

## STATE INSURANCE ORGANIZATION

Государственная лицензия Серия С №0041 от 26.01.2017 г. / State license Series C No. 0041 dated January 26, 2017

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Policy issue date / Дата оформления полиса                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               | 26.08.2026                                                                                            |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| POLICY № / ПОЛИС №                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               | VZR-2026-08-88475819                                                                                  |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Agent's full name, company / ФИО, компания агента                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               | Иванов Иван Иванович                                                                                  |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| INTERNATIONAL INSURANCE POLICY / МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| INSUREE. Full name / СТРАХОВАТЕЛЬ. ФИО                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               | IVANOV IVAN IVANOVICH                                                                                 |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Phone number, address / Номер телефона, адрес                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               | +996755891580, Issyk-Kul'skaya oblast, g. Karakol, KYRGYZSKAYA RESPUBLIKA, KARAKOL, TESTOVAYA A., 285 |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Passport number, PIN / Номер паспорта, ИНН                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               | ID 3011490 / 20604199244914                                                                           |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Relative's contact / Контакт родственника                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               | +996755891580                                                                                         |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| INSURANCE PACKAGE / СТРАХОВОЙ ПАКЕТ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Insurance period / Период страхования                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               | from / с                                                                                              | 30.08.2026                                                                                                 |                                       | to / по                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 30.09.2026                                                                              |                       |                                                                                     |
| Number of insured days / Количество застрахованных дней                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | 30                                                                                                    |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Insurance territory / Территория страховой защиты                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                                                                       | Asia, CIS, Africa, Oceania and Australia / Азия, СНГ, Африка, Океания и Австралия                          |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               | X                                                                                                     | SCHENGEN AND EUROPEAN COUNTRIES / ШЕНГЕН И СТРАНЫ ЕВРОПЫ                                                   |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                       | North and South America, Southeast Asia, Maldives / Северная и Южная Америка, Юго-Восточная Азия, Мальдивы |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| The Program / Программа                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | X                                                                                                     | VZR BRONZE                                                                                                 |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                       | VZR SILVER                                                                                                 |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                       | VZR GOLD                                                                                                   |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Insurance coverage type / Тип Покрытия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               | X                                                                                                     | A+ (Activity)                                                                                              |                                       | E+ (Extreme)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                         | S+ (Sport)            |                                                                                     |
