the start of the Policy Period. In this case, the Insurer will replace the previously issued Policy with a refund or surcharge of the difference in the insurance premium.

9.9. The Policy is terminated in the following cases:

- a) the expiration of the Insurance Period;
- b) the performance by the Insurer of the obligations under the Policy in full;
- c) in other cases provided for by the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

9.10. In case of early termination of the Policy before the start of the Policy Period, the Insurer shall return the paid insurance premium in full.

9.11. In case of early termination of the Policy after the start of the Policy Period, the Insurer shall return the paid insurance premium proportionally for the unexpired Insurance Period.

9.12. The calculation of the insurance premium for the unexpired Insurance Period under the Policy drawn up in the countries of the Schengen countries for a period of up to 92 (ninety two) days is made minus the additional 15 (fifteen) days of the Insurance Period added in accordance with the conditions of clause 9.6. of these Rules.

9.13. In the event that an insured event has occurred during the period of the Policy validity in which the Insurer has fulfilled or is fulfilling its obligations, as well as in the event that the Insured has declared cancellation of insurance after the end of the insurance period, the insurance premium paid is not refundable.

9.14. The policy shall be recognized as invalid if the Insured has provided the Insurer with knowingly false information and in other cases provided for by the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

## **10. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES**

10.1. The Insured person has the right:

a) upon the occurrence of an insured event, require the Insurer to fulfill its obligations under the Policy concluded in its favor;

10.2. The Insured person must:

a) during the validity period of the Policy, immediately inform the Insurer of significant changes that became known to him in the circumstances communicated during the execution of the Policy, if these changes can significantly affect the increase in the risk of an insured event. Significant changes are those expressly specified in the policy declaration.

b) upon the occurrence of the event, immediately contact the Assistance by the phone numbers indicated in the Policy and perform the actions provided for in Section 11 of these Rules.

10.3. The insurer is obliged:

a) to deliver the Policy to the Insured (Insured person) no later than five days after the payment of the insurance premium with the conditions of insurance of these Rules attached;

b) in case of an insured event, make insurance payment to the Insured person (Beneficiary) or pay the expenses of the Insured person stipulated by these Rules in the prescribed manner and terms;

c) not to divulge information received as a result of his professional activities about the Insured (Insured person) and their property status.

10.4. The insurer has the right:

a) require the Insured person to fulfill the obligations stipulated by these Rules, including the obligations that lie with the Insured but not performed by him, upon presentation by the Insured person (Beneficiary) of a claim for insurance payment. The risk of consequences of non-fulfillment or untimely fulfillment of obligations that should have been fulfilled earlier is borne by the Insured person (Beneficiary);

b) require recognition of the Policy as invalid and application of the consequence provided for by the current legislation of the Republic of Uzbekistan, if it is established after the Policy is made that the Insured (the Insured person) has informed the Insurer of false information about the circumstances specified in clause 10.5.a) and 10.2. a) of these Rules.

The Insurer cannot demand recognition of the Policy as invalid if the circumstances, which the Insured has omitted, have already disappeared;

c) send to the affected Insured person his / her trusted expert doctor to examine his condition and study his medical history;

d) refuse insurance payment in cases provided for by Section 13 of these Rules.

e) require a change in the insurance conditions or payment of an additional insurance premium in case of notification of circumstances involving an increased risk.

If the Insured objects to a change in the conditions of insurance or premium insurance premiums, the Insurer has the right to demand termination of the Policy in the manner prescribed by applicable law of the Republic of Uzbekistan;

10.5. The Insured is obliged:

a) upon execution of the Policy, inform the Insurer of all circumstances known to him that are essential for determining the probability of occurrence of the insured event and the amount of possible losses from its occurrence.

Significant circumstances are those specified by the Insurer in the declaration of the Policy;

b) timely pay the insurance premium;

c) familiarize the Insured person with the insurance conditions under these Rules.

## **11. PROCEDURE FOR CONSIDERATION OF CLAIMS**

11.1. Upon the occurrence of an insured event, the Insured person or his representative must immediately contact the Assistance by the phone numbers indicated in the Policy and inform the operator about what happened, notifying the following data:

- Surname, Name, Patronymic;
- Policy number;
- Insurance period;
- name of the Insurer;
- a description of the circumstances of the event and the nature of the assistance required;
- location and contact telephone number for feedback.

