

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ

1. Общие положения

1.1. На условиях настоящих правил и действующего законодательства Кыргызской Республики Открытое Акционерное Общество «Страховая компания «Кыргызстан», именуемая в дальнейшем Страховщик, заключает с физическими и юридическими лицами (в дальнейшем по тексту - Страхователи) договоры медицинского страхования лиц, выезжающих за границу.

Страхователи вправе заключать договор страхования в свою пользу, а также в пользу третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные).

1.2. Понятие «за границей» включает территорию государства, гражданином которой Застрахованный не является и где он не проживает постоянно.

1.3. На страхование принимаются граждане без предварительного медицинского освидетельствования в возрасте до 70 лет, выезжающие за пределы Кыргызской Республики в целях туристической поездки, командировки, по частным делам, а также на работу по найму.

1.4. Лица в возрасте от 70 до 85 лет принимаются на страхование только при предоставлении справки о прохождении предварительного медицинского освидетельствования.

1.5. На страхование не принимаются лица старше 85 лет.

1.6. На отдельных условиях, с учетом оплаты дополнительной страховой премии, Страховщик заключает договора страхования лиц, выезжающих за границу для выполнения любых форм работ в связи с любым делом, ремеслом или профессией, скачками, автогонками и соревнованиями, занятиями профессиональным или организованным спортом, альпинизмом, разумно требующим использования веревок и проводников, спуском в пещеры, прыжками в воду с трамплина, зимними видами спорта и любыми формами полетов, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным рейсом по установленному маршруту.

2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного (дополнительные расходы), связанные с необходимостью получения неотложной медицинской и медико-транспортной помощи в результате несчастного случая или внезапного заболевания во время пребывания на территории страхования (за границей).

3. Страховые случаи и объем страховой ответственности

3.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения.

3.2. Страховым случаем признается фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное и непреднамеренное событие, в результате которого был причинен вред здоровью Застрахованного или наступила его смерть.

3.3. Страховыми случаями являются:

3.3.1. факт несения застрахованным лицом медицинских расходов в связи с причинением вреда здоровью в период пребывания за пределами постоянного места жительства;

3.3.2. острые внезапные заболевания;

3.3.3. травматические повреждения органов и тканей, полученные в результате несчастного случая;

3.3.4. острая зубная боль, возникшая в результате острого воспаления зуба и/или окружающих его тканей, или челюстная травма, полученная в результате несчастного случая.

3.4. Под острым заболеванием понимается внезапно возникшее заболевание, требующее экстренного/неотложного медицинского вмешательства;

3.5. Под несчастным случаем понимается фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному событие, повлекшее за собой травматическое повреждение или смерть Застрахованного.

3.6. Вышеназванные события, **не являются страховыми случаями**, если они связаны со следующими причинами:

3.6.1. совершением Страхователем (Застрахованным) противоправных действий;

3.6.2. причинением вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смерть Страхователя (Застрахованного), связанные с употреблением алкогольных напитков и несанкционированным употреблением наркотических средств или иных веществ и/или последствиями (осложнениями) их употребления, а также подверженной себя неоправданному риску (за исключением попытки спасти жизнь другому человеку);

3.6.3. самоубийством, попыткой самоубийства или умышленным причинением Страхователем (Застрахованным) себе телесных повреждений;

- 3.6.4. хроническими, онкологическими, сердечнососудистыми заболеваниями, их последствиями, душевными расстройствами, слабоумием или другими заболеваниями и отклонениями, которые в последние шесть месяцев до вступления в силу договора страхования требовали лечения;
- 3.6.5. нервными и психическими заболеваниями;
- 3.6.6. состоянием беременности, кроме случаев внезапного осложнения (однако во всех случаях срок беременности не должен превышать шести месяцев);
- 3.6.7. состоянием неполного выздоровления Страхователя (Застрахованного) или нахождением его в процессе лечения до отбытия в зарубежную поездку;
- 3.6.8. лечением глаз или зубов, если оно не является следствием несчастного случая или не связано со снятием острой боли;
- 3.6.9. любым протезированием;
- 3.6.10. преднамеренными действиями, умыслом Страхователя (Застрахованного);
- 3.6.11. пребыванием Страхователя (Застрахованного) вне территории страхового покрытия, указанного в договоре страхования;
- 3.6.12. прямым или косвенным воздействием ионизирующей радиации, радиации ядерного взрыва или топлива или любого ядерного соединения или их ядерной составляющей;
- 3.6.13. участия Застрахованного в драке за исключением самообороны;
- 3.6.14. причинение вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смерть Застрахованного, связанные с выполнением любых форм опасной работы в связи с любым делом, ремеслом или профессией, скачками, автогонками и соревнованиями, занятиями профессиональным или организованным спортом, альпинизмом, разумно требующим использования веревок и проводников, спуском в пещеры, прыжками в воду с трамплина, зимними видами спорта и любыми формами полетов, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным рейсом по установленному маршруту, если дополнительный риск не был оплачен дополнительной страховой премией;
- 3.6.15. солнечные ожоги и иные острые изменения кожного покрова, вызванные воздействием ультрафиолетового излучения;
- 3.6.16. проведения курса лечения Застрахованного, начатого и продолжающегося во время действия страхования, а также существования медицинских противопоказаний квалифицированного врача для данной поездки (путешествия);
- 3.6.17. выезда Страхователя (Застрахованного) за границу связанного с преднамеренной целью получения лечения (для проведения плановой операции, запланированного прохождения лечения и иных медицинских манипуляций) на территории страхования, а также в результате ухудшения здоровья или смерти Страхователя (Застрахованного) явившиеся следствием данного лечения;
- 3.6.18. причинение вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смерть Застрахованного, связанные с любыми последствиями войны (объявленной или необъявленной), военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями; гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками; действий террористов и террористические актов; воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; действиями и решениями государственных органов власти, препятствующих исполнению Страховщиком своих обязательств.
- 3.7. Действие страховой защиты не распространяется на слепых, глухих и парализованных лиц;
- 3.8. Страховщик несет ответственность по договору страхования:
- со дня, указанного в договоре страхования (полисе) как начало периода страхования (при условии уплаты страховых взносов), но не ранее момента прохождения Страхователем (Застрахованным) пограничного контроля при выезде его в застрахованную зарубежную поездку, до момента прохождения пограничного контроля при возвращении из-за границы, но не позже дня, указанного в полисе как окончание договора страхования.
- 3.9. Страховщик не несет ответственность по страховым случаям, если в момент наступления страхового случая возраст Страхователя (Застрахованного) превысит 85 лет.