| Age increasing ratio / Повышающий коэффициент согласно возрасту                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                       | C 1 месяца до 4 лет                                                                                        | X                                     | C 5 лет до 65 лет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         | C 65 лет и старше     |                                                                                     |
| US Dollar, Euro exchange rate for the date of the policy signing / Курс доллара США, Евро на дату подписания полиса                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       | 101.8312                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| ZERO / NO DEDUCTIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Insured / Застрахованный                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Date of birth / Дата рождения | Passport number / Номер паспорта                                                                      | Sum insured US Dollar, Euro / Страховая сумма доллар США, Евро                                             | Sum insured som / Страховая сумма сом | Insurance premium US Dollar, Euro not including sales tax / Страховая премия доллар США, Евро без учета НДС                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Insurance premium som not including sales tax / Страховая премия в соммах без учета НДС | Sales tax 2% / НДС 2% | Insurance premium som including 2% sales tax / Страховая премия сом с учетом 2% НДС |
| IVANOV IVAN IVANOVICH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 16.06.1992                    | ID 3011490                                                                                            | 30,000 EUR                                                                                                 | 3,054,936                             | 25.55 EUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 601,60                                                                                | 52,03                 | 2 653,63                                                                            |
| ИТОГО К ОПЛАТЕ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       | 2 653,63                                                                            |
| This policy confirms the execution of an insurance between the Policyholder and the Insurer under the terms and conditions of the "Rules for Insurance of Medical and other Unforeseen Expenses of Persons Traveling from their Place of Permanent Residence", approved by the Board Resolution of OJSC "State Insurance Organization" dated May 4, 2017. I have read and agree to comply with these rules. / Настоящий полис подтверждает заключение договора страхования между Страхователем и Страховщиком на условиях «Правил страхования медицинских и иных непредвиденных расходов лиц, выезжающих с места постоянного проживания», утвержденных Протоколом Правления ОАО «Государственная Страховая Организация» от 4 мая 2017 года. С указанными правилами страхования ознакомлен(а) и согласен(а). |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Signature of Insured, Insured / Подпись Страхователя, Застрахованного                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       | Signature of Insurer / Подпись Страховщика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Insured/Insured has the right to contact the State Service for Regulation and Supervision of the Financial Market under the Ministry of Economy and Commerce of the Kyrgyz Republic on all issues (114 Chui Ave., Bishkek, tel.: +996 312 62 44 60/70) / Страхователь / Застрахованный имеет право обратиться по всем вопросам в Государственную службу регулирования и надзора за финансовым рынком при Министерстве экономики и коммерции Кыргызской Республики (г. Бишкек, пр. Чуй 114, тел.: +996 312 62 44 60/70)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| COVERAGE AND BENEFITS, INCLUDING: 1. EMERGENCY MEDICAL EXPENSES 2. MEDICAL EVACUATION AND REPATRIATION 3. REPATRIATION OF REMAINS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ / КОНТАКТЫ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       | EMERGENCY PROCEDURES / CONTACTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| В случае необходимости получения услуг, предусмотренных настоящим Полисом, прежде чем предпринимать какие-либо действия, в течение 24 часов (в случае госпитализации - в течение 3 суток) позвоните в центр круглосуточной дежурной сервисной компании "Савитар Групп" +7 495 987 17 75/76; +7 499 284 54 02 