11.2. Depending on the circumstances of the insured event and the nature of the assistance required, the Assistance, in determining the occurrence of the insured event, assists the Insured person in organizing the necessary Services provided by the Policy.

11.3. If it is not possible to call Assistance before consulting a doctor or sending to the clinic, the Insured person should do this as soon as possible. In any case, before making the payment of bills / expenses, the Insured person must report the incident to the Assistance or the Insurer and present the policy to the medical staff.

11.4. Due to objective circumstances (urgency and urgency of providing medical care, loss of contact with the applicant, days off, time zones, lack of an Assistance agreement or unreachability of a particular medical institution for technical reasons, etc.) Assistance or the Insurer reserves the right to offer the Insured person receiving medical services on the territory of

foreign countries, he will directly contact a medical institution, independently pay for medical and other services in the host country.

11.5. If it is not possible to contact Assistance, the Insured person can independently pay the costs associated with the need to receive medical care in case of a sudden illness and / or accident, and, for their subsequent compensation, must contact the Insurer in writing, providing:

- a) An application for reimbursement of expenses in connection with the need to receive medical care, with justification of the reasons that impede contacting the Assistance to organize the provision of necessary medical care, and indicating the amount of expenses incurred;
- b) the Policy or its copy;
- c) The original certificate of account from the Institution (on company letterhead or with the appropriate stamp) indicating the necessary data: name of the patient, diagnosis, date of application for the Services, duration of treatment, etc .;
- d) The original account of the Institution, broken down by date, name and cost of the Services provided;
- e) Originals of prescriptions written by a doctor in connection with this disease with a pharmacy stamp and an indication of the cost of each medication purchased;
- f) The original issued by the doctor referral for laboratory tests and the results obtained, and the invoice from the laboratory, disaggregated by date, name and cost of the Services provided.
- g) Originals of documents confirming the fact of payment for the Services (stamp on payment, receipt of receipt of funds, confirmation of the bank about the transfer of the amount, etc.);
- h) Information on the bank details of the Insured person (Beneficiary) for making insurance payment.

The above documents must be provided to the Insurer within 30 (thirty) calendar days from the date of the insured event, but no later than 30 (thirty) calendar days from the day the Insured person returns from the Trip.

11.6. In order to receive insurance payment upon the death of the Insured person as a result of a Travel accident, the Beneficiary must provide:

- a) Application for insurance payment stating the reasons and circumstances of the insurance event
- b) the Policy or its copy;
- c) A detailed description of the circumstances of the accident and, if possible, the names and coordinates of the witnesses;
- d) Protocol (document) of law enforcement agencies in relation to an accident (if the case was considered by law enforcement agencies);
- e) an official death certificate of the Insured person, or a court decision stating that the Insured person is declared dead or missing (in the event of the disappearance of the Insured person);
- f) Documents identifying the Beneficiary and his legal right to receive insurance payment.
- g) Information on the Beneficiary's bank details for making insurance payment.

The above documents must be provided to the Insurer within 30 (thirty) calendar days from the date of the insured event.

11.7. The insured person is obliged to take all measures to transfer unused travel documents to the Assistance / Insurer, or to reimburse their cost. At the same time, the Assistance / Insurer has the right, at its discretion, to dispose of unused travel documents received from the Insured person, or to retain their value in the implementation of insurance coverage.

11.8. To make an insurance payment, the Insurer accepts only paid bills.

11.9. When considering the insurance claim, the Insurer has the right to examine the Insured person at his own expense or to perform an autopsy in case of death of the Insured person.

11.10. The insurer has the right to decide on the recognition or non-recognition of the insured event without requiring the provision of a full list of documents referred to in this Section, or to request other documents necessary to establish the occurrence of the insured event.

11.11. At the request of the Insurer, the documents specified in clauses 11.5 and 11.6 of these Rules (drawn up in a foreign language other than Russian and English) are subject to certified translation at the expense of the Insured person (Beneficiary) own funds.

11.12. In any case, the proof of the occurrence of the insured event, the Insurer's liability for insurance payment and justification of the amount of losses lies with the Insured / Insured person or Beneficiary.

11.13. if the Insured person declares an insurance event in violation of the requirements of clause 11.3. of these Rules, he is obliged to prove to the Insurer the impossibility of a faster report of the incident.

11.14. If, on the facts that caused the occurrence of the insured event, a criminal case has been instituted or a lawsuit has begun, the decision on insurance payment may be delayed until the end of the investigation or trial.

## **12. DIMENSIONS AND PROCEDURE OF INSURANCE PAYMENTS**

12.1. The insurance payment is made by the Insurer by paying to the Institution (directly or through / with the assistance of the Assistance) as payment for the services provided to the Insured person, or by paying to the Insured person (Beneficiary) as compensation for the expenses incurred by him.

12.2. Each Institution's account paid by the Insurer for the Services provided to the Insured person reduces the Sum insured and the corresponding Limit by the amount of the bill paid.

12.3. The insurance payment for compensation of expenses of the Insured person is made on the bills paid by the Insured person.

12.4. In the event of the death of the Insured person as a result of an accident, the Insurer shall make insurance payment within the relevant Limit established by the Insured Person's Insurance Program.

12.5. The insurance payment for compensation of the expenses of the Insured person is carried out by the Insurer within 10 (ten) business days from the date of recognition of the incident as an insured event and the signing of the Act on the insured event. The decision on recognition or non-recognition of the occurrence of an event is made by the Insurer within 15 (fifteen) business days after the submission of the documents specified in clause 11.5. or 11.6. of these Rules.

12.6. The insurance payment for compensation of expenses of the Insured person is made in the national currency of the Republic of Uzbekistan - Sum, at the rate of the Central Bank of the Republic of Uzbekistan established in foreign currency, on the date of insurance payment.

12.7. The insurance payment for the compensation of the expenses of the Insured person is made by a lump sum transfer of funds to the personal account of the Insured person or of a person authorized to receive insurance payments in the event of death of the Insured person as a result of an accident.

12.8. The total amount of the insurance payment made by the Insurer for one or more insured events cannot exceed the amount of the Sum insured and the Limits for each insurance program service specified in the Policy of the Insured person.

## **13. CASES OF REFUSAL INSURANCE PAYMENT**

13.1. The Insurer has the right to fully or partially refuse insurance payment in case of failure to fulfill and / or improper performance by the Insured (Insured person) of the obligations stipulated by these Rules, as well as in the case of:

- a) violation of clauses 11.3., 11.5., 11.6., 11.7. of these Rules;
- b) providing the Insurer with documents with knowingly false information;
- c) intentional actions and assistance of the Insured (the Insured person) in increasing the amount of losses to be paid by the Insurer in connection with the insured event;

d) in relation to the Insured person, who refuses (in writing or verbally) to comply with the doctor's instructions received in connection with the appeal regarding the insured event, including the Evacuation necessary for the health of the Insured person;

e) in other cases stipulated by the legislation of the Republic of Uzbekistan.

13.2. The decision of the Insurer on the refusal of insurance payment shall be notified to the Insured (the Insured person) or to the person authorized to receive the insurance payment in writing within 15 (fifteen) calendar days from the date of their application. In this case, the decision should contain a reasoned justification of the reasons for the refusal.

#### **14. RESPONSIBILITY OF THE PARTIES**

14.1. For non-fulfillment or improper fulfillment of obligations undertaken, the Parties are liable in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

14.2. The parties are exempt from liability if their failure to fulfill their obligations was caused by force majeure circumstances (such as: natural disasters, fires, floods, earthquakes, etc., strikes, civil wars, etc.). A party exposed to force majeure circumstances is obliged to immediately notify the other Party of the occurrence and possible duration of the specified circumstances within 30 (thirty) calendar days.

14.3. If force majeure circumstances will continue for more than 3 (three) months, each of the Parties will have the right to refuse to fulfill obligations under the Policy.

#### **15. SETTLEMENT OF DISPUTES**

15.1. In the event of disputes, claims or disagreements on issues stipulated by these Rules or in connection with it, including those related to its execution and violation, the Parties will take measures to resolve them through negotiations.

15.2. If it is impossible to resolve disputes, disagreements or claims, they shall be resolved in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.

15.3. In case of discrepancies arising from a different interpretation of the provisions of these Rules in Russian and English, the text of the Rules in Russian takes precedence.

15.4. Mutual relations of the parties not described in these Rules are regulated in accordance with the current legislation of the Republic of Uzbekistan.