4. Расходы, покрываемые Страховщиком.

При наступлении страхового случая Страховщик обязуется организовать предоставление неотложной экстренной медицинской и медико-транспортной помощи и осуществить выплату страхового обеспечения следующих расходов Застрахованного:

4.1. Расходы по оказанию медицинской помощи.

4.1.1. Расходы, понесенные Застрахованным в период действия срока страхования, в результате травмы или острого внезапного заболевания, потребовавшие для госпитализации, хирургического или медикаментозного лечения, включая уход на дому (в гостинице), предоставляемый или предписанный врачом, и стоимость перевозки в больницу для госпитализации.

4.1.2. Расходы на стоматологический осмотр, рентгеновское исследование, удаление или пломбирование зубов, обусловленные острым воспалением зуба и/или окружающих зуб тканей или травмами, полученными в результате несчастного случая;

4.2. Расходы, связанные с оказанием медико-транспортной помощи.

4.2.1. Расходы на транспортировку при наступлении страхового случая.

В случае, когда лечащий врач определяет, что, согласно его профессиональному мнению, больного необходимо перевезти для лечения в другую больницу, Страховщик оплачивает расходы по перевозке в ближайшую больницу, способную предоставить адекватное лечение под подобающим медицинским контролем.

В случае, когда лечащий врач определяет, что, согласно его профессиональному мнению, состояние больного позволяет осуществить его транспортировку в страну постоянного проживания, Страховщик оплачивает расходы по транспортировке под надлежащим медицинским наблюдением в возможно короткие сроки.

4.2.2. Расходы, связанные с возвращением иждивенцев Застрахованного.

Если дети, находящиеся на иждивении Застрахованного, остаются на территории страхования, без присмотра из-за болезни или несчастного случая с последним, Страховщик оплатит им проезд в страну постоянного проживания, экономическим классом.

4.2.3. Расходы, связанные с репатриацией тела (останков) Застрахованного.

Страховщик оплачивает расходы по организации репатриацию тела (останков) Застрахованного. Данные расходы включают в себя репатриацию тела (останков) Застрахованного в соответствии с условиями международной перевозки в аэропорт, наиболее близкий к предполагаемому месту захоронения, а также оплату расходов на вскрытие тела, бальзамирование, гроб и не включает расходы на погребение.

4.3. Оплата расходов, указанных в п.4.1. и 4.2. производится в размерах фактически понесенных расходов, но не более страховой суммы и лимитов ответственности за вычетом франшизы (безусловной), оговоренной в договоре страхования.

4.4. Расходы, не покрываемые Страховщиком:

В соответствии с настоящими условиями, по экстренной медицинской и медико-транспортной помощи не подлежат страховому обеспечению:

4.4.1. безусловная франшиза, если ее введение предусмотрено договором страхования;

4.4.2. расходы по эвакуации/репатриации в случае незначительных болезней или травм, которые, по мнению назначенного Страховщиком медицинского консультанта, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;

4.4.3. расходы в отношении любой эвакуации и/или репатриации, не согласованные со Страховщиком, а также расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания;

4.4.4. расходы, связанные с пластической и восстановительной хирургией, и всякого рода протезированием, включая зубное и глазное, а также расходы по оплате хирургических вмешательств на сердце и сосудах (аортокоронарное шунтирование и др.) даже при наличии медицинских показаний к их проведению

4.4.5. расходы, связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;