WhatsApp -7 906 762 41 70, Telegram: @Savitarbot<br>Требуется предоставить:<br>1. ФИО застрахованного<br>2. Номер и срок действия Вашего Полиса<br>3. Место, где Вы находитесь<br>4. Номер телефона для связи<br>5. Описание страхового случая и требуемая помощь                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       | If you need to receive the services provided by this Policy, before taking any action, within 24 hours (in case of hospitalization - within 3 days) call the 24-hour service center of the company "Savitar Group" +7 495 987 17 75/76; +7 499 284 54 02 WhatsApp -7 906 762 41 70, Telegram: @Savitarbot<br>The following information is required:<br>1. Full name of Insured<br>2. Number and period of your insurance Policy<br>3. Your location<br>4. Your active phone number<br>5. Description of your case and what kind of help is needed |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| EMERGENCY NUMBER 24/7: +7 495 987 17 75; +7 495 987 17 76; +7 499 284 54 02   WhatsApp: +7 906 762 41 70   Telegram: @Savitarbot                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Insurance company: "State Insurance Organization" OJSC, Legal address: 1, ave. Ch. Aitmatov, Bishkek city, Kyrgyz Republic, tel.: +996 553 545400, email: vzr@gso.kg, TIN 01101201610062 / Страховая компания: ОАО «Государственная Страховая Организация», Юридический адрес: Кыргызская Республика, г. Бишкек, пр. Ч. Айтматова, 1, тел.: +996 553 545400, эл. почта: vzr@gso.kg, ИНН 01101201610062                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |
| Сведения об ассистанс-компании / Information about the assistance company:<br>Savitar Group Ltd. address: 4, Aigeou str. AY. Antoniou 1060 Nicosia-Cyprus. Postal address: 4 Pindou street, Engomi 2409 Nicosia, Cyprus.<br>Для звонков 24/7 / For calls 24/7: +7 495 987 17 75/76; +7 499 284 54 02<br>Мессенджеры (текст) / Messengers (text only): Telegram @Savitarbot, WhatsApp +7 906 762 41 70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                       |                                                                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |                       |                                                                                     |



| ИЗЪЯЧЕНИЕ ИЗ ПРАВИЛ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН, ВЫЕЖДАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Статья 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ</p> <p>1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики, содержат в себе стандартные условия, на которых Открытое акционерное общество «Государственная страховая организация», в дальнейшем именуемое "Страховщик", заключает договоры страхования медицинских и иных непредвиденных расходов лиц, выезжающих с места постоянного проживания.</p> <p>1.4. Используемые основные понятия в настоящих Правилах:</p> <p>Страховщик – юридическое лицо, осуществляющее деятельность по страхованию на основании соответствующей лицензии уполномоченного органа.</p> <p>Страхователь – юридическое или физическое лицо, заключившее договор страхования со страховой организацией (страховщиком).</p> <p>Застрахованный – лицо, которое застраховано страховой компанией от убытка.</p> <p>Страховой случай – свершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу либо выгодоприобретателю.</p> <p>Страховая сумма – денежная сумма, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая.</p> <p>Страховая премия – обусловленная договором плата, которую страхователь обязан уплатить страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.</p> <p>Франшиза – освобождение страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера.</p> <p>Сервисная компания – организация, указанная в Договоре страхования, предоставляющая услуги Застрахованному на территории страхования.</p> <p>Несчастным случаем в рамках настоящих Правил признается внезапное и вредное воздействие внешней силы на организм Застрахованного при отсутствии умысла со стороны Застрахованного. Данное воздействие происходит в ограниченный момент времени в период нахождения Застрахованного на территории страхования и влечет ущерб здоровью Застрахованного в виде повреждения органов и тканей или его неизвольную смерть в результате внешнего, насильственного, внезапного и неподконтрольного воздействия.</p> <p>Острым (внезапным) заболеванием в рамках настоящих Правил признается внезапное острое расстройство здоровья (нарушение жизнедеятельности организма), возникшее под воздействием болезнетворных и/или чрезвычайных (для данного организма) раздражителей внешней и/или внутренней среды, которое проявляется изменением структуры и функций организма и требует оказания неотложной медицинской помощи. Причина острого заболевания не должна являться основанием для обращения Застрахованного к медицинским специалистам на протяжении 6 месяцев, предшествующих дате начала поездки.</p> <p>Близкими родственниками по настоящим Правилам признаются официально зарегистрированные супруг/супруга, дети, в том числе усыновленные, отец, мать, родные братья и сестры, официальные опекуны и опекаемые, родные бабушки и дедушки.</p> <p>Территория страхования – государство и иные государственно-территориальные и административно-территориальные образования, на которые распространяется действие Договора страхования, исключение организуется радиусом 100 километров внутри административной границы постоянного места жительства.</p> <p>Суброгация (регресс) – перенесение к Страховщику право требования возмещения убытков с причинителя вреда, которые Страховщик понес, выплаты страхового возмещения Страхователю (Застрахованному).</p> <p>Багаж – личные вещи Застрахованного, перевозимые им в ходе поездки и официально сданные в багаж транспортной организации, осуществляющей перевозку Застрахованного.</p> <p>Хроническое заболевание – заболевание или телесное повреждение, обладающее как минимум двумя из следующих характеристик:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- может существовать в течение неопределенного периода времени</li><li>- существует вероятность возникновения рецидивов</li><li>- носит постоянный характер</li><li>- не имеет известных признанных способов лечения</li><li>- требует паллиативного лечения</li><li>- требует долгосрочного наблюдения, консультаций, осмотров, исследований или анализов</li></ul> <p>Условная единица (у.е.) – эквивалент денежной суммы, определяемый условиями Договора страхования.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>плавательных средств, парашюта, любые игровые и спортивные мероприятия с использованием естественной или искусственной водной среды, катание в аквапарках и на водных горках; поездки на любых механических, электричных, гужевых транспортных средствах (в т.ч. велосипедах, мотоциклах, мотороллерах, мопедах, скутерах, квадроциклах), использование для передвижения различных видов животных, сафари, спортивные и охотничьи выезды (независимо от числа участников), развлекательные мероприятия, организуемые персоналом отеля, сопряженные с повышенным риском (кроме танцев на официально организованной дискотеке). Под игровыми мероприятиями следует понимать последовательное выполнение ряда манипуляций или движений группой лиц с целью самореализации, выходящей за рамки его актуальных социальных ролей.</p> <p>5.2.4. вне трассового катания на горных лыжах и сноуборде;</p> <p>5.2.5. глубоководные погружения более чем на 50 метров, а также любое использование газовых смесей, в которых содержание кислорода отличается от 21 процента.</p> <p>5.2.6. осуществления Застрахованным лицом служебной, трудовой или иной деятельности (в том числе любой работы по найму), способной, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая.</p> <p>5.3. Не покрываются страхованием по риску «Медицинские и иные непредвиденные расходы»:</p> <p>5.3.1. проведение курса лечения, начатого до начала действия и продолжающегося во время действия договора страхования;</p> <p>5.3.2. оказание экстренной медицинской помощи, если существовали медицинские противопоказания к квалифицированному врачу для данного путешествия Застрахованного;</p> <p>5.3.3. медицинские осмотры, медицинский уход, прием лекарственных средств (натуральных, химических) любого состава и формы, не связанные с внезапным заболеванием или травмой и не согласованные с Сервисной компанией или Страховщиком;</p> <p>5.3.4. репатриация по желанию Застрахованного лица или его близких родственников в случаях болезней или травм, которые, по мнению лечащего врача и/или врача, назначенного Страховщиком, поддаются лечению по месту пребывания Застрахованного и не препятствуют продолжению его путешествия;</p> <p>5.3.5. оказание врачом или другим медицинским персоналом услуг, которые не являются обязательными для диагностики и лечения;</p> <p>5.3.6. проведение профилактической вакцинации (кроме введения противосыпной сыворотки и вакцинации от бешенства), дезинфекции, врачебной экспертизы, карантинных мероприятий, при возникшем заболевании;</p> <p>5.3.7. проведение лечения, осуществленного родственниками Застрахованного;</p> <p>5.3.8. закупка, ремонт и техническое обслуживание средств медицинской техники, всех видов протезов (включая зубные), слуховых аппаратов, очков и прочих индивидуальных средств медицинской помощи;</p> <p>5.3.9. плановые госпитализации и хирургические вмешательства;</p> <p>5.3.10. косметические процедуры и пластические операции;</p> <p>5.3.11. любые виды протезирования, включая зубное и глазное;</p> <p>5.3.12. трансплантация органов (кроме переливания крови), пересадка кожи, пластическая и восстановительная хирургия, любое протезирование, включая глазное и зубное, а также расходы по оплате хирургических вмешательств на сердце и сосудах (ангиопластика, ангиостентирование, аортокоронарное шунтирование и др.) даже при наличии медицинских показаний к их проведению</p> <p>5.3.13. любая лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, мануальная терапия и иглорефлексотерапия;</p> <p>5.3.14. любые формы нетрадиционной медицины;</p> <p>5.3.15. события произошедшие при или в результате