4.4.6. расходы, связанные с лечением «нетрадиционными» методами (методами народной медицины);

4.4.7. расходы на санаторно-курортное лечение, санаторный, терапевтический или попечительский уход;

4.4.8. расходы, связанные с нормальным или патологическим протеканием беременности и родами,

4.4.9. расходы на искусственное прерывание беременности, не связанное с наступлением несчастного случая;

4.4.10. расходы, связанные с любым профилактическим обследованием, общими медицинскими осмотрами, прививками;

4.4.11. расходы или иная ответственность в связи с вирусом иммунодефицита /СПИД/ и его последствиями (осложнениями), а также заболеваниями, передающимися половым путем (таких как СПИД, хламидиоз, герпетическая инфекция половых органов, сифилис, гонорея, трихомониаз и прочих);

4.4.12. расходы, понесенные в результате военной службы Застрахованного в вооруженных силах любой страны;

4.4.13. расходы, которые могут быть покрыты на основании иных страховых полисов;

4.4.14. понесенные расходы немедицинского характера, например, разговоры по телефону, за исключением случаев телефонной/факсимильной связи со Страховщиком или представителем Страховщика, обусловленных наступлением страхового случая;

4.4.15. расходы, связанные с совершением или попыткой совершения противоправного действия, повлекшего в соответствии с действующим законодательством страны временного пребывания административное взыскание или уголовное преследование в отношении Застрахованного;

- 4.4.16. расходы, иная ответственность, связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания вирусными гепатитами, исключая гепатит «А» и «Е».
- 4.4.17. расходы, связанные с лечением Застрахованного и/или уходом за ним, осуществляемые его родственниками, независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками;
- 4.4.18. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;
- 4.4.19. расходы, связанные с наступлением внезапного заболевания или несчастного случая, происшедшими до начала действия срока страхования и по его истечении, а также расходы, которые имели место после возвращения Застрахованного в страну постоянного проживания;
- 4.4.20. расходы, связанные с закупкой и ремонтом средств медицинской помощи (очков, слуховых аппаратов, протезов и т.п., если это не связано со страховым случаем);
- 4.4.21. иные расходы, не связанные с наступлением событий, предусмотренных в п. 3.3.

5. Страховая сумма. Франшиза.

- 5.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования.
- 5.2. Размер страховой суммы устанавливается по соглашению сторон.
- 5.3. Страховщик вправе в договоре страхования установить размер невозмещаемого реального ущерба Страхователя (Застрахованного) по каждому страховому случаю - безусловную франшизу.

6. Страховая премия и порядок ее уплаты.

- 6.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику не позднее даты начала срока страхования.
- 6.2. Размер страховой премии рассчитывается исходя из возраста Застрахованного, срока его пребывания за рубежом, страховой суммы и тарифных ставок, указанных в Приложении 1.
- 6.3. После подписания договора страхования Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию единовременно, путем перечисления на расчетный счет или внесения в кассу Страховщика. Днем уплаты страховой премии считается день ее поступления на расчетный счет Страховщика или день ее уплаты наличными деньгами в кассу.
- Страховая премия может быть уплачена путем безналичных расчетов или наличными в сомах по курсу иностранных валют НБ КР на день платежа.
- 6.4. В случае неуплаты страховой премии в срок, предусмотренный в п. 6.1 настоящих Правил, договор страхования считается не вступившим в силу.
- 6.5. В случае несвоевременной уплаты страховой премии, началом срока страхования считается день, следующий за днем уплаты просроченной страховой премии в полном объеме за весь срок страхования.

7. Права и обязанности сторон

7.1. Страхователь имеет право:

- 7.1.1. досрочно расторгнуть договор страхования до начала зарубежной поездки не менее чем за сутки. При этом Страхователю возвращается оплаченная страховая премия, за вычетом расходов на ведение дел Страховщика в размере 20% от поступившей страховой премии;
- 7.1.2. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты за свой счет;
- 7.1.3. получить разъяснения о Правилах страхования и порядке выплаты страхового возмещения;
- 7.1.4. обращаться к Страховщику на предмет возмещения денежных средств, понесенных в качестве расходов за медицинское обслуживание, оказанное во время пребывания на территории страхования.

7.2. Страхователь обязан:

- 7.2.1. сообщать Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения степени риска;
- 7.2.2. уплатить страховую премию в сроки и в порядке, предусмотренных в п. 6 настоящих Правил;
- 7.2.3. обеспечить сохранность документов по договору страхования.

7.3. Застрахованный обязан:

- 7.3.1. обеспечить сохранность страховых документов и документов, связанных со страховым случаем;
- 7.3.2. при наступлении страхового случая незамедлительно уведомить о происшедшем один из диспетчерских центров сервисной компании через указанный в страховом полисе номер телефона (факса) либо Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, и выполнять все их рекомендации;
- 7.3.3. в случае отсутствия представительств сервисной компании или невозможности ими оказать экстренную медицинскую помощь на территории страхования (только при условии, что факт обращения был зафиксирован сервисной компанией), Застрахованный обязан:

а) незамедлительно, но в любом случае, не позднее 5-ти дней (за исключением выходных и праздничных дней) после возвращения на постоянное место жительства, сообщить любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, о случившемся Страховщику;

б) документально обеспечить все доказательства страхового случая, а также расходов на лечение, приобретение лекарств, перевязочных средств и других затрат;

г) представить Страховщику документы, подтверждающие факт страхового случая и размеры понесенных расходов (история болезни, медицинское заключение, счета и т.п.);

в) по требованию Страховщика пройти медицинское обследование.

7.3.4. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

7.4. Страховщик имеет право:

7.4.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, имеющую отношение к заключению договора страхования и страховому случаю;

7.4.2. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования;

7.4.3. получить от Застрахованного (медицинского учреждения, врача) все необходимые документы и доказательства неотложности оказания помощи, прежде чем принять решение о выплате страхового возмещения Застрахованному (его законному представителю), а также по мере необходимости направлять запросы в компетентные органы;

7.4.4. отказать в выплате страхового возмещения, если Страхователь (Застрахованный) сообщил заранее искаженные сведения о Застрахованном на момент заключения договора страхования; представил ложные или искаженные доказательства наступления страхового случая;

7.4.5. отказать в выплате страхового обеспечения, если Страхователь (Застрахованный) не уведомил Страховщика о наступлении страхового случая в течение 5-ти дней (за исключением выходных и праздничных дней) после возвращения на постоянное место жительства.

7.4.6. расторгнуть договор страхования при невыполнении Страхователем (Застрахованным) п. 7.2. и 7.3. настоящих Правил с уведомлением последнего о причинах расторжения договора, при этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит;

7.5. Страховщик обязан:

7.5.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования;

7.5.2. после уплаты страховой премии выдать Страхователю страховой полис, который содержит выдержки из настоящих Правил или прикладывает настоящие Правила к страховому полису;

7.5.3. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным);

7.5.4. при наступлении страхового случая произвести выплату страхового обеспечения (или отказать в выплате) в течение 30-ти дней после получения всех необходимых документов, касающихся страхового случая и расчета убытка.

8. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая:

8.1. При наступлении страхового случая, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно уведомить о происшедшем один из диспетчерских центров сервисной компании, указанный в страховом полисе. При этом следует сообщить следующую информацию:

8.1.1. фамилия, имя Страхователя (Застрахованного);

8.1.2. номер страхового полиса;

8.1.3. описание обстоятельств происшедшего и характер требуемой помощи;

8.1.4. местонахождение Страхователя (Застрахованного) и номер контактного телефона для обратной связи.

8.2. В случае физической невозможности Страхователя (Застрахованного) связаться с одним из диспетчерских центров сервисной компании или Страховщиком непосредственно перед консультацией с врачом или госпитализацией, Страхователь (Застрахованный) должен при первой же возможности уведомить (позвонить, отправить факсимильное сообщение) в один из диспетчерских центров сервисной компании.

8.3. Страхователь (Застрахованный) освобождает врачей, выполнявших обследование или лечение, а также врачей, наблюдавших и/или лечивших его ранее в стране постоянного проживания, от обязанности хранить профессиональную врачебную тайну перед Страховщиком.

9. Порядок осуществления страховых выплат

9.1. Выплата страхового обеспечения осуществляется:

9.1.1 в случае, если Страхователь (Застрахованный) пользовался медицинскими услугами, организованными через сервисную компанию (представителя Страховщика), то медицинское учреждение или врач направит счет с приложением страхового полиса непосредственно в сервисную компанию (представителю Страховщика), который урегулирует убыток и произведет расчеты; 9.1.2 в случае, если Страхователь (Застрахованный) оплатит расходы самостоятельно, в соответствии с настоящими Правилами Страховщик возместит медицинские расходы в течение 30

дней с момента получения письменного заявления и оригинальных счетов при соблюдении Страхователем (Застрахованным) требования об уведомлении Страховщика о наступлении страхового случая. В противном случае наступают последствия, предусмотренные в п. 7.4.5. настоящих Правил;

9.1.3 расчет составляется на основе подлинников счетов и квитанций по курсу иностранных валют НБ КР на день подачи заявления.

9.2. К заявлению о выплате страхового обеспечения должны быть приложены:

9.2.1. оригинал страхового полиса.

9.2.2. оригинальные медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью и о проведенных медицинских манипуляциях, или медицинские документы о несчастном случае;

9.2.3. официальный протокол или справка, подтверждающие факт несчастного случая или травмы и обстоятельства происшествия;

9.2.4. оригиналы счетов и справок врачей и медицинских учреждений, квитанции за оплату медикаментов (наличие рецептов обязательно) с указанием перечня оказанных услуг (медикаментов) с разбивкой их по датам и стоимости;

9.2.5. по требованию Страховщика Застрахованный обязан предоставить необходимую дополнительную информацию о состоянии своего здоровья (медицинская карта амбулаторного и/или стационарного больного и др. первичная медицинская документация); Страховщик также имеет право самостоятельно запрашивать медицинскую документацию, необходимую для решения вопроса о выплате страхового обеспечения, в любых лечебных и других учреждениях;

9.2.6. по требованию Страховщика Застрахованный обязан предоставить заграничный паспорт с отметками пограничного контроля о пересечении Государственной границы Кыргызской Республики.

9.3. Если Страхователь (Застрахованный) подучил возмещение за ущерб от третьих лиц, Страховщик выплачивает только разницу между суммой, подлежащей выплате по условиям страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. Страхователь (Застрахованный) обязан немедленно известить Страховщика о получении таких сумм.

9.4. Страхователь (Застрахованный) обязан возратить Страховщику сумму страховой выплаты (или соответствующую ее часть), если в течение предусмотренных законодательством сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое полностью или частично лишает его права на страховую выплату.

10. Порядок рассмотрения споров

10.1. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Кыргызской Республики.

10.2. Споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

RULES OF MEDICAL INSURANCE OF PERSONS LIVING ABROAD

1. General Provisions

1.1. The Public Corporation "Insurance Company Kyrgyzstan" (further named - Insured) concludes contracts of medical insurance of persons, living abroad with physical and legal persons (further named Insurers) on

conditions of the genuine rules and acting legislation of Kyrgyz Republic.

Insureds have a right to conclude a contract of insurance in favour of them and the same way in favour of the third persons (further named Insurants).

1.2. The concept "abroad" includes the territory of the state where the Insurant is not a citizen and not a resident.

1.3. Citizens in the age under 70 leaving Kyrgyz Republic in an effort of tourist trip, business trip, on private affairs and the same way of journey-work are accepted to insurance without preliminary medical examination.

1.4. Persons in the age of 70 up to 85 are accepted to insurance only at provision of inquiry of preliminary medical examination.

1.5. Persons elder 85 are not accepted to insurance.

1.6. Insured concludes a contract of insurance of persons leaving for abroad for any forms of work in connection with any business, occupation or profession, the races, motor races and competitions, occupation with professional and organized sport, mountaineering demanding reasonable using of cords and conductors with descending into caves, with dives from springboard, winter sports and any kinds flies except people as passengers who made fare for air flight or licensed charter flight by set route.

2. Insurance object.

2.1. Property interests of the Insurant (additional expenses) concerning to the necessity of emergency medical and medico-transport aid as a result of an accident or sudden illness during stay in the territory of insurance (abroad).

3. Insured accidents and ambit of insurance liability.

3.1. Accomplished events considered by the contract of insurance, with occurrence of which the Insured's liability to pay Insurance Coverage begins, is the Insured accident.

3.2. Actually occurred, sudden, unforeseeable and intentional event, which was result of damnification to health of Insurant or his death are admitted as the Insured accident.

3.3. Insured accidents are:

3.3.1. Acute sudden diseases;

3.3.2. Traumatic injuries of organs and tissue as a result of an accident;

3.3.3. Acute toothache as a result of inflammation of tooth and/or surrounding tissue, or jaw injury as a result of an accident;

3.4. Sudden disease demanding emergency medical aids is admitted as the acute disease.

3.5. Actually occurred, sudden, unforeseeable and external event against Insurant, which was the result of traumatic injury of the Insurant or his death, is admitted as the accident.

3.6. The above named events are not Insured Accident if they are connected with the following reasons:

3.6.1. Accomplishment of illegal actions by the Insured (Insurant);

3.6.2. Damnification to health (deterioration of health) or death of the Insured (Insurant) connected with use of alcohol drinks and unauthorized use of drugs or other agents and/or results (complication) of their using and also exposing oneself to an unjustified risk (except attempts to rescue other person's life);

3.6.3. Suicide, attempts of suicide or premeditated causation of body injury to oneself by the Insured (Insurant);

3.6.4. Chronic, oncologic, cardiovascular diseases, their consequences, mental derangements, dementia or other diseases and deviations which had demanded treatment for the last 6 months till effectiveness of a contract of insurance;

3.6.5. Nerve and psychological diseases;

3.6.6. Pregnancy except a case of sudden complication (however in all cases term of pregnancy must not exceed 6 months);

3.6.7. Not full recovery of the Insured (Insurant) or being at treatment before departure to abroad trip;

3.6.8. Treatment of eyes or tooth if it is not consequence of an accident or if it is not connected with anesthetizing of an acute pain;

3.6.9. Any prosthetics;

3.6.10. Intentional actions, intent of the Insured (Insurant);

3.6.11. Stay of the Insured (Insurant) out of the territory of Insurance Coverage, indicated in a contract of insurance;

3.6.12. Direct or indirect influence of ionizing radiation, radiation of the nuclear blast or fuel or any nuclear connection or their nuclear components;

3.6.13. Participation of the Insured in a scuffle except self-defense;

3.6.14. Damnification to health (deterioration of health) or death of the Insurant connected with accomplishment of any kinds of dangerous work in connection with any business, occupation or profession, the races, motor races and competitions, occupation with professional and organized sport, mountaineering demanding reasonable using of cords and conductors with descending into caves, with dives from springboard, winter sports and any kinds flies except people as passengers who made fare for air flight or licensed charter flight by set route, if additional risk was not paid with additional insurance premium;

3.6.15. Solar burn and other acute changes of coverlet, caused by influence of ultraviolet radiation;

3.6.16. Carrying out of course of treatment of the Insurant started and continuing during validity period of insurance and the same way existence of medical contraindications of qualified physician for the given trip (travel);

3.6.17. The Insured's (Insurant's) departure abroad connected with intentional aim to receive treatment (for carrying out scheduled operation, planned treatment and other medical manipulations) in the territory of insurance and the same way deterioration of health or death of the Insurant as a result of the given treatment;

3.6.18. Damnification to health (deterioration of health) or death of the Insurant connected with any consequences of war (declared or undeclared) military operations, manoeuvre or other military arrangements; civil war, civil commotion of any kinds or strikes; tourist actions and act of terrorism; influence of the nuclear blast, radiation or radioactive contamination; actions and decisions of state authorities, preventing execution of their commitments by the Insurer.

3.8. Effect of the insurance advocacy does not cover blinds, deaf and paralyzed persons;

3.9. The Insurer is responsible according to the contract of insurance:

from the date indicated in the contract of insurance (policy) as the beginning of the insurance (at terms of payment of insurance premium), but not earlier then the moment of passing of frontier control by the Insured (Insurant) at his entrance into insured abroad trip till the moment of passing of frontier control at arrival from foreign country, but not later that date which was indicated in the policy as a termination of the contract of insurance.

3.10. The Insurer is not responsible on insured accidents, if at the moment of an insured accident the age of the Insurer (Insurant) is over 85 years.

4. Expenses covered by the Insurer.

At coming of the insured accident the Insurer engages to arrange rendering of the emergency medical and medico-transport aids and to make payment of Insurance Coverage of the following expenses of the Insurant.

4.1. Medical aid expenses.

4.1.1. Expenses incurred by the Insurant during the period of the insurance as a result of trauma or acute sudden disease required for hospitalization, surgical or drug therapy including home nursing (in a hotel) provided or prescribed by physician, and the cost of transportation to hospital for hospitalization.

4.1.2. Stomatological examination, X-ray examination, removal or filling of tooth caused by acute inflammation of tooth and/or surrounding dental tissue of traumas as a result of an accident;

4.2. Medico-transport aid expenses.

4.2.1. Transportation expenses at the beginning of the insured accident.

In the case when the physician determines that according to his professional opinion the patient has to be taken to another hospital for treatment the Insurer pays expenses of transportation into the nearest hospital which is able to render the appropriate treatment under proper medical control.

In the case when doctor in charge of the case determines that according to his professional opinion the state of the patient allows to accomplish his transportation to his country of permanent residence the Insurer pays transportation expenses under proper medical observation in possible short terms.

4.2.2. Expenses for arrival of dependants of the Insurant.

If children being at maintenance of the Insurant stay in the territory of insurance without supervision because of the illness or accident concerned to the Insurant the Insurer pays for their trip to country of permanent residence by economic class.

4.2.3. Expenses for the repatriation of body (remains) of the Insurant.

The Insurer pays for the repatriation of body (remains) of the Insurant. These expenses include the repatriation of body (remains) of the Insurant in accordance with conditions of international transportation to the airport which is near to the suggested burial place and the same way payment of expenses for post-mortem examination, embalming, coffin and does not include funeral costs.

4.3. Payment of expenses indicated in 4.1. and 4.2. is made according to actual expenses incurred, but not more than insurance amount and limits of liability except for franchise (unconditional) stipulated in the contract of insurance.

4.4. Expenses covered by the Insurer:

In accordance with the following conditions on emergency medical and medico-transport aids are not subject to Insurance Coverage:

4.4.1. unconditional franchise if its introduction is stipulated in the contract of insurance;

4.4.2. evacuation/repatriation expenses in the case of insignificant illnesses or traumas, which in the opinion of the medical consultant assigned by the Insurer, submit to local treatment and do not prevent continuation of the travel of the Insurant;

4.4.3. expenses for any evacuation and/or repatriation uncoordinated with the Insurer and the same way expenses appeared as a result of voluntary refusal of the Insurant from evacuation to the country of permanent residence;

4.4.4. expenses for plastic and restorative surgery, and other kinds of prosthetics including dental and ophthalmic, and the same way expenses on payment surgical intervention to heart and vessels (coronary artery bypass grafting and so on) even in the presence of medical indications for their carrying out.

4.4.5. expenses for rendering of services which are not necessary from the medical point of view or with treatment which is not prescribed by the physician.

4.4.6. expenses for non-traditional methods of treatment (methods of folk medicine);

4.4.7. expenses for sanatorium-and-spa treatment, sanatorium, therapeutic or tutorial care;

4.4.8. expenses for normal or pathologic pregnancy and childbirth;

4.4.9. expenses of abortion is not associated with the onset of the accident;

4.4.10. expenses for any preventive examination, general examinations, vaccinations.

4.4.11. expenses or other liability because of immunodeficiency virus (AIDS) and its consequences (complications) as well as diseases, sexually transmitted diseases (such as AIDS, chlamydia, genital herpes infection, syphilis, gonorrhea, trichomoniasis, and others);

4.4.12. expenses applied in the result of military service of Insurant in armed forces of any countries;

4.4.13. expenses which can be covered on the basis of other insurance policies;

4.4.14. applied expenses of nonmedical nature, for instance, telephone conversations except cases of telephone/facsimile communication with Insurer or his agent caused by insured accident;

4.4.15. expenses concerned with accomplishing or attempt of accomplishing unlawful act which caused administrative discipline or criminal prosecution concerning to Insurant in accordance with acting legislation of the country of temporary residence;

4.4.16. expenses, other liability concerned with disease or its consequence (complication) by virus hepatitis except hepatitis "A" and "E";

4.4.17. expenses concerned with treatment of Insurant and/or care by his relatives no matter if they are professionally qualified medical workers;

4.4.18. expenses concerned with rendering of service by medical institution (doctor) that does not have a license or if action of the license was suspended during rendering of the medical assistance;

4.4.19. expenses for a sudden disease or accident which happened before beginning of validity period of insurance and at its expiry, and expenses which occurred after returning of Insurant to the country of permanent residence;

4.4.20. expenses concerned with purchase and repair of equipments of the medical care (glasses, hearing-aids, prosthetic devices and others, if it is not related to insured accident);

4.4.21. other expenses not concerned with occurrence of accidents considered in 3.3.

5. Insurance sum. Franchise.

5.1. Money within of what the Insurer is responsible to fulfill his obligations at a contract of insurance is sum insured.

5.2. The amount of insurance sum is set by agreement of the parties.

5.3. Insurer has a right to set the amount of unprepared real damage of the Insured (Insurant) at each insured accident absolute franchise in a contract of insurance.

6. Insurance premium and order of its payment.

6.1. Payment for insurance which must be paid by the Insured to the Insurer no later than the date of beginning of insurance period is insurance premium.

6.2. The amount of insurance premium is paid off according to the age of the Insurant, period of his stay abroad, insurance sum and tariff rates showed in Enclosure 1.

6.3. The Insured is responsible to pay insurance premium to the Insurer at a time after a contract of insurance was signed by means of transferring to the settlement account or paying into the fund of the Insurer. The day of receipt of insurance premium to the settlement account of the Insurer or the day of its payment by cash into the fund is a day of payment of insurance premium.

Insurance premium can be paid by means of cashless settlements or by cash in soms by the rate of foreign exchange of National Bank of Kyrgyz Republic at the day of payment.

6.4. In case of non-payment of insurance premium in the period considered in the article 6.1. of the given Rules a contract of insurance is considered nonconsummated.

6.5. In case of undue payment of insurance premium a day following the day of payment of overdue insurance premium in full sum for the whole period of insurance is beginning of insurance period.

7. Rights and obligations of parties

7.1. Insured has a right:

7.1.1 to dissolve a contract of insurance anticipatory before beginning of foreign trip no longer than during 24 hours. And paid insurance premium returns to Insured except for expenses of conducting of affairs of Insurer in the amount of 20% from received insurance premium;

7.1.2. to receive the copy of insurance policy in case of its loss at own expense;

7.1.3. to receive the key about Rules of insurance and order of payment of insurance compensation;

7.1.4. to apply to the Insurer with the subject of compensation of money which was spent for medical service rendered during stay in the territory of insurance. 7.2. The Insured is responsible:

7.2.1. to inform of reliable information to the Insurer which has meaning for determining of hazard of risk;

7.2.2. to pay insurance premium in time and in order which was considered in the item 6 of the given Rules;

7.2.3. to provide safety of the documents by a contract of insurance. 7.3. The Insurant is responsible:

7.3.1. to provide safety of insurance documents concerned with insured accident;

7.3.2. to inform immediately one of the control center of the service company or Insurer by any ways of occurrence of insured accident by the number of telephone (fax) showed in insurance policy allowing to fix the fact of information and implement all its recommendations;

7.3.3. failing of representatives of service company or in case when they couldn't render an emergency medical aid in the territory of insurance (only when the fact of applying was fixed by the service company), the

Insurant is responsible:

a) to inform immediately the Insurer of occurrence in any case no longer than 5 days (except free and holiday days) after returning to the permanent residence by any ways in order to fix the fact of information;

b) to provide all documentary proofs of insured accident and also expenses for treatment, acquisition of medicine, bandaging materials and other expenses;

c) to provide documents to Insurer confirming the fact of insured accident and the amount of expenses incurred (case history, medical certificate, accounts and others);

d) to take medical examination by the request of the Insurer.

7.3.4. to follow the prescription of hospital doctor received during rendering of medical assistance and observe the order established by medical institution;

7.4. The Insurer has a right:

7.4.1. to check information reported by the Insured (Insurant) which concerned to concluding of a contract of insurance and insured accident;

7.4.2. to check the realization of requirements and terms of a contract of insurance by Insured (Insurant);

7.4.3. to receive from the Insurant (medical institution, doctor) all essential documents and proofs of urgency of rendering an assistance before making a decision of payment of insurance compensation to the Insurant (to its legal representative) and to send demands into competent authorities as required;

7.4.4. to refuse in payment of insurance compensation if the Insured (Insurant) informed distorted information about the Insurant at the moment of concluding a contract of insurance, provided false or distorted proofs of occurrence insured accident;

7.4.5. to refuse in payment of Insurance Coverage if the Insured (Insurant) did not inform the Insurer of occurrence of insured accident during 5 days (except free and holiday days) after returning to the permanent residence;

7.4.6. to dissolve a contract of insurance at nonfulfillment of the items 7.2. and 7.3. of the given Rules by the Insured (Insurant) notifying the Insured (Insurant) about the reasons of dissolution of a contract but paid insurance premium is not to be returned.

7.5. The Insurer is responsible:

7.5.1. to acquaint the Insured with given Rules of insurance;

7.5.2. to give the insurance policy to the Insured which includes abstracts from the given Rules or attaches the given Rules to insurance policy after payment of insurance premium;

7.5.3. to provide confidentiality in relation with the Insured (Insurant);

7.5.4. to pay Insurance Coverage (or refuse in payment) during 30 days after receiving of all essential documents concerning insured accident and settlement of damage at occurrence of insured accident.

8. Actions of the Insured (Insurant) at occurrence of insured accident:

8.1. At occurrence of insured accident the Insured (Insurant) is responsible to notify immediately of it to one of the control centers of the service company showed in insurance policy. The following information must be reported:

8.1.1. surname, name of the Insured (Insurant);

8.1.2. number of insurance policy;

8.1.3. description of condition of occurrence and the nature of assistance;

8.1.4. location of the Insured (Insurant) and the number of telephone for contact.

8.2. In case of physical impossibility of the Insured (Insurant) to contact with one of the control center of the service company or directly with the Insurer before doctor's advice or hospitalization and the Insured

(Insurant) must notify (to call, to send facsimile) to one of the control center of the service company as soon as possible.

8.3. The Insured (Insurant) dispenses the doctors making examination or treatment and supervising and hospital doctors that had treated him earlier in the country of permanent residence from obligation to keep a professional and medical secret to Insurer.

9. Order of realizing of insurance payments

9.1. Payment of Insurance Coverage realizes:

9.1.1. in case of using medical services of the service company (representative of the Insurer) by the Insured (Insurant), medical institution or doctor will send the account together with enclosure of insurance policy directly to the service company (to representative of the Insurer) that will adjust damage and make settlements;

9.1.2. if the Insured (Insurant) will pay for expenses by himself according to the given Rules, the Insurer will return medical expenses during 30 days from the moment of receiving written statement and original accounts at observing of requirements of notification of the Insurer about occurrence of insured accident by the Insured (Insurant). Otherwise there is a risk of consequences showed in the article 7.4.5. of the given Rules;

9.1.3. payment is made on the basis of original accounts and receipts by the rate of foreign exchanges of the National Bank of Kyrgyz Republic to the day of filing.

9.2. The following documents must be attached to the statement of payment of Insurance Coverage:

9.2.1. original of insurance policy;

9.2.2. original medical documents including information about diagnosis, health state of the Insurant in the moment of applying for medical assistance and about medical manipulations or medical documents about accident;

9.2.3. certified record or inquiry confirming the fact of accident or injuries and conditions of accident;

9.2.4. original of accounts and inquiry of doctors and medical institutions, receipt of payment for medicines (availability of inquiries is necessarily) together with indication of the list of services (medicines) with theirs breakdown into dates and costs;

9.2.5. the Insurant is responsible to provide with necessary additional information about state of his health (medical record of outpatient or/and hospital patient and other primary medical documentation) by request of the Insurer; the Insurer has a right to request about medical documentation necessary for settling of the task of payment of Insurance Coverage by himself in any other medical institutions;

9.2.6. the Insurant is responsible to provide the foreign passport with the note of boundary control of intersection of the frontier of Kyrgyz Republic by request of Insurer.

9.3. If the Insured (Insurant) recover from the third persons, the Insurer will pay only a difference between the sum which must be paid according to the terms of insurance, and the sum received from the third persons. The Insured (Insurant) is responsible immediately inform the Insurer of the sums obtained.

9.4. The Insured (Insurant) is responsible to return Insurer the sum of insurance payment (or applicable its part) if there will be such circumstances during the terms of limitation of action provided by legislation which will completely or partly deprive his right to insurance payment.

10. Order of adjudication

10.1. Right to present a claim to the Insurer lasts during the terms of limitation of action provided by the acting legislation of Kyrgyz Republic.

10.2. Arguments concerned with insurance are resolved by the court, arbitrage or court of arbitration in accordance with its competence.