отказа Застрахованного от выполнения предписаний врача. Страховщика или Сервисной компании, полученных им в связи с обращением по поводу несчастного случая или внезапного заболевания, а также отказ от эвакуации из страны постоянного проживания в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям;</p> <p>5.3.16. расходы, связанные с проведением магнитно-резонансной томографии, за исключением случаев, когда данные исследования проводятся для диагностики степени тяжести черно-мозговых травм, либо для определения показаний к неотложному оперативному вмешательству;</p> <p>5.3.17. расходы на проведение восстановительных хирургических операций для устранения последствий несчастного случая, которые по мнению врача Сервисной компании не носят экстренного характера и/или могут быть отложены до ближайшей возможной по медицинским показаниям даты возвращения к месту постоянного проживания;</p> <p>5.4. По риску «расходы, понесенные Застрахованным, в случае невозможности совершить заранее оплаченную поездку» к страховым случаям не относятся события, предусмотренные п. 4.2 настоящих Правил, имевшие место до начала действия Договора страхования и после даты окончания срока страхования, а также наступившие в период его действия и произошедшие с Застрахованным при следующих обстоятельствах или в результате:</p> <p>5.4.1. проявления, обострения и осложнения любых хронических или продолжительных заболеваний или состояний любой этиологии;</p> <p>5.4.2. употребления алкогольных напитков, наркотических средств или иных токсических веществ;</p> <p>5.4.3. самоубийства, покушения на самоубийство, умышленного членовредительства или подверженное себя неоправданному риску (за исключением необходимой обороны или крайней необходимости);</p> <p>5.4.4. прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, ионизирующей радиации, радиоактивной зараженности;</p> <p>5.4.5. совершения или попытки совершения Застрахованным противоправного действия, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;</p> <p>5.4.6. получение отказа в выдаче въездной визы лицом, получившим ранее отказ в выдаче въездной визы в течение последних 6 месяцев до даты обращения;</p> <p>5.4.7. проведения курса лечения, начатого до начала действия и продолжающегося во время действия договора страхования;</p> <p>5.5. По риску «расходы, понесенные в случае утраты/задержки зарегистрированного багажа» к страховым случаям, не относятся:</p> <p>5.5.1. любые последствия войны (объявленной или необъявленной), гражданской войны, народных волнений, забастовок, воздействия ядерного взрыва, ионизирующей радиации или радиоактивного заражения;</p> <p>5.5.2. утрата багажа в результате конфискации, реквизиции, ареста или уничтожение багажа по распоряжению государственных органов;</p> <p>5.5.3. утрата багажа в результате умышленных действий или грубой небрежности Застрахованного.</p> |
| <p>3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ</p> <p>3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с расходами, понесенными в связи с острым заболеванием, несчастным случаем или смертью Застрахованного, а также иными непредвиденными обстоятельствами, возникшими в период действия договора страхования.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ВАРИАНТЫ СТРАХОВАНИЯ</p> <p>4.1. По настоящим Правилам по риску «Медицинские и иные непредвиденные расходы» страховыми случаями в зависимости от варианта страхования (Приложение №1) признаются фактически произошедшие, непредвиденные и непреднамеренные для Застрахованного лица острые заболевания и несчастные случаи, а также иные события, повлекшие за собой:</p> <p>4.1.1. необходимость передачи экстренных сообщений (тарифы VZR SILVER, VZR GOLD);</p> <p>4.1.3. медицинские расходы (согласно лимиту выбранной программы);</p> <p>4.1.4. расходы на экстренную стоматологическую помощь (согласно лимиту выбранной программы);</p> <p>4.1.5. расходы по медицинской транспортировке (условия согласно выбранной программы);</p> <p>4.1.6. репатриацию тела в случае смерти Застрахованного;</p> <p>4.1.7. визит третьего лица в экстренной ситуации (по условиям согласно выбранной программы);</p> <p>4.1.8. досрочное возвращение Застрахованного в экстренной ситуации;</p> <p>4.1.9. эвакуацию детей, сопровождающих Застрахованного;</p> <p>4.1.10. расходы на юридическую помощь;</p> <p>4.1.12. расходы, понесенные в случае утраты/задержки зарегистрированного багажа. Страховым случаем по данному риску признаются события, имевшие место в период действия Договора страхования, в результате которого произошла подтвержденная документально пропажа/задержка багажа Застрахованного.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>5. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ</p> <p>5.1. Не признаются страховыми случаями события, имевшие место до начала действия Договора страхования и после даты окончания срока страхования, а также наступившие в период его действия и произошедшие с Застрахованными при следующих обстоятельствах или в результате:</p> <p>5.1.1. употребление спиртосодержащих напитков, наркотических средств или иных психоактивных веществ. Уровень содержания спиртосодержащих, наркотических или иных психоактивных веществ должен быть зафиксирован актом, протоколом или иным официальным документом, оформленным в соответствии с нормами права страны пребывания и подписанный лицами, имеющими соответствующие полномочия. Измерения должны производиться с соблюдением всех санитарных, процессуальных и временных норм. При отсутствии данного документа Страховщик имеет право признать случай не страховым и отказать в выплате страхового возмещения. При принятии данного решения характер и степень опасности полученных Застрахованным травм не учитываются.</p> <p>5.1.2. самоубийства, покушения на самоубийство, умышленного членовредительства или подверженное себя неоправданному риску;</p> <p>5.1.3. прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, ионизирующей радиации, радиоактивной зараженности;</p> <p>5.1.4. любой службы Застрахованного лица в вооруженных силах и военизированных формированиях любой страны;</p> <p>5.1.5. действий и решений государственных органов власти и/или органов местного самоуправления, препятствующих исполнению Страховщиком своих обязательств;</p> <p>5.1.6. совершения или попытки совершения Застрахованным противоправного действия;</p> <p>5.1.7. путешествия, предпринятого с целью проведения курса (части курса) лечения на территории страхования. Путешествием с целью лечения признается поездка, которая предполагает получение Застрахованным, на основании ранее полученных письменных и/или устных рекомендаций и поставленных диагнозов, услуг традиционной и нетрадиционной медицины, направленных на снижение негативного влияния или полного устранения внешних и внутренних признаков заболевания любой этиологии, сроков давности и степени поражения организма Застрахованного.</p> <p>5.1.8. проявления, обострения и осложнения заболеваний, последствия травм, которые последние шесть месяцев перед датой заключения договора страхования требовали амбулаторного и/или стационарного лечения, оперативного вмешательства или стоматологической помощи;</p> <p>5.1.9. проявления, обострения и осложнения любых хронических или продолжительных заболеваний или состояний; в случае развития угрожающего проявления, осложнения или обострения хронического заболевания (за исключением заболеваний крови и кроветворных органов, новообразований, нервных или психических заболеваний, туберкулеза и ВИЧ-инфекции) Страховщик покрывает расходы на проведение диагностических и лечебных мероприятий до устранения угрозы жизни и/или острой боли на общую сумму до 1000 у.е. Лимит 1000 у.е. установлен на весь срок страхования;</p> <p>5.1.10. нарушения менструального цикла;</p> <p>5.1.11. родовспоможение, любые осложнения, связанные с беременностью сроком свыше 12 недель, а также аборт(ам) (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая при сроке меньше 12 недель и в зависимости от выбранной программы страхования);</p> <p>5.1.12. проявления, обострения или осложнения нервного или психического заболевания, следствия врожденных аномалий, задержки психического развития и умственной отсталости;</p> <p>5.1.13. заболевания, передающиеся половым путем;</p> <p>5.1.14. любые проявления ургентных инфекций (к примеру - кандидоз, вагинит) и мочеполовых инфекций;</p> <p>5.1.15. проявления и осложнения ВИЧ-инфекции, а также проявления и осложнения синдромом иммунодефицита другого происхождения;</p> <p>5.1.16. проявления и осложнения злокачественных новообразований, заболеваний крови и кроветворных органов, в том числе вовлекающих иммунный механизм;</p> <p>5.1.17. проявления и осложнения туберкулеза;</p> <p>5.1.18. любые проявления и осложнения кожных заболеваний (к примеру - псориаз, нейродермиты, экземы, микозы, мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы, акне, паронихии, врожденный ноготь);</p> <p>5.1.19. солнечные ожоги, фотодерматиты, солнечная аллергия.</p> <p>5.2. Если иное не оговорено в Договоре страхования (Полисе), не признаются страховыми случаями события, предусмотренные п. 4.1. настоящих Правил, имевшие место в период действия Договора страхования, и произошедшие с Застрахованными при следующих обстоятельствах или в результате:</p> <p>5.2.1. занятий профессиональным спортом, в том числе участия Застрахованного лица в спортивных соревнованиях, турнирах и тренировочных сборах;</p> <p>5.2.2. занятий любительским и экстремальными видами спорта, катания на горных лыжах, сноуборде, прыжков с парашютом, полетов на дельтаплане или паратане, пилотирования летательных аппаратов, скалолазания, альпинизма, дайвинга или других видов активного отдыха, способных, по мнению Страховщика, увеличить риск наступления страхового случая;</p> <p>5.2.3. активного отдыха. Под активным отдыхом понимается катание на водных мотоциклах, водных лыжах, развращения на воде с использованием буксируемых (либо передвигающихся самостоятельно)</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Ознакомлен и согласен: _____ / _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |