«ՌԳՍ-ԱՐՄԵՆԻԱ» ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՓԱԿ ԲԱԺՆԵՏԻՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

СТРАХОВОЕ ЗАКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «РГС-АРМЕНИЯ»

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ
ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Փաստաթղթի կոդ / Код документа

TC750-03-01

Խմբագրություն / Редакция

07

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ Է
«ՌԳՍ-ԱՐՄԵՆԻԱ» ԱՓԲԸ Խորհրդի կողմից
(15.08.2022թ. Խորհրդի նիստի թիվ 05 արձանագրություն)

Խորհրդի նախագահ՝ Դ.Է. Խաչատուրով

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒԲՅԵԿՏՆԵՐԸ
2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏՆԵՐԸ
3. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐԸ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՌԻՍԿԵՐԸ
4. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԻ ՍԱՀՄԱՆՄԱՆ ԿԱՐԳԸ
5. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ/ՎԿԱՅԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ
6. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՍԱԿԱԳՆԻ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ ՀԵՐԹԱԿԱՆ ՄԱՍԻ ՍԱՀՄԱՆՄԱՆ ԿԱՐԳԸ
7. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ/ՎԿԱՅԱԳՐԻ ԿՆՔՄԱՆ, ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԵՎ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ
8. ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ
10. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՄԵՐԺՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ
11. ԿՈՂՄԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ
12. ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒԾՄԱՆ ԿԱՐԳԸ
13. ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՏԵՐՄԻՆՆԵՐԸ

Սույն ապահովագրության պայմանները (այսուհետ՝ Պայմաններ) մշակված են համաձայն Հայաստանի Հանրապետության (այսուհետ՝ ՀՀ) Քաղաքացիական օրենսգրքի, «Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին» ՀՀ օրենքի և համապատասխանում են ՀՀ ԿԲ կողմից շնորհված թիվ ԱՊՌ 0009 Լիցենզիայի Առողջության ապահովագրություն դասին:
Սույն Պայմանները հանդիսանում են վերջիններիս համաձայն կնքված ապահովագրության պայմանագրերի անբաժանելի մասը:
Սույն Պայմանների դրույթները կարող են փոփոխվել (բացառվել և/կամ լրացվել) ապահովագրության պայմանագիր կնքելու պահին կամ դրա գործողության ժամկետի ընթացքում, ինչի մասին նշվում է ապահովագրության պայմանագրում: Նման փոփոխությունները չեն կարող հակասել ՀՀ օրենսդրությանը:
Սույն Պայմանների հիման վրա կարող են մշակվել ապահովագրական ծրագրեր/պրոդուկտներ (այսուհետ՝ «Ծրագիր»):
Սույն Պայմանների համաձայն ապահովագրությունը գործում է միայն ՀՀ տարածքում, եթե այլ բան նախատեսված չէ ապահովագրության պայմանագրով:

1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒԲՅԵԿՏՆԵՐԸ

1.1. Համաձայն սույն Պայմանների և ՀՀ գործող օրենսդրության՝ «ՌՈՍԳՈՍՍՏՐԱԽ-ԱՐՄԵՆԻԱ» Ապահովագրական ՓԲԸ (այսուհետ՝ Ապահովագրող) կնքում է բժշկական ապահովագրության պայմանագրեր (այսուհետ՝ Պայմանագիր/Վկայագիր) իրավաբանական և ֆիզիկական անձանց հետ (այսուհետ՝ Ապահովադիր)՝ տրամադրելով վերջիններիս կամ իրավաբանական անձանց աշխատողների (Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված դեպքերում նաև ընտանիքի անդամներին) առողջության հետ կապված բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների գծով հատուցում՝ համաձայն սույն Պայմաններից բխող Ապահովագրողի կողմից առաջարկվող ապահովագրության ծրագրերի (այսուհետ՝ Ծրագիր):
1.2. Ապահովագրության սուբյեկտներն են՝ Ապահովագրողը, Ապահովադիրը, Ապահովագրված անձը:
1.3. Ապահովադիրը կնքում է Ապահովագրողի հետ Պայմանագիր իր օգտին կամ երրորդ անձանց օգտին (այսուհետ՝ Ապահովագրված անձինք): Ապահովադիրներ կարող են հանդիսանալ՝

- ռեզիդենտ կամ ոչ ռեզիդենտ իրավաբանական անձինք, ՀՀ պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինները, որոնք գրանցված են և գործում են ՀՀ օրենսդրության համաձայն,
- գործունակ ֆիզիկական անձինք՝ ՀՀ քաղաքացիներ,

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

УТВЕРЖДЕНО
Советом СЗАО "Росгосстрах-Армения"
(протокол N 05 заседания совета от 15.08.2022г.)

Председатель совета Д.Э. Хачатуров

СОДЕРЖАНИЕ

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ
4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ
5. ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА/ПОЛИСА СТРАХОВАНИЯ
6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, ОЧЕРЕДНОГО СТРАХОВОГО ВЗНОСА
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА/ПОЛИСА СТРАХОВАНИЯ И ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ВЫПЛАТЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ
11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ
13. ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ

Настоящие Правила (далее - Правила) составлены в соответствии с Гражданским кодексом РА, "Законом о страховании и страховой деятельности" РА и соответствуют классу Страхования здоровья Лицензии No. 0009, выданной ЦБ РА.
Настоящие Правила являются неотъемлемой частью Договора страхования, заключенного в соответствии с данными Правилам.
Положения настоящих Правил могут быть изменены (исключены и/или дополнены) в момент заключения договора страхования или в течение его действия, о чем указывается в договоре страхования. Подобные изменения не могут противоречить законодательству РА.
На основании настоящих Правил могут быть разработаны страховые программы/продукты (далее - «Программа»):
В соответствии с настоящими Правилами страхование действует только на территории Республики Армения, если иное не предусмотрено договором страхования.

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с настоящими Правилами и с действующем законодательством РА, ЗАО «РОСГОССТРАХ-АРМЕНИЯ» (далее - Страховщик) заключают Договоры медицинского страхования (далее – Договор/Полис страхования) с юридическими и физическими лицами (далее - Страхователь), предоставляя им или сотрудникам юридических лиц (также членам их семей, при предусмотрении Договором/Полисом) возмещение за медицинкие и/или иные услуги, связанные со здоровьем, согласно предлагаемым Страховщиком программам Страхования (далее - Программа) на основании настоящих Правил.

1.2. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.
1.3. Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее – Застрахованные лица). Страхователями могут являться:

- юридические лица - резиденты или не резиденты, органы государственного или местного самоуправления РА, которые зарегистрированны и действуют в соответствии с законодательством РА;

օտարերկրյա քաղաքացիներ:

1.4. Սույն Պայմանների համաձայն՝ Պայմանագրերը/Վկայագրերը կնքվում են ՀՀ և օտարերկրյա քաղաքացիներ հանդիսացող Ապահովագրված անձանց օգտին՝ ՀՀ քաղաքացիների, ՀՀ տարածքում գտնվող օտարերկրյա քաղաքացիների:

1.5. Պայմանագրով/Վկայագրով Շահառու է հանդիսանում Ապահովագրված անձը, եթե Պայմանագրով Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏԸ

2.1. Սույնով ապահովագրության օբյեկտ է հանդիսանում ՀՀ օրենսդրությանը չհակասող Ապահովադրի կամ Ապահովագրված անձի գույքային շահը՝ կապված ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու դեպքում Ապահովագրված անձի առողջության հետ կապված բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների ստացման ծախսերի հետ:

3. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐԸ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՌԻՍԿԵՐԸ

3.1. Ապահովագրական ռիսկն առաջանալու որոշակի հավանականությամբ և պատահականությամբ ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու հետևանքով առաջացող վնասի հնարավոր մեծությունն է:

3.2. Ապահովագրական պատահար է հանդիսանում Ապահովագրված անձի՝ Պայմանագրի/Վկայագրի պայմանների համաձայն և դրա գործողության ժամանակահատվածում Բժշկական հաստատություն և/կամ Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված կամ Ապահովագրողի հետ համաձայնեցված այլ հաստատություն դիմելը՝ առողջական վիճակի վատթարացման, վնասվածքի, թունավորման, առողջության պահպանման և բժշկական օգնության ցուցաբերման կարիք ունեցող այլ իրավիճակների կապակցությամբ բժշկական և/կամ այլ ծառայություններ ստանալու նպատակով: Նշված ծառայությունները տրամադրվում են Ապահովագրված անձին Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված Ծրագրի համաձայն, որը հավելվածի տեսքով կցվում է Պայմանագրին/Վկայագրին և հանդիսանում է Պայմանագրի/Վկայագրի անբաժանելի մասը:

3.3. Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով/Վկայագրով, ապահովագրական պատահար չի ճանաչվում Ապահովագրված անձի առողջության հետ կապված բժշկական և/կամ այլ ծառայություն ստանալու համար դիմելը՝

3.3.1. կապված սուր իրավիճակների և վնասվածքների հետ, որոնք առաջացել են կամ ստացվել են ալկոհոլի, թմրադեղերի կամ տոքսիկ, հոգեներգործուն դեղերի և/կամ նյութերի ազդեցության հետևանքով,

3.3.2. կապված վնասվածք ստանալու կամ այլ պաթոլոգիական վիճակի հետ, որն առաջացել է Ապահովագրված անձի կողմից հակաիրավական գործողություններ կատարելու արդյունքում, ինչը պետք է հաստատված լինի համապատասխան իրավասու մարմինների որոշմամբ՝ կապված Ապահովագրված անձի՝ սեփական առողջությանը դիտավորյալ վնաս պատճառելու, ինքնասպանության փորձերի և Ապահովագրված անձի այլ դիտավորյալ գործողությունների հետ՝ ուղղված ապահովագրական պատահարի առաջացմանը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ Ապահովագրված անձը հասցվել է այդ վիճակին այլ անձանց հակաիրավական գործողությունների հետևանքով, ինչը ևս պետք է հաստատված լինի համապատասխան մարմինների որոշումներով,

3.3.3. կապված վնասվածք ստանալու կամ այլ պաթոլոգիական վիճակի հետ, որն ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն պատճառվել է այլ անձի կողմից ձեռնարկված գործողության արդյունքում, ով գործել է դե յուրե կամ դե ֆակտո իշխանության բռնազավթման գործողություններ կատարող կամ դրան նպաստող ահաբեկչություն կամ բռնություն նախաձեռնած կազմակերպության անունից կամ դրա հետ միասին,

3.3.4. կապված հատուկ վտանգավոր վարակների (վարակիչ հիվանդությունների) (բնական ծաղիկ, ժանտախտ, սիբիրյան խոց, խոլերա, բծավոր տիֆ, վիրուսային հեմոռագիկ տենդեր՝ Էբոլա, Լասսա, Մարբուրգ և այլն) առաջացման, տարածման, ՀՀ և ԱՀ իրավասու մարմինների կողմից հայտարարված համաճարակների, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից հայտարարված համավարակների, ինչպես նաև այն տարածքներից ներմուծված վարակների հետ, որոնց սահմաններում հայտնաբերվել և ճանաչվել/հայտարարվել են համաճարակների օջախներ,

3.3.5. առաջացած պատերազմական գործողությունների, ինչպես նաև զորաշարժերի և այլ զինվորական միջոցառումների, դիվերսիայի, քաղաքացիական պատերազմի, ահաբեկչական գործողությունների,

- дееспособные физические лица - граждане РА и иностранные граждане.

1.4. В соответствии с настоящими Правилами Договоры/Полисы заключаются в пользу Застрахованных лиц - граждан РА, иностранных граждан, находящихся на территории РА.

1.5. По Договору/Полису страхования Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором/Полисом.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом настоящего страхования является имущественный интерес Страхователя или Застрахованного лица, который не противоречит законодательству РА, связанный с затратами на получение медицинских и/или иных услуг при возникновении страхового случая.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Страховой риск - возможная величина убытка в результате возникновения страхового случая, имеющего признаки вероятности и случайности.

3.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение и/или иное учреждение, предусмотренное Договором/Полисом или согласованное со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами в связи с ухудшением состояния здоровья, травмой, отравлением и иными состояниями, требующих оказания медицинской помощи, в соответствии с условиями Договора/Полиса и в период его действия. Услуги предоставляются Застрахованному лицу в соответствии с Программой страхования, предусмотренной Договором/Полисом страхования, которая в виде приложения прикрепляется к Договору/Полису и является неотъемлемой частью Договора/Полиса

3.3. Если иное не предусмотрено Договором/Полисом страхования, обращение Застрахованного лица за получением медицинских и/или иных услуг не признается страховым случаем:

3.3.1. в связи с острыми состояниями и травмами, возникшими или полученными в результате алкогольного, наркотического или токсического опьянения, из-за применения психотропных и/или других препаратов

3.3.2. в связи с получением травматического повреждения или возникновением иного патологического состояния, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий. Данный случай должен быть подтвержден решением соответствующих уполномоченных органов, в связи с намеренным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями, направленными на наступление страхового случая. Исключаются случаи, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния в результате противоправных действий иных лиц, что также должно быть подтверждено решениями соответствующих органов.

3.3.3. в связи с получением травмы или иным патологическим состоянием, которое прямо или косвенно было причинено вследствие предпринятых иным лицом действий, которое де-юре или де-факто действовало от имени или совместно организацией, совершающей действия по захвату власти либо организующей террористические действия или насилие, способствующие этому,

3.3.4. в связи с возникновением, распространением особо опасных инфекций (инфекционных заболеваний) (натуральая оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, вирусная геморрагическая лихорадка-Эбола, Ласса, Марбург и др.), эпидемиями, объявленными компетентными органами РА и АР, эпидемиями, объявленными Всемирной организацией здравоохранения, а также инфекциями, завезенными из территорий, в пределах которых были выявлены и

ցանկացած տեսակի ժողովրդական հուզումների կամ գործադուլների, բնական աղետների, բնական կամ տեխնիկական բնույթի արտակարգ իրավիճակների, էկոլոգիական աղետների հետևանքով:

3.4. Եթե Պայմանագրով այլ բան նախատեսված չէ, ապահովագրման ենթակա չեն այն անձինք, ովքեր Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման պահին՝

3.4.1. 65 (վաթսունհինգ) տարեկանից բարձր են,

3.4.2. հանդիսանում են առաջին կամ երկրորդ խմբերի հաշմանդամներ,

3.4.3. հիվանդ են ՁԻԱՀ-ով կամ հանդիսանում են ՄԻԱՎ վարակակիրներ,

3.4.4. հաշվառված են նարկոլոգիական, նյարդահոգեբանական, թոքախտային, ուռուցքաբանական, մաշկավեներական (վեներական հիվանդությունների պատճառով) դիսպանսերներում, ՁԻԱՀ և ՄԻԱՎ-ի բուժման և պրոֆիլակտիկայի կենտրոններում,

3.4.5. գտնվում են ստացիոնար հսկողության տակ,

3.4.6. հետախուզման մեջ գտնվող կամ ազատազրկման դատապարտված անձինք:

3.5. Եթե Պայմանագրով/Վկայագրով ապահովագրվել է 3.4. կետի 3.4.3. և/կամ 3.4.4. և/կամ 3.4.6. ենթակետերում նշված կատեգորիաներից ցանկացածի տակ ընկնող անձ, ապա Պայմանագիրը/Վկայագիրը տվյալ Ապահովագրված անձի գծով համարվում է լուծված, իսկ ապահովագրությունը գործողության մեջ չմտած կնքման օրվանից և ապահովագրավճարի վերադարձ չի կատարվում:

4. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐ

4.1. Ապահովագրական գումարն Ապահովագրողի կողմից վճարման ենթակա հնարավոր ապահովագրական հատուցման առավելագույն չափն է:

4.2. Ապահովագրական գումարը սահմանվում է Ապահովադրի և Ապահովագրողի համաձայնությամբ՝ ելնելով Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված բժշկական ծառայությունների ցանկից և արժեքից:

4.3. Ապահովագրական գումարը տվյալ օբյեկտի գծով ապահովագրական հատուցման վճարումից հետո նվազում է կատարված հատուցման գումարի չափով, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ կամ Ապահովադիրն ապահովագրական հատուցում ստանալուց հետո չի վերականգնել այն:

5. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ/ՎԿԱՅԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ

5.1. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքվում է մինչև մեկ տարի ժամկետով, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ: Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետի սկիզբը և ավարտը նշվում են Պայմանագրում/Վկայագրում:

5.2. Պայմանագիրը/Վկայագիրն ուժի մեջ է մտնում դրա կնքման պահից, եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով/Վկայագրով:

5.3. Պայմանագրի/Վկայագրի գործողությունն ավարտվում է Պայմանագրում/Վկայագրում որպես ապահովագրության գործողության ավարտի ամսաթիվ նշված ամսաթվի ժամը 23:59-ին, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով կամ այլ հանգամանքներով, որոնց տեղի ունենալու դեպքում նախատեսված է ապահովագրության ժամկետի ավարտի ամսաթվից շուտ Պայմանագրի/Վկայագրի դադարեցում, այլ բան նախատեսված չէ:

6. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՍԱԿԱԳՆԻ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ ՀԵՐԹԱԿԱՆ ՄԱՍԻ ՍԱՀՄԱՆՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

6.1. Ապահովագրավճարը Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված չափով և պայմաններով Ապահովադրի կողմից Ապահովագրողին հնարավոր ապահովագրական հատուցման դիմաց վճարվելիք գումարն է, որն Ապահովադիրը պարտավոր է վճարել Ապահովագրողին՝ Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված կարգով և ժամկետներում: Ապահովագրավճարի հերթական մասը հանդիսանում է ապահովագրավճարի մաս՝ դրա տարաժամկետ վճարման դեպքում:

6.2. Ապահովագրական սակագինը սահմանված ապահովագրական գումարի նկատմամբ կիրառվող ապահովագրավճարի դրույքաչափն է:

6.3. Ապահովագրողն, ապահովագրավճարի չափը որոշելիս, կիրառում է իր կողմից հաստատված ապահովագրական սակագները՝ հաշվի առնելով ապահովագրության օբյեկտը և ապահովագրական

признаны/объявлены очаги эпидемий,

3.3.5. вследствие военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, диверсии, гражданских войн, террористических актов, народных волнений любого типа или забастовок, стихийных бедствий, чрезвычайных ситуаций природного или техногенного характера, экологических бедствий.

3.4. Если иное не предусмотрено Договором/Полисом страхования, страхованию не подлежат лица, которые на момент заключения Договора/Полиса:

3.4.1. старше 65 (шестьдесят пять) лет,

3.4.2. являются инвалидами первой или второй группы,

3.4.3. больны СПИДом или являются носителями ВИЧ,

3.4.4. состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции,

3.4.5. находятся на стационарном лечении,

3.4.6. лица, находящиеся под уголовным розыском или лица, приговоренные к лешению свабоды,

3.5. Если по Договору/Полису были застрахованы лица, соответствующие категориям, указанным в любых из подпунктов 3.4.3. и/или 3.4.4. и/или 3.4.6. пункта 3.4,, Договор/Полис по части данного Застрахованного считается расторгнутым, а страхование – не вхожденным в силу с момента заключения и возврат страховой премии не осуществляется.

4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

4.1. Страховой суммой является максимальный объем выплаты, подлежащий возмещению, со стороны Страховщика.

4.2. Страховая сумма определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных Договором/Полисом страхования.

4.3. После выплаты страхового возмещения страховая сумма уменьшается в размере суммы произведенной страховой выплаты, если Договором/Полисом не предусмотрено иное или Страхователь не восстановил ее после получения страховой выплаты.

5. ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА/ПОЛИСА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор/Полис заключается сроком до одого года, если иное не предусмотрено Договором/Полисом. Даты начала и окончания срока действия Договора/Полиса указываются в Договоре/Полисе.

5.2. Договор/Полис входит в силу с момента его заключения, если иное не предусмотрено Договором/Полисом.

5.3. Действие Договора/Полиса заканчивается в 23:59 часов даты, указанной в Договоре/Полисе как дата окончания, если иное не предусмотрено Договором/Полисом или иными обстоятельствами, в случае возникнавения которых предусмотревается прекращение Договора/Полиса до даты окончания срока страхования.

6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, ОЧЕРЕДНОГО СТРАХОВОГО ВЗНОСА

6.1. Страховая премия – сумма, подлежащая оплате Страховщику со стороны Страхователя за возможное страховое возмещение в

ռիսկի բնույթը:

6.4. Պայմանագիր/Վկայագիր կնքելիս Ապահովագրողը հիմնական ապահովագրական սակագների նկատմամբ իրավունք ունի կիրառելու ճշգրտող գործակիցներ՝ հաշվի առնելով բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների ցանկը և որակը, Բժշկական հաստատությունները, սպասարկող ընկերությունները և այլ հաստատությունները, ծածկույթի գործողության գոտիները, գտնվելու տարածքներն, Ապահովագրված անձանց գործունեության բնույթը, նրանց սեռը, տարիքը, ինչպես նաև Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կողմից հարցաթերթիկում նշված տեղեկությունները, նախնական բժշկական զննության արդյունքներն, ապահովագրավճարի վճարման կարգը և պարբերականությունը և Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված այլ պայմաններ:

6.5. Ապահովագրողը կարող է առաջարկել Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) լրացնել հարցաթերթիկ կամ անցնել նախնական բժշկական զննություն Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելիս՝ ապահովագրավճարի (ապահովագրավճարի հերթական մասի) վճարման ենթակա չափի որոշման նպատակով, և/կամ Պայմանագրի գործողության ընթացքում: Նախնական բժշկական զննությունն անցկացվում է Ապահովագրողի հաշվին, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ: Նախնական բժշկական զննությունն անցկացվում է համապատասխան լիցենզիա ունեցող Բժշկական հաստատությունում՝ Ապահովագրողի ընտրությամբ:

6.6. Եթե Ապահովագրված անձը հրաժարվում է Ապահովագրողի պահանջով լրացնել հարցաթերթիկ և/կամ անցնել նախնական բժշկական զննություն, Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել տվյալ Ապահովագրված անձի կողմից ներկայացված ապահովագրության պայմանագրի կնքման ցանկացած հայտ և/կամ Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման պահից մինչև նախնական բժշկական զննությունն ընկած ժամանակահատվածում տվյալ Ապահովագրված անձի գծով ներկայացված ապահովագրական հատուցման ցանկացած հայտ քանի դեռ տվյալ Ապահովագրված անձը չի կատարել նշված պահանջը:

6.7. Պայմանագրով/Վկայագրով Ապահովադիրը կարող է վճարել ապահովագրավճարը միանվագ (մեկ վճարմամբ Պայմանագրի/Վկայագրի ամբողջ ժամկետի համար) կամ տարաժամկետ (ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարման տեսքով): Ապահովագրավճարն (ապահովագրավճարի հերթական մասը) Ապահովադիրը վճարում է կանխիկ դրամով Ապահովագրողի դրամարկղ, Ապահովագրողի իրավասու ներկայացուցչին կամ անկանխիկ՝ Ապահովագրողի հաշվարկային հաշվին փոխանցելու միջոցով: Ապահովագրավճարի վճարման օր է համարվում Ապահովագրողի կամ նրա լիազորված ներկայացուցչի դրամարկղ այն վճարելու օրը կամ Ապահովագրողի կամ նրա լիազորված ներկայացուցչի հաշվարկային հաշվին դրամական միջոցների ստացման օրը, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

6.8. Պայմանագրով/Վկայագրով ապահովագրավճարի տարաժամկետ վճարում նախատեսված լինելու դեպքում, ելնելով ֆինանսական շուկայի փոփոխություններից՝ Ապահովագրողն իրավունք ունի իրականացնել ապահովագրավճարի վերահաշվարկ՝ հիմք ընդունելով ստորև բերված բանաձևը և ներկայացնելով լրացուցիչ հաշիվ վերահաշվարկված ապահովագրավճարի և բազային ապահովագրավճարի տարբերության չափով.

ՎԱՎ = ԲԱՎ / ՏՕՓ x ՎՕՓ

ՎԱՎ-ն՝ վերահաշվարկված ապահովագրավճար,

ԲԱՎ-ն՝ Պայմանագրում/Վկայագրում/Պայմանագրին/Վկայագրին կից լրացման մեջ նշված բազային/լրացուցիչ ապահովագրավճար,

ՏՕՓ-ն՝ Պայմանագրի/Վկայագրի/Պայմանագրին/Վկայագրին կից լրացման տրամադրման օրվա դրությամբ սահմանված ԱՄՆ դոլարի փոխարժեք,

ՎՕՓ-ն՝ ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարման օրվա դրությամբ ՀՀ կենտրոնական բանկի կողմից ԱՄՆ դոլարի անկանխիկ վաճառքի համար հրապարակված փոխարժեք:

6.9. Եթե Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ընթացքում ՀՀ օրենսդրության մեջ փոփոխությունների արդյունքում տեղի ունենա բժշկական ծառայությունների և/կամ դեղորայքի գնագոյացման վրա ազդող հարկատեսակների ավելացում, Ապահովագրողը, ելնելով Պայմանագրի/Վկայագրի վնասաբերության մակարդակից, իրավունք ունի վերանայել Պայմանագրի/Վկայագրի գծով յուրաքանչյուր Ապահովագրված անձի գծով ապահովագրավճարը՝ հարկատեսակի ավելացման չափով:

6.10. Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ժամկետում և չափով Ապահովադրի կողմից ապահովագրավճարը

рамках установленного Договором/Полисом объема и условиий, которую Страхователь должен оплатить Страховщику согласно порядку и срокам, установленным Догором/Полисом. Очередной страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.2. Страховой тариф - ставка страховой премии, применяемая к установленной страховой сумме.

6.3. Страховщик при определении объема страховой премии, применяет утвержденные им страховые тарифы, с учётом объекта страхования и характера страхового риска.

6.4. При заключении Договора/Полиса, Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом перечня и качества медицинских и/или иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон действия покрытия, территорий нахождения, характера деятельности Застрахованных лиц, их пола, возраста, а также информации, указанной Застрахованным лицом (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского осмотра, порядка и частоты оплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных Договором/Полисом.

6.5. С целью определения объема страховой премии (очередного страхового взноса), подлежащей оплате, при заключении Договора/Полиса и/или в течение его действия Страховщик может предложить Страхователю (Застрахованному лицу) заполнить анкету или пройти предварительный медицинкий осмотр. Если иное не оговорено Сторонами, предварительный медицинский осмотр производится за счет Страховщика. Предварительный медицинский осмотр проводится в медицинском учреждении по выбору Страховщика, имеющем соответствующую лицензию.

6.6. В случае, если Застрахованное лицо отказивается заполнить анкету и/или пройти предварительный медицинский осмотр по требованию Страховщика, Страховщик вправе отказать в любом требовании, предъявленном данным Застрахованным лицом в связи с заключением страхового договора и/или в связи с выплатой страхового возмещения в период между датой заключения договора до прохождения предварительного медицинского осмотра, пока Застрахованное лицо не выполнит указанное требование.

6.7. Страховая премия по Договору/Полису страхования может быть оплачена Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия Договора/Полиса) или в рассрочку (в виде осуществления очередного взноса). Страховую премию (очередной взнос) Страхователь оплачивает налично в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя или перечисляет на банковский счет Страховщика. Датой оплаты страховой премии считается день ее оплаты в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя или день поступления средств на счет Страховщика или его уполномоченного представителя, если иное не предусмотрено Договором/Полисом.

6.8. Если Договором/Полисом предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку, исходя из изменений финансового рынка, Страховщик вправе провести пересчет страховой премии, беря за основу приведенную ниже формулу и представив дополнительный счет в размере разницы между пересчитанной страховой премией и базовой страховой премией.

ПСП = БСП / КДВ x КДУ

ПСП – пересчитанная страховая премия,

БСП – базовая/дополнительная страховая премия, указанная в Договоре/Полисе/ в прилагаемом к Договору/Полису дополнении,

КДВ – курс доллара США, установленный в день вручения Договора/Полиса/ прилагаемого к Договору/Полису дополнения,

КДУ – курс безналичной продажи доллара США, установленный Центральным банком РА в день уплаты очередного страхового

(ապահովագրավճարի հերթական մասը) չվճարելու դեպքում Ապահովագրողը չի սահմանում լրացուցիչ ժամկետ ապահովագրավճարի վճարման համար, չի ծանուցում այդ մասին Ապահովադրին:

7. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐԸ, ԴՐԱ ԿՆՔՄԱՆ, ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԵՎ ԴՐԱՆՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

7.1. Ապահովագրության Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքվում է գրավոր ձևով սույն Պայմանների հիման վրա, որոնք հանդիսանում են Պայմանագրի/Վկայագրի անբաժանելի մասը: Պայմանագրում/Վկայագրում կարող են նախատեսվել ՀՀ օրենսդրությանը չհակասող և սույն Պայմաններում չնշված այլ դրույթներ: Պայմանների և Պայմանագրի/Վկայագրի դրույթների միջև տարբերությունների առկայության դեպքում նախապատվությունը տրվում է Պայմանագրին/Վկայագրին, եթե այն չի հակասում ՀՀ գործող օրենսդրությանը:
7.2. Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման համար Ապահովադիրը կարող է դիմել Ապահովագրողին վերջինիս կողմից սահմանված համապատասխան ձևի գրավոր դիմումի միջոցով, որտեղ զետեղվում են ապահովագրության Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման համար անհրաժեշտ տվյալները, կամ այլ մատչելի ձևով հայտնել Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման մտադրության մասին (բանավոր դիմում, ֆաքս, էլ.փոստ և այլն):
7.3. Եթե Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելուց հետո պարզվի, որ Ապահովադիրը հայտնել է ակնհայտ սուտ տեղեկություններ այն հանգամանքների վերաբերյալ, որոնք ունեն էական նշանակություն ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու հավանականության և վերջինիս տեղի ունենալու դեպքում հնարավոր վնասների չափը (ապահովագրական ռիսկ) որոշելու համար, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի պահանջելու անվավեր ճանաչել Պայմանագիրը/Վկայագիրը:
7.4. Սույն Պայմաններում ներառված դրույթները, որոնք ընդգրկված չեն Պայմանագրի/Վկայագրի տեքստում, պարտադիր են Ապահովադրի համար, եթե Պայմանագրում/Վկայագրում ուղղակիորեն նշված է սույն Պայմանների կիրառման մասին, ընդ որում՝ սույն Պայմանների մեկ օրինակ տրվում է Ապահովադրին, որի վերաբերյալ համապատասխան նշում է կատարվում Պայմանագրում/Վկայագրում:
7.5. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կարող է ներառել տարբեր Ծրագրեր, որոնք հավելվածի տեսքով կցվում են Պայմանագրին/Վկայագրին: Պայմանագրով/Վկայագրով կոնկրետ Ծրագրի շրջանակներում բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների ցանկը, ինչպես նաև ցանկացած Ծրագրերի համադրումը կարող են ունենալ ինքնատիպ անվանում:
7.6. Պայմանագրում/Վկայագրում կարող է սահմանվել պայմանական կամ ոչ պայմանական չհատուցվող գումար: Պայմանական չհատուցվող գումարի դեպքում Ապահովագրողն ազատվում է Ապահովագրված անձին բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների տրամադրման հետ կապված ծախսերի հատուցումից, եթե դրանց չափը չի գերազանցում պայմանական չհատուցվող գումարը, իսկ եթե հատուցման ծախսերը գերազանցում են չհատուցվող գումարի մեծությունը, ապա Ապահովագրողը պարտավորվում է վճարել հատուցումն ամբողջությամբ՝առանց պայմանական չհատուցվող գումարի մեծությունը նվազեցնելու: Ոչ պայմանական չհատուցվող գումարի դեպքում Ապահովագրողի պարտականությունները որոշվում են ծախսերի չափով՝ հաշվանցելով չհատուցվող գումարը: Չհատուցվող գումարը որոշում են Կողմերը՝ ապահովագրական գումարի նկատմամբ տոկոսի տեսքով կամ կոնկրետ գումարով:
7.7. Պայմանագրի/Վկայագրի հետ միաժամանակ Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) կարող է հանձնվել ապահովագրական քարտ (պլաստիկ և/կամ այլ): Ապահովագրական քարտը համարվում է անվանական փաստաթուղթ և ներառում է հետևյալ տեղեկությունները՝ Պայմանագրի/Վկայագրի (ապահովագրական քարտի) սերիան և համարը, Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետի ավարտը, բժշկական և այլ հաստատությունների տեղեկատվական հեռախոսահամարներն, Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիան և համարը, Ապահովագրողի կոնտակտային հեռախոսահամարները և այլ տեղեկություններ:
7.8. Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) արգելվում է փոխանցել Պայմանագիրը/Վկայագիրն (ապահովագրական քարտն) այլ անձի վերջինիս կողմից Պայմանագրով/Վկայագրով ծառայություններ ստանալու նպատակով: Պայմանագրում/Վկայագրում որպես Ապահովագրված անձ չնշված

взноса.
6.9. Если в течение действия Договора/Полиса в результате изменений в законодательстве РА будут добавлены типы налогов, влияющих на ценообразование медицинских услуг и/или медикаментов, Страховщик, исходя из степени убыточности Договора/Полиса, имеет право пересмотреть страховую премию по каждому Застрахованному лицу по Договору/Полису в размере добавления типа налога.
6.10. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередной части страхового взноса) в сроках и размере, установленных Договором/Полисом, Страховщик не устанавливает дополнительный срок для выплаты страховой премии, не уведомляет об этом Страхователя.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА/ПОЛИСА СТРАХОВАНИЯ И ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ

7.1. Договор/Полис страхования заключается в письменной форме на условиях настоящих Правил, которые являются дополнительной и неотъемлемой частью Договора/Полиса. Договором/Полисом страхования могут быть предусмотрены другие положения, не противоречащие законодательству РА и не указанные в настоящих Правилах. При расхождении между положениями настоящих Правил и положениями Договора/Полиса страхования, преимущество имеет Договор/Полис страхования, если эти положения не противоречат законодательству РА.
7.2. Для заключения Договора/Полиса страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, которое содержит данные, необходимые для заключения Договора/Полиса страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор/Полис страхования (устное заявление, факс, эл. почта и т.д.).
7.3. Если после заключения Договора/Полиса страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и объема возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признание договора недействительным.

7.4. Положения, включенные в настоящие правила, которые не содержатся в тексте Договора/Полиса страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре/Полисе страхования прямым образом указанно применение настоящих Правил, при этом один экземпляр настоящих Правил выдается Страхователю, что удостоверяется соответственной записью в Договоре/Полисе страхования.
7.5. Договор/Полис страхования может содержать различные программы страхования, которые в виде Приложения прикрепляются к Договору/Полису. Перечень медицинских и/или иных услуг по Договору/Полису страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.
7.6. В Договоре/Полисе может быть установлена условная или безусловная франшиза. В случае условной франшизы Страховщик освобождается от возмещения Застрахованному лицу расходов на медицинские и/или иные услуги, если их размер не превышает размер франшизы, если же расходы превышают размер франшизы, то Страховщик обязуется выплатить возмещение полностью - без вычета размера условной невозмещаемой суммы. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются объемом расходов за минусом суммы франшизы. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

7.7. Одновременно с Договором/Полисом страхования Страхователю (Застрахованному лицу) может быть выдана страховая карта (пластиковая и/или инго типа). Страховая карта является именным документом и содержит следующую информацию: серию и номер Договора/Полиса (страховой карты), окончание срока действия Договора/Полиса страхования, справочные телефоны, имя, фамилию, серию и номер паспорта

անձանց մատուցված ծառայությունների ծախսերն Ապահովագրողի կողմից չեն հատուցվում:

7.9. Եթե Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման պահին Ապահովադրի աշխատող հանդիսացող անձը չի ընդգրկվում Պայմանագրի/Վկայագրի ներքո ապահովագրվող անձանց ցուցակում, ապա Պայմանագրի գործողության ընթացքում այլևս չի կարող ապահովագրվել: Բացառություն են կազմում այն անձինք, ովքեր Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման պահին հանդիսացել են ուսանակ, փորձնակ կամ գտնվել են փորձաշրջանում և Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ընթացքում դարձել են Ապահովադրի աշխատող:

7.10. Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության վաղաժամկետ դադարեցման դեպքում ապահովագրական քարտերը վերադարձվում են Ապահովագրողին դադարեցման օրվանից երեք աշխատանքային օրվա ընթացքում:

7.11. Պայմանագիրը/Վկայագիրը վաղաժամկետ դադարում է, և Ապահովագրված անձը կորցնում է Պայմանագրի/Վկայագրի գծով ծառայություններ ստանալու իրավունքը՝

7.11.1. եթե Պայմանագրի/Վկայագրի ուժի մեջ մտնելուց հետո ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու հնարավորությունը և ապահովագրական ռիսկի առկայությունը դադարել են ապահովագրական պատահարից տարբեր հանգամանքների բերումով, մասնավորապես՝ Ապահովագրված անձի մահվան դեպքում,

7.11.2. Ապահովագրողի կողմից Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված պարտականություններն ամբողջ ծավալով կատարելու դեպքում, մասնավորապես՝ Պայմանագրի/Վկայագրի գծով ապահովագրական գումարի ամբողջ չափով ապահովագրական հատուցում իրականացնելու դեպքում,

7.11.3. իրավաբանական անձ հանդիսացող Ապահովադրի սնանկ ճանաչվելու դեպքում՝ համապատասխան որոշման ուժի մեջ մտնելու պահից,

7.11.4. ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով Ապահովագրողի լուծարման դեպքում,

7.11.5. ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված այլ դեպքերում, այդ թվում՝ դատարանի որոշմամբ:

7.12. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կարող է լուծվել հետևյալ դեպքերում.

7.12.1. կողմերի համաձայնությամբ,

7.12.2. Ապահովադրի նախաձեռնությամբ,

7.12.3. Ապահովադրի կողմից Պայմանագրի/Վկայագրի/Պայմանների դրույթների խախտման համար Ապահովագրողի նախաձեռնությամբ,

7.12.4. Ապահովագրողի կողմից Պայմանագրի/Վկայագրի/Պայմանների դրույթների խախտման համար Ապահովադրի նախաձեռնությամբ,

7.12.5. Պայմանագրով/Վկայագրով և ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված այլ դեպքերում:

7.13. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կարող է Ապահովագրողի կողմից վաղաժամկետ լուծվել Ապահովադրի կողմից Պայմանագրով/Վկայագրով և/կամ սույն Պայմաններով սահմանված կարգով և ժամկետներում ապահովագրավճարը կամ ապահովագրավճարի հերթական մասը չվճարելու դեպքում՝ ապահովագրության չվճարված ժամանակահատվածի (ժամկետի) սկզբի ամսաթվից:

7.14. Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու մտադրության մասին կողմերը պարտավոր են ծանուցել միմյանց ոչ պակաս, քան Պայմանագրի/Վկայագրի վաղաժամկետ լուծման ենթադրվող ամսաթվից 15 (տասնհինգ) օրացուցային օր առաջ, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

7.15. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելու պահին կամ դրա գործողության ընթացքում Պայմանագրի/Վկայագրի դրույթները կարող են փոփոխվել (ուժը կորցրած ճանաչվել և/կամ լրացվել) կողմերի համաձայնությամբ՝ ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված կարգով: Պայմանագրի/Վկայագրի ցանկացած փոփոխություն համարվում է կատարված, եթե այն ձևակերպված է գրավոր և ստորագրված է կողմերի կողմից:

7.16. Ֆիզիկական անձ Ապահովադիրն իրավունք ունի առանց որևէ պատճառաբանության միակողմանիորեն լուծելու Պայմանագիրը/Վկայագիրը դրա կնքմանը հաջորդող 7 (յոթ) աշխատանքային օրվա ընթացքում (այսուհետ՝ մտածելու ժամանակ):

7.17. Մտածելու ժամանակը չի կիրառվում հետևյալ դեպքերում.

7.17.1. Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետը և/կամ Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված ապահովագրության գործողության ժամկետը չի գերազանցում 1 (մեկ) ամիսը,

7.17.2. Պայմանագրի/Վկայագրի կնքմանը հաջորդող 7 (յոթ) աշխատանքային օրվա ընթացքում ֆիզիկական անձ Ապահովադիրը դիմել է ապահովագրական հատուցում ստանալու պահանջով:

Страхователя (Застрхованного лица), контактные телефоны Страховщика и иную информацию.

7.8. Страхователю (Застрахованному лицу) запрещается передавать Договор/Полис страхования (страховую карту) другому лицу с целью получения им услуг по Договору/Полису. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре/Полисе как Застрахованное лицо.

7.9. Если в момент заключения Договора/Полиса лицо, являющееся работником Страхователя, не будет включено в список лиц, страхующихся по Договору/Полису, то в течение действия Договора/Полиса, оно больше не может быть застраховано. Исключение составляют лица, которые на момент заключения Договора/Полиса были практикантами, стажерами или находились на испытательном сроке и в течение действия Договора/Полиса стали работниками Страхователя.

7.10. В случае досрочного прекращения действия Договора/Полиса страхования, страховые карты возвращаются Страховщику в течение 3-х рабочих дней со дня прекращения.

7.11. Договор/Полис страхования прекращается досрочно, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору/Полису:

7.11.1. если после вхождения в силу Договора/полиса возможность происхождения страхового случая и наличие страхового риска отпали по иным обстоятельствам, отличающимся от страхового случая, в особенности – смерть Застрахованного лица

7.11.2. при исполнении Страховщиком своих обязательств по Договору/Полису в полном объеме, в особенности в случае осуществления возмещения в полном размере Страхового покрытия по Договору/Полису.

7.11.3. при банкротстве Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;

7.11.4. при ликвидации Страховщика по порядку, установленному законодательством РА,

7.11.5. в других случаях предусмотренных законодательством РА, в том числе по решению суда.

7.12. Договор/Полис может быть расторжен в следующих случаях:

7.12.1. по соглашению Сторон;

7.12.2. По инициативе Страхователя

7.12.3. По инициативе Страховщика за нарушение положений Договора/Полиса/Условий со стороны Страхователя,

7.12.4. По инициативе Страхователя за нарушение положений Договора/Полиса/Условий со стороны Страховщика,

7.12.5. в других случаях, предусмотренных Договором/Полисом и законодательством РА.

7.13. Договор/Полис может быть прекращен досрочно со стороны Страховщика, если Страхователь не выплатил страховую премию или очередной страховой взнос по порядку и в сроках, установленному Договором/Полисом и/или настощими условиями с момента начала неоплаченного периода страхования.

7.14. О намерении расторжения Договора/Полиса стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 15 дней календарных до даты предпологаемого досрочного расторжения, если иное не предусмотрено по Договору/Полису.

7.15. На момент заключения Договора/Полиса или в течение его действия положения Договора/Полиса могут быть изменены (признаны утратившими силу и/или дополнены) по соглашению сторон в порядке, предусмотренном законодательством РА. Любое изменение Договора/Полиса считается внесенным, если оно оформлено в письменной форме и подписано сторонами.

7.18. Պայմանագիրը/Վկայագիրը Պայմանների 7.16. կետի համաձայն լուծելու դեպքում Պայմանագիրը/Վկայագիրը համարվում է լուծված ֆիզիկական անձ Ապահովադրի կողմից Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու մասին Ապահովագրողին ծանուցելու օրվան հաջորդող օրվանից:

7.19. Սույն Պայմանների 7.12. կետի 7.12.2. և 7.16. ենթակետերով սահմանված պայմաններով Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու դեպքում վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարից նվազեցվում են Ապահովագրված անձի գծով Ապահովագրողի պարտականությունների կատարման հետ կապված ծախսերը Պայմանագրի/Վկայագրի դադարեցման պահի դրությամբ Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված ընդամենը ապահովագրավճարի 20%-ի (քսան տոկոսի) չափով՝ համաձայն հետևյալ բանաձևի, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ.

ՎԱ = ԸԱ*ՉԺ/ԳԺ – ԸԱ*0.2

ՎԱ՝ վերադարձման ենթակա ապահովագրավճար,
ԸԱ՝ ընդամենը ապահովագրավճար՝ համաձայն Պայմանագրի/Վկայագրի,
ՉԺ՝ Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության չլրացած ժամկետ,
ԳԺ՝ Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետ:

7.20. Եթե Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու արդյունքում վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարի վճարման պահին Պայմանագրի/Վկայագրի գծով առկա է Ապահովադրի ապահովագրավճար վճարելու պարտավորություն, այդ թվում պայմանավորված Պայմանագրով/Վկայագրով ապահովագրավճարի տարաժամկետ վճարում նախատեսված լինելով, ապա վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարը նվազեցվում է նշված պարտքի չափով: Եթե չվճարված ապահովագրավճարի գծով պարտքը գերազանցում է վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարի մեծությունը, ապա ապահովագրավճարի վերադարձ չի իրականացվում, Ապահովադրի պարտքը նվազեցվում է վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարի չափով և Ապահովադիրը պարտավորվում է 10 (տասն) աշխատանքային օրվա ընթացքում վճարել մնացած գումարը:

7.21. Սույն Պայմանների 7.12. կետի 7.12.4. ենթակետով սահմանված պայմաններով Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու դեպքում ապահովագրված օբյեկտի գծով Ապահովագրողի պարտականությունների կատարման հետ կապված ծախսերը վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարից չեն նվազեցվում, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

7.22. Ապահովագրողի կողմից վերադարձվող ապահովագրավճարի գումարը կարող է չնվազեցվել ընդամենը ապահովագրավճարի 20%-ի (քսան տոկոսի) չափով, եթե Ապահովադրի նախաձեռնությամբ Պայմանագրի/Վկայագրի դադարեցումը պայմանավորված է.

- Ապահովագրված անձի մեկ այլ Ապահովագրված անձով և միևնույն ապահովագրության տեսակով փոխարինման անհրաժեշտությամբ, կամ,
- Պայմանագրի/Վկայագրի որևիցե Ապահովագրված անձի մասով Պայմանագրի/Վկայագրի դադարեցման պահանջով, սակայն դադարեցման պահին Ապահովադիրն ունի Ապահովագրողի հետ գործող նմանատիպ (դադարեցման ենթակա պայմանագրի հետ միևնույն ապահովագրատեսակով) 15 (տասնհինգ) և ավելի գործող ապահովագրության Պայմանագրեր/Վկայագրեր և/կամ Ապահովագրված անձ:

7.23. Սույն Պայմանների 7.12. կետի 7.12.3. ենթակետով սահմանված պայմաններով Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու դեպքում Ապահովադրի կողմից Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարը վերադարձման ենթական չէ, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

7.24. Պայմանագրի/Վկայագրի լուծման կամ վաղաժամկետ դադարման դեպքում, երբ այդպիսի լուծման կամ վաղաժամկետ դադարման հետևանքները նախատեսված չեն սույն Պայմաններով և/կամ Պայմանագրով/Վկայագրով և/կամ ՀՀ օրենսդրությամբ, Ապահովադրի կողմից Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարը վերադարձման ենթակա չէ, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

7.25. Այն դեպքում, երբ Ապահովադրին վերադարձման ենթակա գումարի հաշվարկի արդյունքում ստացվում է բացասական թվային գումար, ապա վերադարձման ենթակա գումարը սահմանվում է զրո (ապահովագրավճարի վերադարձ չի իրականացվում):

7.26. 7.12.1. և 7.12.2. ենթակետերով սահմանված պայմաններով Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու դեպքում Ապահովադրի և Ապահովագրողի փոխադարձ համաձայնությամբ կարող են

7.16. Страхователь, являющийся физическим лицом, имеет право расторгнуть Договор/Полис в одностороннем порядке без каких-либо объяснений в течение 7 (семи) дней после его заключения (далее по тексту – время на обдумывание).

7.17. Время на обдумывание не применяется в следующих случаях:
7.17.1. срок действия Договора/Полиса и/или страхования, предусмотренного Договором/Полисом, не превышает 1 (один) месяц.
7.17.2. в течение 7 (семи) дней, следующих за заключением Договора/Полиса, Страхователь, являющийся физическим лицом, обратился с требованием о получении страхового возмещения.

7.18. В случае досрочного прекращения Договора/Полиса в соответствии с пунктом 7.15. настоящих Правил Договор/Полис считается расторгнутым Страхователем, являющимся физическим лицом, со дня, следующего за днем уведомления об этом Страховщика.

7.19. При расторжении Договора/Полиса на условиях, установленных подпунктом 7.12.2. пункта 7.12 и пунктом 7.16. настоящих Правил, страховая премия, подлежащая возврату, вычесляется расходами, связанными с осуществлением обязанностей Страховщика по Застрахованному лицу, в размере 20%-ов (двадцати процентов) от общей страховой премии, предусмотренной Договором/Полисом на момент прекращения Договора/Полиса, согласно следующей формуле, если иное не предусмотрено Договором/Полисом:

ПВ = ОП*НП/ПД – ОП*0.2

ПВ – страховая премия подлежащая возврату
ОП – Общая страховая премия, согласно Договору/Полису
НП – Незаполненный период действия Договора/Полиса
ПД – Период действия Договора/Полиса

7.20. Если вследствие расторжения Договора/Полиса на момент уплаты подлежащей возврату страховой премии по договору страхования имеется обязанность Страхователя выплатить страховую премию, в том числе в случае предусмотренияДоговора/Полиса уплаты страховой премии в рассрочку, то подлежащая возврату страховая премия уменьшается в размере задолженности. Если же задолженность по неуплаченной страховой премии превышает размер подлежащей возврату страховой премии, то возврат страховой премии не производится, задолженность Страхователя уменьшается в размере подлежащей возврату страховой премии и Страхователь обязуется в течение 10 (десяти) рабочих дней уплатить оставшуюся сумму.

7.21. При расторжении Договора/Полиса согласно условиям, установленным подпунктом 7.12.4. пункта 7.12., расходы Страховщика, связанные с осуществлением обязанностей по застрахованному объекту, не подлежат вычеслению от суммы, подлежащей возврату, если иное не предусмотрено Договором/Полисом.

7.22. Страховая премия, подлежащая возврату Страховщиком, может быть не уменьшена в размере 20%-ов от общей страховой суммы, если прекращение Договора/Полиса по инициативе Страхователя обусловленно:

- Необходимостью заменить одного Застрахованного лица иным Застрахованным лицом и тем же видом страхования или
- Требованием на прекращения Договора/Полиса по части любого Застрахованного лица данного Договора/Полиса, но на момент прекращения Страхователь имеет со Страховщиком 15 и болше подобных (с тем же видом страхования договора, подлежащего прекращению) действующих Договоров/Полисов и/или Застрахованных лиц.

սահմանվել Պայմանագրի/Վկայագրի դադարեցման գծով վերադարձվող ապահովագրավճարի հաշվարկի այլ սկզբունքներ:

7.27. Ապահովագրողն իրավունք չունի պահանջել Պայմանագրի/Վկայագրի լուծում, եթե ապահովագրական ռիսկի մեծացմանը բերող հանգամանքներն արդեն վերացել են:

7.28. Պայմանագրի/Վկայագրի պայմանների փոփոխությունը կատարվում է Ապահովադրի և Ապահովագրողի երկկողմանի համաձայնությամբ` կողմերից մեկի դիմումի հիման վրա, և ձևակերպվում է լրացուցիչ համաձայնագրով, որը ստորագրվում է Կողմերի կամ նրանց լիազորված ներկայացուցիչների կողմից և հանդիսանում է Պայմանագրի/Վկայագրի անբաժանելի մասը: Եթե Կողմերից որևէ մեկը համաձայն չէ Պայմանագրում/Վկայագրում փոփոխությունների կատարմանը, ապա Կողմերը որոշում են Պայմանագրի/Վկայագրի նախկին պայմանների համաձայն դրա վաղաժամկետ լուծման կամ գործողության ժամկետի շարունակության հարցը:

7.29. Եթե սույն Պայմանները հաստատելուց հետո ընդունվում է օրենք կամ այլ իրավական ակտ, որի դրույթները տարբերվում են սույն Պայմանների հաստատման պահին գործող օրենքների կամ այլ իրավական ակտերի դրույթներից, ապա գործում են այն օրենքների կամ իրավական ակտերի դրույթները, որոնք գործել են սույն Պայմանների հաստատման պահին, եթե այլ բան նախատեսված չէ ՀՀ գործող օրենսդրությամբ:

8. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐՈՎ/ՎԿԱՅԱԳՐՈՎ ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

8.1. Ապահովադիրն իրավունք ունի՝

7.11.3. ընտրել ցանկացած համադրությամբ բժշկական ու այլ ծառայությունների ընդգրկմամբ Ծրագրեր, Պայմանագրով/Վկայագրով ծառայություններ տրամադրող Բժշկական և այլ հաստատություններ՝ Ապահովագրողի կողմից առաջարկվածների թվից և նրա հետ համաձայնեցնելով,

8.1.2. Ապահովագրողի հետ փոխադարձ համաձայնությամբ փոփոխել ապահովագրական ռիսկերի, Ծրագրերի, Բժշկական և այլ հաստատությունների ցանկը, փոփոխել Ծրագրերը, ապահովագրական գումարի չափը՝ լրացուցիչ համաձայնագիր կնքելու և, անհրաժեշտության դեպքում, լրացուցիչ ապահովագրավճարի վճարման պայմանով:

8.1.3. Պայմանագրին/Վկայագրին կից լրացուցիչ համաձայնագիր կնքելու եղանակով կատարել փոփոխություններ ապահովագրված անձանց ցանկում՝ Ապահովագրողին տրամադրելով անհրաժեշտ տեղեկություններ,

8.1.4. Պայմանագրի/Վկայագրի (ապահովագրական քարտի) գործողության ընթացքում դրա կորստի դեպքում, ստանալ դրա կրկնօրինակը:

8.1.5. Ապահովագրողին ուղղված գրավոր դիմումի հիման վրա միակողմանի լուծել Պայմանագիրը/Վկայագիրը սույն Պայմաններով և ՀՀ գործող օրենսդրությամբ նախատեսված դեպքերում:

8.2. Ապահովադիրը պարտավոր է՝

8.2.1. Ապահովագրողին հայտնել ապահովագրական պատահարի նշաններ ունեցող իրադարձության մասին անհապաղ, սակայն ոչ ուշ, քան 24 (քսանչորս) ժամվա ընթացքում, բացառությամբ շտապ և անհետաձգելի բուժօգնության դեպքերի, հեռախոսով կամ գրավոր, այդ թվում՝ Ապահովագրողի ինտերնետային կայքում հայտն առցանց գրանցելով կամ էլեկտրոնային նամակ ուղարկելով: Նշված ժամկետի խախտման դեպքում Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձն առաջին իսկ հնարավորության դեպքում պարտավոր է գրավոր հիմնավորել ուշացման պատճառը՝ կից ներկայացնելով ուշացումը հավաստող փաստաթղթեր:

8.2.2. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելիս և դրա գործողության ընթացքում Ապահովագրողին տրամադրել ամբողջ տեղեկատվությունը Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման և կատարման, ինչպես նաև ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու հավանականության և դրա տեղի ունենալու դեպքում հնարավոր վնասների չափերի (ապահովագրական ռիսկի աստիճանի) որոշման հետ կապված հանգամանքների մասին,

8.2.3. Ապահովագրված անձանց իրազեկել Պայմանագրի/Վկայագրի դրույթների, սույն Պայմանների, Ծրագրերի, ինչպես նաև բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների տրամադրման կարգի մասին, քանի որ Ապահովագրված անձն է կրում Պայմանագրով/Վկայագրով, սույն Պայմաններով սահմանված իր պարտականությունների չկատարման ռիսկը,

8.2.4. վճարել ապահովագրավճարը (ապահովագրավճարի հերթական մասը) Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ծավալով և ժամկետներում,

7.23. Согласно условиям установленным подпунктом 7.12.3. пункта 7.12., в случае прекращения Договора/Полиса страховая премия выплаченная Страховщику со стороны Страхователя не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором/Полисом.

7.24. В случае расторжения или досрочного прекращения Договора/Полиса, если последствия такого расторжения или досрочного прекращения не предусмотрены настоящими Условиями и/или Договором/Полисом и/или законодательством РА, страховая премия выплаченная Страховщику со стороны Страхователя не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором/Полисом.

7.25. В случае если в результате расчета страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, получается отрицательная цифра, сумма подлежащая возврату устанавлевается ноль (возврат страховой премии не осуществляется).

7.26. В случае расторжения Договора/Полиса на основании условий, изложенных в подпунктах 7.12.1. и 7.12.2., по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика могут быть установлены иные принципы расчета страховой премии, подлежащей возврату при прекращении Договора/Полиса.

7.27. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора/Полиса страхования, если обстоятельства, преводящие к увеличению страхового риска, уже отпали.

7.28. Изменение условий Договора/Полиса страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое подписывается Сторонами или их уполномоченными представителями, и является неотъемлемой частью Договора/Полиса страхования. Если одна из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор/Полис страхования, то Сторонами решается вопрос о прекращении действия Договора/Полиса страхования или о продолжении действия периода страхования на прежних условиях.

7.29. Если после заключения Договора/Полиса страхования принимается закон или другой прававой акт, условия которого отличаются от условий законов или других прававых актов, действующих на момент утверждения настощих правил, действуют условия тех законов или других прававых актов, которые действовали на момент утверждения настоящих Условий, если иное не предусмотрено действующим законодательством РА.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. выбирать программы страхования в любом сочетании и содержании медицинских и иных услуг, выбирать медицинские и иные учреждения, предоставляющие услуги по Договору/Полису страхования из числа, предложенных Страховщиком и согласованных с ним;

8.1.2. по обоюдному согласию со Страховщиком изменять перечень страховых рисков, программ страхования, список медицинских и иных учреждений, размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и, при необходимости, уплаты дополнительной страховой премии;

8.1.3. вносить изменения в список Застрахованных лиц путем подписания дополнительного соглашения к Договору/Полису страхования, предоставляя Страховщику необходимые сведения;

8.1.4. в случае потери Договора/Полиса (страховой карты), получить его дубликат в течение действия Договора/Полиса.

8.1.5. на основании письменного заявления Страховщику расторгнуть Договор/Полис в одностороннем порядке.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. Сообщить Страховшику о событиях, имеющих признаки страхового случая немедленно, но не позже, чем в течение 24 (двадцать четыре) часов, за исключением случаев экстренной и неотложной медицинской помощи, позвонив или написав, в том числе зарегистрировав заявку онлайн на сайте компании или отправив электронное письмо. При нарушении данного срока Страхователь или Застрахованное лицо обязанны при первой же возможности писменно обосновать причину опоздания, прилагая

8.2.5. ապահովել Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված փաստաթղթերի պահպանումը,
8.2.6. պատասխանատվության և իրավասության շրջանակներում կիրառել ապահովագրական ռիսկի մեծացմանը բերող հանգամանքները վերացնելուն ուղղված միջոցառումներ՝ հնարավորության դեպքում նախապես համաձայնեցնելով Ապահովագրողի հետ,
8.2.7. ապահովել Ապահովագրողի հետ հարաբերությունների գաղտնիությունը,
8.2.8. Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ընթացքում Ապահովագրողին անհապաղ, սակայն ամեն դեպքում ոչ ուշ քան Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) այդ մասին հայտնի դառնալու պահից 3 (երեք) աշխատանքային օրվա ընթացքում, հայտնել Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելիս Ապահովագրողին հայտնած հանգամանքների՝ իրեն հայտնի դարձած փոփոխությունների մասին, եթե այդ փոփոխությունները կարող են որակապես ազդել ապահովագրական ռիսկի մեծանալու վրա,
8.2.9. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելիս, ինչպես նաև դրա գործողության ընթացքում այդ մասին իրեն հայտնի դառնալու պահից 3 (երեք) աշխատանքային օրվա ընթացքում Ապահովագրողին հայտնել տվյալ Ապահովագրված անձի գծով այլ ընկերություններում առկա միևնույն ապահովագրական ռիսկը ծածկող ապահովագրության պայմանագրերի մասին:

8.3. Ապահովագրողն իրավունք ունի՝

8.3.1. ստուգել Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) հայտնած տեղեկատվությունն, ինչպես նաև Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կողմից սույն Պայմանների, և Պայմանագրի/Վկայագրի պահանջների և պայմանների կատարումը և մերժել Պայմանագրի/Վկայագրի կնքումը կամ պահանջել գործարքի անվավեր ճանաչում այն դեպքում, եթե Ապահովադիրը (Ապահովագրված անձը) հայտնել է ակնհայտ սուտ տեղեկություններ,
8.3.2. հարցում կատարել համապատասխան որակավորում ունեցող մասնագետներին (անհրաժեշտության դեպքում՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության գլխավոր մասնագետներին)՝ Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) մատուցված ծառայության, դեղորայքային բուժման, կատարված, նշանակված հետազոտության անհրաժեշտությունը որոշելու համար, ինչպես նաև հիմք ընդունել վերը նշված մասնագետների եզրակացությունները,
8.3.3. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելիս պահանջել, որպեսզի Ապահովադիրը (Ապահովագրված անձը) լրացնի հարցաթերթիկ և/կամ անցնի նախնական Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված բժշկական զննություն,
8.3.4. Ապահովագրված անձի համար Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված Բժշկական և այլ հաստատություններում բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների տրամադրման հնարավորության բացակայության դեպքում կազմակերպել անհրաժեշտ և համապատասխան ծավալի և որակի ծառայությունների տրամադրում այլ Բժշկական հաստատություններում, որոնք որոշվում են Ապահովագրողի հայեցողությամբ,
8.3.5. պահանջել Ապահովադրից (Ապահովագրված անձից) սույն Պայմանների և/կամ Պայմանագրի/Վկայագրի համաձայն բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերն Ապահովագրողին ներկայացնել հայերեն լեզվով,
8.3.6. ապահովագրական հատուցում վճարելիս ապահովագրական հատուցման գումարից հաշվանցել Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված և վճարման ենթակա ամբողջ ապահովագրավճարը կամ դրա չվճարված մասն ամբողջությամբ՝ անկախ ապահովագրավճարի հերթական վճարման համար Պայմանագրով սահմանված ժամկետից,
8.3.7. վճարման ենթակա ապահովագրական հատուցման չափը որոշելիս հաշվանցել կետանցված ապահովագրավճարի գումարը, եթե ապահովագրական պատահարը տեղի է ունեցել մինչև հերթական ապահովագրավճարի վճարումը, որը կետանցվել է:

8.4. Ապահովագրողը պարտավոր է՝

8.4.1. ծանոթացնել Ապահովադրին սույն Պայմաններին,
8.4.2. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելիս Ապահովադրին և/կամ Ապահովագրված անձանց (անմիջականորեն կամ Ապահովադրի միջոցով) հատկացնել Պայմանագրեր/Վկայագրեր և/կամ ապահովագրական քարտեր,
8.4.3. Պայմանագրի/Վկայագրի (ապահովագրական քարտի) գործողության ընթացքում դրա կորստի դեպքում Ապահովադրին և/կամ Ապահովագրված անձին տրամադրել դրա կրկնօրինակը՝ վերջիններիս գրավոր դիմումի հիման վրա: Կրկնօրինակի վրա կատարվում է համապատասխան «ԿՐԿՆՕՐԻՆԱԿ» գրառում: Արդեն իսկ կորած Պայմանագիրը/Վկայագիրը (ապահովագրական քարտը) համարվում է անվավեր կորստի մասին դիմումի ստացման օրվանից և

документы, подтверждающие опоздание.
8.2.2. при заключении Договора/Полиса страхования и во время его действия предоставлять Страховщику всю информацию, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора/Полиса страхования, а также об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и объемов возможных убытков (степень страхового риска) при его наступлении;
8.2.3. Проинформировать Застрахованных лиц об условиях Договора/Полиса страхования, Правилах и программах страхования, а так же о порядке предоставления медицинских и/или иных услуг, так как Застрахованное лицо само несет риск за невыполнение обязанностей по данному Договору/Полису и Правил страхования.

8.2.4. выплачивать страховую премию (очередной страховой взнос) в объеме и в сроки, установленные Договором/Полисом страхования;
8.2.5. обеспечить сохранность документов по Договору/Полису страхования;
8.2.6. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска, при возможности заранее согласовав со Страховщиком.
8.2.7. обеспечить конфиденциальность отношений со Страховщиком.
8.2.8. во время действия Договора/Полиса страхования сообщить Страховщику немедленно, но в любом случае не позднее 3 рабочих дней с момента, когда об этом стало известно Страхователю (Застрахованному лицу), об известных ему изменениях, если эти изменения могут качественно повлиять на увеличение страхового риска.

8.2.9. при заключении Договора/Полиса, а также в период его действия в течение 3 (трех) рабочих дней с момента, когда ему стало известно, сообщить Страховщику об имеющихся в других компаниях страховых договорах в отношении данного Застрахованного лица, покрывающих одинаковый страховой риск.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий настоящих Правил и Договора/Полиса страхования и отказать в заключении Договора/Полиса или потребовать признания Договора/Полиса недействительным, в случае, если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;
8.3.2. обратиться к специалистам соответствующей квалификации (при необходимости к главным специалистам Министерства здравоохранения РА) для определения необходимости оказанной Страхователю (Застрахованному лицу) услуги, проведенного медикаментозного лечения, назначенного обследования, а также взять за основу выводы вышеуказанных специалистов
8.3.3. при заключении Договора/Полиса страхования потребовать, чтобы Страхователь (Застрахованное лицо) заполнил анкету и/или прошел предварительный медицинский осмотр;
8.3.4. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и/или иных услуг Застрахованному лицу в медицинских и иных учреждениях, указанных в Договоре/Полисе страхования, организовать предоставление Застрахованному лицу необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг в других медицинских учреждениях, определенных по усмотрению Страховщика;
8.3.5. потребовать от Страхователя (Застрахованного Лица), согласно данным Правилам и/или Договору/Полису, представлять все необходимые документы Страховщику на армянском языке.
8.3.6. при произведении страховой выплаты из суммы страхового возмещения зачесть всю страховую премию, предусмотренную Договором/Полисом и подлежащую уплате, или ее неуплаченную часть полностью, вне зависимости от срока, установленного Договором для уплаты страхового взноса.
8.3.7. при определении суммы страхового возмещения, подлежащей уплате, зачесть сумму просроченного страхового взноса, если страховой случай произошел до выплаты очередного

դրանով ապահովագրական հատուցումներ չեն կատարվում: Պայմանագրի/Վկայագրի (ապահովագրական քարտի) կրկնակի կորստի դեպքում կրկնօրինակը տրամադրելու համար Ապահովագրողն իրավունք ունի Ապահովադրից պահանջել վճարել դրամական գումար՝ Պայմանագրի/Վկայագրի (ապահովագրական քարտի) պատրաստման և կազմման ծախսերի չափով,

8.4.4. ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու դեպքում Պայմանագրում/Վկայագրում սահմանված կարգով կատարել տրամադրված ծառայությունների վճարումը,

8.4.5. պահպանել ապահովագրական գաղտնիքը,

8.4.6. սույն Պայմաններով, Ծրագրով, Պայմանագրով/Վկայագրով, ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված ծանուցումներն ուղարկել իր պատշաճ էլեկտրոնային փոստի հասցեից ծանուցվողի պատշաճ էլեկտրոնային փոստի հասցեին: Սույն Պայմանների իմաստով պատշաճ էլեկտրոնային փոստի հասցե է համարվում՝

- տվյալ Պայմանագրով/Վկայագրով Ապահովադրի և Ապահովագրված անձի համար՝ Ապահովադրի՝ Պայմանագրում/Վկայագրում նշված էլեկտրոնային հասցեն, իսկ Պայմանագրի/Վկայագրի կնքումից հետո՝ Ապահովագրողին վերջին անգամ տրամադրված էլեկտրոնային հասցեն,
- կոնկրետ հատուցման գործընթացում հայտային դիմումում ծանուցման համար նշված այլ էլեկտրոնային հասցե տրամադրված լինելու դեպքում՝ միայն տվյալ գործընթացի շրջանակներում՝ այդ էլեկտրոնային հասցեն,
- Ապահովագրողի համար՝ Պայմանագրում/Վկայագրում/ ապահովագրական քարտում նշված էլեկտրոնային հասցեները:

8.5. Ապահովագրված անձն իրավունք ունի՝

8.5.1. ստանալ ծառայություններ համաձայն Ծրագրի,

8.5.2. ստանալ բացատրություններ սույն Պայմանների և Պայմանագրի/Վկայագրի պայմանների վերաբերյալ՝ բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների տրամադրման կարգի մասին,

8.5.3. Ծրագրում նշվածներից ընտրել ցանկացած Բժշկական և այլ հաստատություն,

8.5.4. հայտնել Ապահովագրողին Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված ծառայությունների չտրամադրման, ոչ լիարժեք կամ անորակ տրամադրման մասին,

8.5.5. Պայմանագրի/Վկայագրի (ապահովագրական քարտի) գործողության ընթացքում դրա կորստի դեպքում ստանալ դրա կրկնօրինակը:

8.6. Ապահովագրված անձը պարտավոր է՝

8.6.1. Ապահովագրողին հայտնել ապահովագրական պատահարի նշաններ ունեցող իրադարձության մասին անհապաղ, սակայն ոչ ուշ, քան 24 (քսանչորս) ժամվա ընթացքում, բացառությամբ շտապ և անհետաձգելի բուժօգնության դեպքերի, հեռախոսով կամ գրավոր, այդ թվում՝ Ապահովագրողի ինտերնետային կայքում հայտն առցանց գրանցելով կամ էլեկտրոնային նամակ ուղարկելով: Նշված ժամկետը խախտելու պարագայում՝ առաջին իսկ հնարավորության դեպքում Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձը պարտավոր է գրավոր հիմնավորել ուշացման պատճառը՝ կից ներկայացնելով ուշացման փաստը հավաստող փաստաթղթերը,

8.6.2. հոգալ իր առողջության պահպանման մասին, Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված ծառայությունների տրամադրման ընթացքում կատարել բուժող բժշկից ստացված ցուցումները, այդ թվում՝ գնել կամ Ապահովագրողի հետ համագործակցող Դեղատնից ստանալ բուժող բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքը՝ նշանակման օրվանից 5 (հինգ) օրացուցային օրվա ընթացքում,

8.6.3. հոգալ ապահովագրական փաստաթղթերի պահպանման մասին և չփոխանցել դրանք այլ անձանց՝ վերջիններիս կողմից բժշկական և/կամ այլ ծառայություններ ստանալու նպատակով,

8.6.4. հայտնել Ապահովագրողին իր անձնագրային տվյալների, կոնտակտային տվյալների՝ այդ թվում՝ բնակության (հաշվառման) վայրի, հեռախոսահամարների և կապի այլ միջոցների փոփոխման մասին,

8.6.5. տրամադրել Ապահովագրողին և/կամ նրա ներկայացուցչին իրավունք ծանոթանալու ցանկացած Բժշկական և այլ հաստատությունից ստացված բժշկական փաստաթղթերի հետ՝ Պայմանագրի/Վկայագրի կատարման հետ կապված հարցերի լուծման համար,

8.6.6. ապահովել Ապահովագրողի հետ հարաբերությունների գաղտնիությունը:

8.7. Մինչև 18 (տասնութ) տարեկան ապահովագրված անձանց Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված իրավունքներն ու պարտականությունները, բացառությամբ Պայմանագրի/Վկայագրի

страхового взноса, который был просрочен.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

8.4.2. предоставлять страховые Договора/Полисы и/или страховые карты Застрахованным лицам (непосредственно или через Страхователя) при заключении Договора/Полиса страхования;

8.4.3. В течение действия Договора/Полиса (страховой карты) в случае его потери предоставить Страхователю и/или Застрахованному лицу дубликат на основе письменного заявления последних. На дубликате делается соответствующая надпись «Дубликат». Уже потерянный Договор/Полис (страховая карта) считаются недействительными с момента получения заявления о потере, и по нему не выплачиваются страховые возмещения. В случае повторной потери Договора/Полиса и/или (страховой карты) для предоставления дубликата Страховщик вправе потребовать от Страхователя заплатить сумму в размере расходов на подготовку и составление Договора/Полиса (страховой карты).

8.4.4. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора/Полиса страхования при наступлении страхового случая;

8.4.5. соблюдать страховую тайну;

8.4.6. надлежащим образом отправлять уведомления, предусмотренные настоящими Правилами, Программой, Договором/Полисом, законодательством РА, из достоверного адреса своей электронной почты на достоверный адрес электронной почты уведомляемого. В целях настоящих Правил достоверным адресом электронной почты считается:

- для Страхователя и Застрахованного лица по данному Договору – адрес электронной почты, указанный Страхователем в Договоре/Полисе, а после заключения Договора/Полиса адрес электронной почты, предоставленный Страховщику последним;
- в случае, если будет предоставлен иной адрес электронной почты, который будет указан в заявлении для отправки уведомлений по конкретному процессу возмещения, только в рамках данного процесса данный адрес электронной почты;
- для Страховщика – адреса электронной почты, указанные в Договоре/Полисе/страховой карте.

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1. получать услуги в соответствии с программой страхования;

8.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора/Полиса страхования о порядке предоставления медицинских и/или иных услуг;

8.5.3. выбрать любое медицинское и иное учреждение из списка, указанного в программе страхования;

8.5.4. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору/Полису страхования;

8.5.5. получить дубликат Договора/Полиса страхования (страховой карты) в случае его потери в течение его действия.

8.6. Застрахованное лицо обязано:

8.6.1. Сообщить Страховщику о событиях, имеющих признаки страхового случая немедленно, но не позже, чем в течение 24 (двадцать четыре) часов, за исключением случаев экстренной и неотложной медицинской помощи, позвонив или написав, в том числе зарегистрировав заявку онлайн на сайте компании или отправив электронное письмо. При нарушении данного срока Страхователь или Застрахованное лицо обязанны при первой же возможности письменно обосновать причину опоздания, прилагая документы, подтверждающие опоздание.

8.6.2. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору/Полису страхования, в том числе покупать или получать из сотрудничающей со Страховщиком Аптеки лекарственные препараты, назначенные лечащим врачом, в течение 5 (пяти) календарных дней со дня назначения.

8.6.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и/или иных услуг;

8.6.4. сообщать Страховщику об изменениях паспортных данных, контактных данных, в том числе при смене адреса проживания (регистрации), телефонных номеров и других средств;

8.6.5. предоставлять Страховщику и/или его представителю

համաձայն ծառայությունների ստացման իրավունքի, ՀՀ օրենսդրության համաձայն իրականացնում են նրանց օրինական ներկայացուցիչները:

8.8. Պայմանագիրը/Վկայագիրը կարող է ներառել նաև Կողմերի՝ ՀՀ օրենսդրությանը չհակասող այլ իրավունքներ և պարտականություններ:

9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

9.1. Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված ծառայություններ ստանալու համար, Ապահովագրված անձը պետք է դիմի Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված Բժշկական հաստատություն՝ նախապես տեղեկացնելով Ապահովագրողին Պայմանագրում/Վկայագրում նշված հեռախոսահամարով և համաձայնեցնելով նրա հետ:

9.2. Ապահովագրված անձի կողմից ապահովագրական պատահարի կապակցությամբ ծախսեր կատարելու դեպքում Ապահովագրողն ուսումնասիրում է կատարված վճարումների հիմնավորվածությունը և կատարված ծախսերի ողջամտությունը: Ապահովագրական հատուցում վճարելու վերաբերյալ որոշում կայացնելու դեպքում Ապահովագրողը հատուցում է Ապահովագրված անձի գծով տվյալ ծառայության համար փաստացի կատարված ծախսերը, սակայն այն դեպքում, երբ Ապահովագրված անձը ծառայությունը ստացել է Ապահովագրողի հետ համագործակցող Բժշկական հաստատությունների ցանկում (սույն Պայմաններում՝ նաև Ցանկ) չնշված բժշկական հաստատությունում, ապա Ապահովագրված անձը վճարումը կատարում է իր հաշվին, իսկ հատուցման ենթակա գումարը չի կարող գերազանցել Ցանկում նշված առաջին 10 (տասը) Բժշկական հաստատությունների և Ապահովագրողի, իսկ ատամնաբուժական ծառայությունների դեպքում՝ Ցանկում նշված առաջին 2 (երկու) ատամնաբուժարանների և Ապահովագրողի միջև կնքված համագործակցության պայմանագրերի համաձայն տվյալ ծառայության գծով գործող գների հիման վրա հաշվարկված միջին մեծությունը:

9.3. Ապահովագրված անձին ծառայությունների տրամադրումն իրականացվում է նրա կողմից Պայմանագիր/Վկայագիր կամ ապահովագրական քարտ, ինչպես նաև անձը հաստատող փաստաթուղթ ներկայացնելիս:

9.4. Ապահովագրողի հետ կնքված Ծառայությունների մատուցման պայմանագրի հիման վրա Բժշկական հաստատությունները, Դեղատները և այլ հաստատություններն Ապահովագրված անձանց տրամադրում են Պայմանագրով/Վկայագրով և ընտրված Ծրագրերով նախատեսված ծառայություններ՝ ներառյալ բժշկատրանսպորտային ծառայություններ:

9.5. Եթե Ապահովագրված անձը դիմում է Ապահովագրողի հետ չհամագործակցող Բժշկական հաստատություններ, Դեղատներ կամ այլ հաստատություններ, ապա նա պետք է նախապես համաձայնեցնի Ապահովագրողի հետ այդ հաստատություններում համապատասխան ծառայության համար սահմանված գները:

9.6. Պայմանագրում/Վկայագրում կարող է նախատեսվել Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կրած բժշկական և Ապահովագրողի հետ համաձայնեցված և Պայմանագրի/Վկայագրի պայմաններին համապատասխան այլ ծառայությունների վճարման ծախսերի հատուցում՝ անմիջականորեն Ապահովագրված անձի հաշվարկային հաշվին (բանկային հաշվեհամար (բանկային քարտի համար)) փոխանցելու միջոցով: Ընդ որում, նշված ծախսերն Ապահովագրողի կողմից կճանաչվեն հիմնավորված՝ սույն Պայմանների 9.7. կետում նշված ծախսերի անհրաժեշտությունը և վճարման փաստը հաստատող փաստաթղթերի հիման վրա:

9.7. Սույն Պայմանների 9.6. կետի համաձայն՝ հատուցման իրականացման համար Ապահովադիրը/Ապահովագրված անձը պետք է Ապահովագրողին ներկայացնի հետևյալ փաստաթղթերը՝

9.7.1. Հայտային դիմում,

9.7.2. Բժշկական փաստաթղթեր.

9.7.2.1. Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության դեպքում.

ա) Բժշկական տեղեկանք, որտեղ պետք է նշված լինի՝

- Ապահովագրված անձի անունը, ազգանունը,
- Ապահովագրված անձի դիմելու ամսաթիվը,
- կատարված և/կամ նշանակված լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտությունները,
- նախնական ախտորոշումը,
- վերջնական ախտորոշումը,
- նշանակված բուժումը (դեղերի ցանկը, ներառյալ՝ դեղերի չափաբաժինը, ընդունման օրերի քանակը):

Տեղեկանքը պետք է լրացված լինի բժշկի կամ Բժշկական

право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора/Полиса страхования;

8.6.6. обеспечить конфиденциальность отношений со Страховщиком.

8.7. Все права и обязанности по Договору/Полису страхования Застрахованых лиц в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором/Полисом страхования, осуществляютих законные представители в соответствии с законодательством РА.

8.8. Договор/Полис страхования может содержать и иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РА.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

9.1. Для получения услуг по Договору/Полису страхования, Застрахованное лицо должен обратиться в медицинское учреждение, предусмотренное Договором/Полисом страхования, предварительно сообшив Страховщику по указанному телефону и согласовав с ним.

9.2. В случае произведения Застрахованным лицом расходов в связи со страховым случаем Страховщик изучает обоснованность и благоразумность произведенных расходов.. В случае принятия решения относительно произведения страховой выплаты Страховщик возмещает расходы, фактически понесенные на лечение Застрахованного лица в связи с данной услугой. Однако в том случае, если Застрахованное лицо получило услуги в медицинском учреждении, не указанном в списке Медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком (в настоящих Правилах – Список), то Застрахованное лицо производит оплату за свой счет, а подлежащая возмещению сумма не может превышать среднюю величину, рассчитанную на основе действующих цен на данную услугу по договорам о сотрудничестве, заключенным между указанными в Списке первыми 10 (десятью) Медицинскими учреждениями и Страховщиком, а в случае стоматологических услуг – заключенным между указанными в Списке первыми 2 (двумя) стоматологическими клиниками и Страховщиком.

9.3. Услуги оказиваются Застрахованному лицу при предъявлении им Договора/Полиса или страховой карты, а также документа, подтверждающего личность.

9.4. Медицинские учреждения, Аптеки и иные учреждения предоставляют Застрахованным лицам услуги, предусмотренные Договором/Полисом страхования и выбранными программами, включая медико-транспортные услуги на основе Договора предоставления услуг, заключенного со Страховщиком.

9.5. Если Застрахованное лицо обращается в Медицинские учреждения, Аптеки или иные учреждения, которые не сотрудничают со Страховщиком, он должен заведомо согласовать со Страховщиком установленные цены в данных учреждениях на соответствующую услугу.

9.6. Согласно соответствующим условиям Договора/Полиса, в Договоре/Полисе могут быть предусмотрены иные медицинские расходы понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) и согласованные со Страховщиком, которые подлежат возмещению, путем перечисления непосредственно на расчетный счет Застрахованного лица (банковский счет (номер банковской карты)). При этом указанные расходы будут признаны обоснованными на основе документов подтверждающих необходимость расходов указанных в пункте 9.7. и подтверждающих факт осуществления оплаты.

9.7. Согласно пункту 9.6. настоящих Условий, для осуществления выплаты, Страхователь/Застрахованное лицо должен представить Страховщику следующие документы:

9.7.1. Заявление,

9.7.2. Медицинские документы

9.7.2.1. В случае амбулаторно-поликлинической помощи:

а) Медицинская справка, в которой должны быть указанны:

- имя, фамилия Застрахованного лица
- дата обращения Застрахованного лица
- проведенные и/или назначенные лабораторные и/или инструментальные обследования

հաստատության ձևաթղթի վրա և ստորագրված լինի բուժող բժշկի կողմից:
բ) Կատարված լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտությունների պատասխանները:
9.7.2.2. Ստացիոնար բուժման դեպքում.
ա) Էպիկրիզ (քաղվածք հիվանդության պատմությունից), որտեղ պետք է նշված լինի՝
- Ապահովագրված անձի անունը, ազգանունը,
- Ապահովագրված անձի դիմելու և դուրսգրման ամսաթիվը,
- կատարված լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտությունները,
- վերջնական ախտորոշումը,
- նշանակված բուժումը (դեղերի ցանկը, ներառյալ՝ դեղերի չափաբաժինն, ընդունման օրերի քանակը):

Էպիկրիզը պետք է ստորագրված լինի բուժող բժշկի կողմից և կնքված լինի Բժշկական հաստատության կնիքով:
բ) Կատարված լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտությունների պատասխանները:
9.7.2.3. Ֆինանսական փաստաթղթեր.
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար բուժման դեպքում.
- դեղերի գնման դեպքում՝ ՀԴՄ (Հսկիչ դրամարկղային մեքենաների) կտրոն և տրամադրված դեղորայքի անվանացանկ,
- ՀԴՄ կտրոն, տրամադրված ծառայությունների անվանացանկը պարունակող փաստաթուղթ, ԴՄՕԱ (Դրամարկղի մուտքի օրդերի անդորրագիր) կամ հաշիվ-ապրանքագիր և վճարման փաստը հաստատող փաստաթուղթ (վերջիններում պետք է նշված լինի մատուցված բժշկական ծառայության տեսակը, սակագինը, վճարված գումարի չափը, վճարման ամսաթիվը, հաստատված լինի Բժշկական հաստատության կնիքով):

9.7.2.4. Անձը հաստատող փաստաթղթեր.
- ծննդյան վկայականի կամ անձնագրի բնօրինակը, որը ներկայացվում է Ապահովագրված անձի օրինական ներկայացուցչի կողմից, եթե Ապահովագրված անձն անչափահաս է:

9.7.3. Դժբախտ պատահարի դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի պահանջել Ոստիկանության կողմից տրամադրվող և պատահարի փաստը հավաստող համապատասխան փաստաթուղթ:
9.7.4. Ապահովագրողի կողմից պահանջվող այլ փաստաթղթեր:
9.8. Սույն Պայմանների 9.6. կետի համաձայն հատուցում իրականացնելու համար հիմք են հանդիսանում Ապահովագրված անձի գծով փաստացի կատարված ծախսերը, որոնք նշված են սույն Պայմանների համաձայն Ապահովագրողին ներկայացված փաստաթղթերում: Ընդ որում, Ապահովագրված անձի գծով Ապահովագրողին ներկայացված հայտային դիմումում ներկայացված պահանջի չափ նշված լինելու դեպքում հատուցումն իրականացվում էնշված գումարի սահմաններում:
9.9. Ապահովագրական հատուցումն Ապահովագրված անձից տարբեր անձի կողմից ստանալու դեպքում, ստացողը պետք է ներկայացնի իր անձնագիրը և լիազորագիր՝ ստորագրված Ապահովագրված անձի կողմից:
9.10. Ֆիզիկական անձ Ապահովադիրն իրավունք չունի պահանջել ապահովագրական հատուցում մտածելու ժամանակի ընթացքում տեղի ունեցած ապահովագրական պատահարի համար, եթե այդ մասին նա չի ծանուցել Ապահովագրողին և եթե այդ պատահարը տեղի ունենալուց հետո ֆիզիկական անձ Ապահովադիրը, մինչև մտածելու ժամանակի ավարտը, ծանուցել է Ապահովագրողին Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու մասին:
9.11. Ապահովագրողը ստուգում է Պայմանագրում/Վկայագրում Ապահովագրված անձին տրամադրվող ծառայությունների ծավալի համապատասխանությունը, ծառայությունների տրամադրման ժամկետները և Պայմանագրի/Վկայագրի այլ դրույթների կատարումն, ինչպես նաև սեփական նախաձեռնությամբ կամ Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) գրավոր դիմումի հիման վրա անցկացնում է տրամադրված ծառայությունների որակի փորձաքննություն:
9.12. Ապահովադրի/Ապահովագրված անձի կողմից բժշկական փաստաթղթերը, ինչպես նաև բժշկական ծախսերը հիմնավորող փաստաթղթերը պետք է ներկայացվեն Ապահովագրողին բժշկական հաստատություն հաճախելուց և բժշկական ծախսերը կատարելուց հետո առավելագույնը 45 (քառասունհինգ) օրացուցային օրվա ընթացքում: Նշված ժամկետի խախտման դեպքում Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձն առաջին իսկ հնարավորության դեպքում պարտավոր է գրավոր հիմնավորել ուշացման պատճառը՝ կից ներկայացնելով ուշացումը հավաստող փաստաթղթեր:
9.13. Ապահովագրողի կողմից չեն հատուցվում այն ծախսերը, որոնք

- предварительный диагноз
- заключительный диагноз
- назначенное лечение (список медикаментов, включая дозу лекарств, количество дней приема)

Справка должна быть заполнена на бланке врача или Медицинского учреждения и должна быть подписана лечащим врачом.
б) Заключения проведенных лабораторных и/или инструментальных обследований.

9.7.2.2. В случае стационарной помощи:
а) Эпикриз (выписка из истории болезни), в котором должно быть указанно:
- имя, фамилия Застрахованного лица
- дата обращения и выписки Застрахованного лица
- проведенные лабораторные и/или инструментальные обследования
- заключительный диагноз
- назначенное лечение (список медикаментов, включая дозу лекарств, количество дней приема)

Эпикриз должен быть подписан лечащим врачом и закреплен печатью медицинского учреждения.
б) Заключения проведенных лабораторных и/или инструментальных обследований.
9.7.2.3. Финансовые документы
В случае амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи:
- В случае приобретения лекарств - кассовый чек и список с наименованиями предоставленных лекарств
- Кассовый чек, домумент содержащий наименования услуг, кассовый ордер или счёт-фактура и документ подтверждающий факт осуществления оплаты (в которых должны быть указаны тип предоставленной медицинской услуги, цена, сумма оплаты, дата оплаты, и которые должны быть заверены печатью медицинского учреждения.

9.7.2.4. Документы, предоставляемые для получения страхового возмещения:
- Оригинал свидетельства о рождении или паспорта, которые предоставляются Страховщику законным представителем Застрахованного лица, если Застрахованное лицо является несовершенолетним.

9.7.3. При наступлении несчастного случая Страховщик вправе потребовать соответствующий документ, предоставляемый Полицией и подтверждающий факт наступления случая.
9.7.4. Другие документы потребованные Страховщиком.
9.8. В соответствии с пунктом 9.6. настоящих Правил для произведения страховой выплаты основанием являются расходы, фактически понесенные на лечение Застрахованного лица, которые указаны в документах, представленных Страховщику согласно настоящим Правилам. При этом, если в заявлении, представленном Страховщику по части Застрахованного лица, будет указан размер требуемой суммы, то страховая выплата производится в рамках указанной суммы.
9.9. В случае получения страхового возмещения другим лицом, нежели Застрахованным, получатель должен предъявить свой паспорт и доверенность подписанный Застрахованным лицом.
9.10. Страхователь, являющийся физическим лицом, не вправе требовать страхового возмещения по страховому случаю, произошедшему в течение времени на обдумывание, если он об этом не уведомил Страховщика и если после наступления этого случая Страхователь, являющийся физическим лицом, до завершения времени на обдумывание уведомил Страховщика о расторжении Договора/Полиса.
9.11. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг оговоренному в Договоре/Полисе страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора/Полиса страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица).
9.12. Документы, обосновавшее страхавой случай и медицинские затраты, Страхователь/Застрахованное лицо должен предоставить Страховщику в течении 45 (сорок пять) календарных дней после посещения в медицинское учреждение и осуществления затрат. При нарушении указанного срока Страхователь или

Ապահովադիրը (Ապահովագրված անձը) կրել է Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետի ավարտից հետո կամ կապված են մինչև Պայմանագրի/Վկայագրի ուժի մեջ մտնելը տեղի ունեցած ապահովագրական պատահարի նշաններ ունեցող իրադարձությունների հետ: Ապահովագրողը հատուցում է Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետի ընթացքում տեղի ունեցած պատահարների հետ կապված Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետի ավարտից հետո իրականացված ծախսերը, որոնք կատարվել են մինչև Ապահովագրված անձի կյանքին վտանգի վերացման պահը, եթե ապահովագրության Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

9.14. Եթե Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանվում է չհատուցվող գումար, Ապահովագրված անձին տրամադրված ծառայությունների արժեքի մասը՝ Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված չհատուցվող գումարի չափին հավասար գումարով, վճարվում է Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կողմից անմիջականորեն այդ ծառայությունները տրամադրող հաստատությանը, կամ Ապահովագրողին՝ տեղի ունեցած իրադարձությունն ապահովագրական պատահար ճանաչելուց և վերջինիս կողմից տրամադրված ծառայությունները վճարելու մասին ծանուցում ստանալու օրվանից սկսած 30 (երեսուն) օրացուցային օրվա ընթացքում:

9.15. Եթե Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված դեպքերում ապահովագրական ընկերության հետ համաձայնեցված բուժումը կամ խորհրդատվությունն իրականացվում է արտերկրից հրավիրված մասնագետի կողմից և վերջինիս մատուցած ծառայության արժեքը գերազանցում է ՀՀ-ում գործող մասնագետների կողմից նմանատիպ ծառայության մատուցման արժեքն, ապա հատուցումն իրականացվում է ՀՀ-ում գործող մասնագետների կողմից նմանատիպ ծառայության մատուցման միջին գներով: Եթե սահմանված չեն ՀՀ-ում գործող մասնագետների կողմից նմանատիպ ծառայության մատուցման գներ, ապա հատուցման ենթակա գումարը հաշվարկվում է՝ հիմք ընդունելով ՀՀ բուժհաստատություններում գործող միջինացված գները:

9.16. Եթե Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված դեպքերում Ապահովագրողի հետ համաձայնեցված բուժումը և/կամ խորհրդատվությունն իրականացվում է Ապահովագրողի հետ համագործակցող բժշկական հաստատությունում՝ հրավիրված մասնագետի կողմից և վերջինիս մատուցած ծառայության արժեքը գերազանցում է Ապահովագրողի և տվյալ բժշկական հաստատության միջև կնքված պայմանագրին կից ներկայացված գնացուցակով տվյալ ծառայության համար սահմանված արժեքը, ապա ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է վերոնշյալ գնացուցակի համաձայն:

9.17. Եթե Ապահովագրված անձի գծով առկա են Ապահովագրողի հետ կնքված միևնույն ապահովագրական ռիսկը ծածկող մեկից ավելի ապահովագրության պայմանագրեր, որոնց գործողության ժամկետներն ամբողջությամբ կամ մասամբ համընկնում են և այդ պայմանագրերով ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու պարագայում նախատեսված է.

9.17.1. ամրագրված դրամական հատուցման վճարում, ապա ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է Ապահովագրված անձի ընտրությամբ այդ պայմանագրերից մեկով: Ընդ որում՝ ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է եթե անգամ այլ ընկերություններում Ապահովագրված անձի գծով առկա են միևնույն ապահովագրական ռիսկը ծածկող ապահովագրության պայմանագրեր:

9.17.2. բժշկական ծախսերի հատուցում, ապա ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է Ապահովագրված անձի ընտրությամբ այդ պայմանագրերից մեկով: Ընդ որում՝ եթե Ապահովագրված անձի գծով առկա են միևնույն ապահովագրական ռիսկը ծածկող և բժշկական ծախսերի հատուցման վճարում նախատեսող ապահովագրության պայմանագրեր այլ ապահովագրական ընկերություններում, ապա ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է Պայմանագրի գծով ապահովագրական գումարի և Ապահովագրված անձի գծով կնքված բոլոր պայմանագրերով նախատեսված ընդհանուր ապահովագրական գումարի հարաբերությանը համամասնորեն:

9.18. Եթե Ապահովագրված անձի գծով առկա են Ապահովագրողի հետ կնքված միևնույն ապահովագրական ռիսկը ծածկող և ամրագրված դրամական հատուցման վճարում նախատեսող մեկ և ավելի ապահովագրության պայմանագրեր, ինչպես նաև բժշկական ծախսերի հատուցում նախատեսող մեկ և ավելի ապահովագրության պայմանագրեր և դրանց գործողության ժամկետներն ամբողջությամբ կամ մասամբ համընկնում են, ապա ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է Ապահովագրված անձի ընտրությամբ մեկ ամրագրված դրամական հատուցման վճարում նախատեսող

Застрахованное лицо, при первой возможности, должен письменно обосновать причину задержки, представляя документы, подтверждающие задержку.

9.13. Страховщиком не оплачиваются расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая, которые произошли после окончания срока действия Договора/Полиса страхования, или до вступления в силу Договора/Полиса страхования. Страховщик возмещает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия Договора/Полиса страхования, и понесенные после окончания срока действия Договора/Полиса, если эти расходы были сделаны до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица, если иное не предусмотрено Договором/Полисом страхования.

9.14. При установлении в Договор/Полисе страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в сумме, равной размеру установленной франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом) при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги, либо Страховщику в течении 30 (тридцати) калнедарных дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения уведомления об оплате последним оказанных услуг.

9.15. Если в случае предусмотренном Договором/Полисом лечение или консультация согласованное со Страховщиком осуществляется врачом, приглашенным из зарубежа и цена услуги предоставленной им превышает цену подобной услуги, которая предоставляется специалистом, практикующим в РА, страховое возмещение производится в размере средней цены подобной услуги, которая предоставляется специалистами, практикующими в РА.

Если цены на предоставление подобной услуги со стороны специалистов, практикующих в РА не установлены, сумма, подлежащая выплате, рассчитывается на основе усредненных цен медицинских учреждений, действующих в РА.

9.16. Если в случаях, предусмотренных Договором/Полисом, согласованное со Страховщиком лечение и/или консультация осуществляется в медицинском учреждении, сотрудничающем со Страховщиком, стоимость оказанной приглашенным специалистом услуги превышает указанную стоимость за данную услугу в прейскуранте, приложенном к договору, заключенному между Страховщиком и данным медицинским учреждением, то страховое возмещение осуществляется согласно вышеуказанному прейскуранту.

9.17. Если Страхователь заключил со Страховщиком более одного Договора страхования, которые покрывают одинаковый страховой риск и сроки которых полностью или частично совпадают, то при наступлении страхового случая по данным договорам предусмотрена:

9.17.1. выплата фиксированной денежной компенсации, в данном случае страховая выплата производится по одному из этих договоров по выбору Застрахованного лица. При этом страховая выплата производится, даже если в других компаниях по части Застрахованного лица имеются договоры страхования, покрывающие одинаковый страховой риск.

9.17.2. компенсация медицинских расходов, в данном случае страховая выплата производится по одному из договоров по выбору Застрахованного лица. При этом, если в отношении Застрахованного лица имеются договоры страхования в других страховых компаниях, покрывающие один и тот же страховой риск и предусматривающие компенсацию медицинских расходов, то страховая выплата производится пропорционально отношению страховой суммы по Договору/Полису к общей страховой сумме по всем указанным договорам по Застрахованному лицу.

9.18. Если в отношении Застрахованного лица имеются один и более одного договора страхования, покрывающие одинаковый страховой риск и предусматривающие фиксированную денежную компенсацию, а также один и более одного договора страхования, предусматривающие возмещение медицинских расходов, и сроки их действия полностью или частично совпадают, то страховая выплата производится по выбору Застрахованного лица по одному договору, предусматривающему фиксированное денежное возмещение, и по одному договору, предусматривающему возмещение медицинских

պայմանագրով և մեկ բժշկական ծախսերի հատուցում նախատեսող պայմանագրով: Ընդ որում՝ ամրագրված դրամական հատուցման վճարում նախատեսող պայմանագրով ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է եթե անգամ այլ ընկերություններում առկա են միևնույն ապահովագրական ռիսկը ծածկող ապահովագրության պայմանագրեր: Իսկ եթե Ապահովագրված անձի գծով առկա են միևնույն ապահովագրական ռիսկը ծածկող և բժշկական ծախսերի հատուցման վճարում նախատեսող ապահովագրության պայմանագրեր այլ ապահովագրական ընկերություններում, ապա ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է Պայմանագրի գծով ապահովագրական գումարի և Ապահովագրված անձի գծով կնքված բոլոր պայմանագրերով նախատեսված ընդհանուր ապահովագրական գումարի հարաբերությանը համամասնորեն:

9.19. Եթե Ապահովագրված անձը հանդիսանում է ՀՀ կառավարության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման որևէ ծրագրի շահառու և ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու դեպքում ՀՀ կառավարության պետական բյուջեով նախատեսված հատկացումներով առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում ստանում է բժշկական օգնության և սպասարկման երաշխավորված ֆինանսավորում ամբողջ ծավալով, ապա Ապահովագրողը չի իրականացնում հատուցում, իսկ սույն կետում նշված ծրագրերի շրջանակներում մասնակի ֆինանսավորում ստանալու պարագայում Ապահովագրողը Ապահովագրված անձին հատուցումն իրականացնում է տվյալ ապահովագրական պատահարի գծով չփոխհատուցված բժշկական ծախսերի տարբերության չափով:

10. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՄԵՐԺՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ

10.1. Ապահովագրողն ազատվում է Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) ապահովագրական հատուցում իրականացնելու պարտավորությունից, եթե.

10.1.1. Ապահովագրված անձին տրամադրված բժշկական և/կամ այլ ծառայությունները նախատեսված չեն Պայմանագրով/Վկայագրով,

10.1.2. մատուցվել են չլիցենզավորված բժշկական և/կամ այլ հաստատությունների կողմից, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ,

10.1.3. Ապահովագրված անձին տրամադրված բժշկական և/կամ այլ ծառայություններն իրենց բնույթով հանդիսանում են փորձարարական,

10.1.4. Ապահովադիրն/Ապահովագրված անձը չի կատարել 9.12. կետի պահանջը,

10.1.5. Ապահովադրի/Ապահովագրված անձի/Շահառուի կողմից ներկայացվել է Պայմանագրով/Վկայագրով ապահովագրական հատուցում ստանալու նպատակով խարդախության հատկանիշներ ունեցող հայտ և/կամ ապահովագրական հատուցման չափը ուռճացվել է և/կամ դեպքը որպես ապահովագրական պատահարի նշաններ ունեցող իրադարձություն ներկայացնելու նպատակով կատարվել է կեղծ հայտարարություն:

10.2. Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը, եթե՝

10.2.1. Ապահովադիրն/Ապահովագրված անձը/Շահառուն չի կատարել Պայմաններով և/կամ Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված իր այլ պարտականությունները,

10.2.2. կատարված բուժումը (այդ թվում՝ դեղորայքային), բուժական միջոցները, հետազոտությունները ՀՀ, միջազգային բժշկական ասոցիացիաների արձանագրություններով ճանաչված չեն որպես անհրաժեշտ տվյալ հիվանդության, վնասվածքի, առողջական վիճակի համար:

10.3. Բոլոր դեպքերում Ապահովագրողը չի հատուցում բժշկական և/կամ այլ ծառայությունների դիմաց, որոնք տրամադրվել են Ապահովագրված անձի ցանկությամբ, բժշկի կամ այլ մասնագետի կողմից վերջիններիս իրավասության շրջանակներում տրված ցուցումներին հակառակ:

11. ԿՈՂՄԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ

11.1. Ապահովադիրը (Ապահովագրված անձը) պատասխանատվություն է կրում Ապահովագրված անձի (Ապահովադրի) կողմից բժշկի, շտապ և անհետաձգելի բժշկական օգնության, ոչ բժշկական ցուցումներով սանիտարատրանսպորտային միջոցների չհիմնավորված կանչի համար, բուժման ռեժիմի խախտման, առանց նախնական ծանուցման Բժշկական կամ այլ հաստատությունների հետ նախապես համաձայնեցված բուժական պրոցեդուրաներին, բժշկի ընդունելություններին և այլ

расходов. При этом страховая выплата по договору, предусматривающему фиксированную денежную компенсацию, производится даже если в других компаниях имеются договоры страхования, покрывающие один и тот же страховой риск. А если в отношении Застрахованного лица в других страховых компаниях имеются договоры страхования, покрывающие одинаковый страховой риск и предусматривающие оплату медицинских расходов, то страховая выплата производится пропорционально отношению страховой суммы по Договору/Полису к общей страховой сумме по всем указанным договорам по Застрахованному лицу.

9.19. Если застрахованное лицо является бенефициаром какой-либо программы медицинской помощи и обслуживания на бесплатных и льготных условиях, гарантированных правительством РА, и в случае наступления страхового случая получает гарантированное финансирование медицинской помощи и обслуживания в полном объеме в рамках государственных целевых программ здравоохранения с ассигнованиями, предусмотренными государственным бюджетом правительства РА, то страховщик не осуществляет возмещение, а в случае получения частичного финансирования в рамках указанных в настоящем пункте программ Страховщик осуществляет возмещение застрахованному лицу в размере разницы невозмещенных медицинских расходов по данному страховому случаю

10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ВЫПЛАТЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ

10.1. Страховщик освобождается от обязательства осуществления страховой выплаты Страхователю (Застрахованному лицу) если:

10.1.1. Медицинские и/или другие услуги, предоставленные Застрахованному лицу, не предусмотрены Договором/Полисом,

10.1.2. Были получены в нелицензированном медицинском и/или ином учреждении, если иное не предусмотрено Договором/Полисом страхования;

10.1.3. Медицинские и/или другие услуги являются экспериментальными или исследовательскими по своей природе.

10.1.4. Страхователь/Застрахованное лицо не осуществил требование пункта 9.12.

10.1.5. Если Страхователем/Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем представлено обманное заявление на получение страховой выплаты по Договору/Полису и/или размер страховой выплаты умышленно преувеличен и/или для представления случая в качестве события, имеющего признаки страхового случая, было сделано ложное объявление.

10.2. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если

10.2.1. Страхователь/Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель не выполнил иные свои обязанности, предусмотренные Правилами и/или Договором/Полисом.

10.2.2. проведенное лечение (в том числе медикаментозное), лечебные средства, обследования не признаны необходимыми при данном заболевании, травме, состоянии здоровья протоколами РА и международных медицинских ассоциаций.

10.3. Во всех случаях Страховщик не оплачивает медицинские и/или иные услуги, которые были оказаны по желанию Застрахованного лица, вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

11.1. Страхователь/Застрахованное лицо несет ответственность за необоснованный вызов Застрахованным лицом (Страхователем) врача, скорой и неотложной медицинской помощи, санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, за нарушение лечебного режима, неявку без предварительного уведомления на заранее согласованные с медицинским или иным учреждением процедуры, приемы врачей и другие услуги. Застрахованное лицо (Страхователь) обязан возместить

ծառայություններին չներկայանալու դեպքերում: Ապահովագրված անձը (Ապահովադիրը) պարտավոր է փոխհատուցել Ապահովագրողին սույն կետում սահմանված իրադարձությունների հետ կապված վնասներն, այդ թվում՝ նաև սույն կետում սահմանված իրադարձությունների գծով բժշկական կամ այլ հաստատությունների կողմից նախատեսված տուժանքը:

11.2. Ապահովագրողը պատասխանատվություն չի կրում որևէ վթարի, սպասարկման ընդհատման կամ անկանոն տրամադրման համար, որոնք կապված են այնպիսի սարքավորման, էլեկտրաէներգիայի մատակարարման համակարգերի և/կամ կապի ուղիների կամ ցանցերի հետ, որոնք ապահովվում, տրամադրվում, շահագործվում և/կամ սպասարկվում են երրորդ անձանց կողմից:

11.3. Կողմերից ոչ մեկը պատասխանատվություն չի կրում Պայմանագրից/Վկայագրից բխող պարտականություններն ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն չկատարելու համար, եթե դա հանդիսացել է անհաղթահարելի ուժի ազդեցության հետևանք, մասնավորապես՝ ջրհեղեղի, հրդեհի, երկրաշարժի և այլ տարերային աղետների, ռազմական գործողությունների, քաղաքացիական պատերազմի, ցանկացած տիպի ժողովրդական հուզումների, գործադուլների, տնտեսական շրջափակման, ինչպես նաև այլ կառավարության կողմից սահմանված սահմանափակումների և արգելքների, որոնք ծագել են Պայմանագիրը/Վկայագիրը կնքելուց հետո և որոնք կողմերը չէին կարող կանխատեսել կամ կանխարգելել:

11.4. Այն դեպքում, երբ 11.3. կետում նշված հանգամանքներից մեկն անմիջականորեն ազդել է պարտականությունը Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ժամկետում կատարելու վրա, դրա կատարումը հետաձգվում է այդ հանգամանքների ազդեցության ժամկետով: Եթե անհաղթահարելի ուժի ազդեցությունը շարունակվում է 30 (երեսուն) օրացուցային օրից ավելի, կողմերից յուրաքանչյուրն իրավունք ունի ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն լուծել Պայմանագիրը/Վկայագիրն՝ այդ մասին նախապես տեղյակ պահելով մյուս կողմին, և այդ դեպքում կողմերից ոչ մեկը պատասխանատվություն չի կրում հնարավոր վնասների փոխհատուցման համար:

11.5. Անհաղթահարելի ուժի ազդեցությունը Պայմանագրից/Վկայագրից բխող պարտականությունների կատարման վրա պարտավոր է ապացուցել այն կողմը, որի պարտականությունների կատարմանը խոչընդոտում է նման ազդեցությունը:

12. ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒԾՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

12.1. Պայմանների համաձայն կնքված Պայմանագրից/Վկայագրից բխող վեճերը կարգավորվում են բանակցությունների միջոցով:

12.2. Բանակցությունների արդյունքում համաձայնության չգալու դեպքում վեճերը լուծվում են Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից՝ «Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն կամ դատական կարգով՝ ՀՀ օրենսդրության համաձայն:

12.3. Վիճելի հարցեր լուծելու դեպքում Պայմանագրի/Վկայագրի դրույթները գերակայող ուժ ունեն սույն Պայմանների և Ծրագրի նկատմամբ:

12.4. Վիճելի հարցեր լուծելու դեպքում Ծրագրի դրույթները գերակայող ուժ ունեն սույն Պայմանների նկատմամբ:

12.5. Վիճելի հարցեր լուծելու դեպքում, եթե սույն Պայմաններով Ծրագրի դրույթների վերաբերյալ նախատեսված է առավել մանրամասն նկարագրություն, ապա կիրառվում են սույն Պայմանների և Ծրագրի դրույթները միաժամանակ:

13. ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՏԵՐՄԻՆՆԵՐԸ

Պայմանագիր/Վկայագիր՝ Ապահովադրի և Ապահովագրողի միջև կնքված գրավոր պայմանագիր/վկայագիր, որով Ապահովագրողը պարտավորվում է Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ընթացքում ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու դեպքում վճարել Ապահովագրված անձին՝ սահմանված ապահովագրական գումարի շրջանակներում բժշկական, բժշկատրանսպորտային ծառայությունների, ինչպես նաև Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված այլ ծառայությունների մատուցման ծախսերը, իսկ Ապահովադիրը պարտավորվում է վճարել ապահովագրավճարը (ապահովագրավճարի հերթական մասը) Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ժամկետներում և համապատասխան չափով:

Ապահովագրական հատուցում՝ Ապահովագրողի կողմից Պայմանագրի/Վկայագրի և Ծրագրի համաձայն Ապահովագրված անձին տրամադրված բժշկական և այլ նմանատիպ ծառայությունների դիմաց վճարում:

Ծրագիր՝ Պայմանագրի/Վկայագրի շրջանակներում

Страховщику связанные с этим расходы, в том числе на оплату соответствующих штрафных санкций за невыполнение или не надлежащие выполнение обязательств медицинскому или иному учреждению.

11.2. Страховщик не несет ответственность за любую аварию, сбой или беспорядочное предоставление обслуживания, которые связаны с оборудованием, системой снабжения электроэнергией и/или путями или сетями связи, которые обеспечиваются, предоставляются, эксплуатируются и/или обслуживаются третьими лицами.

11.3. Ни одна из сторон не несет ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств, предусмотренных Договором/Полисом, если убыток был нанесен в результате воздействия непреодолимой силы, в частности, наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий, военных действий, гражданских войн, народных волнений любого типа, забастовок, экономической блокады, а также в результате ограничений и запретов, установленных другим правительством, которые возникли после заключения Договора/Полиса и которые стороны не могли предусмотреть или предотвратить.

11.4. В случае, если одно из обстоятельств указанных в пункте 11.3. имеет непосредственное воздействие на исполнение обязательств в сроках установленных по Договору/Полису страхования, их исполнение откладывается на срок действия этих обстоятельств. Если действие непреодолимой силы длиться более 30 (тридцать) календарных дней, каждая из сторон имеет право полностью или частично расторгнуть Договор/Полис, заранее известив об этом другую Сторону, и в этом случае ни одна из сторон не несет ответственности за возмещение возможных убытков.

11.5. Действие непреодолимой силы на исполнение обязательств по Договору/Полису страхования должна доказать та сторона, исполнению обязательств которой препятствует подобное действие.

12. ОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Согласно Условиям, споры возникающие по заключенному Договору/Полису, разрешаются путем переговоров.

12.2. При недостижении согласия в результате переговоров, споры решаются Омбудсменом финансовой системы, согласно закону РА об Омбудсмене финансовой системы или судебным порядком, согласно законодательству РА.

12.3. При рассмотрении спорных вопросов положения Договора/Полиса имеют приоритетную силу перед Правилами и Программой.

12.4. При рассмотрении спорных вопросов положения Программы имеют приоритетную силу перед настоящими Правилами.

12.5. При рассмотрении спорных вопросов, если настоящими Правилами относительно положений Программы предусмотрено более подробное описание, то положения настоящих Правил и Программы применяются одновременно.

13. ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ.

Договор/Полис – письменный договор/полис, заключенный между Страхователем и Страховщиком, которым Страховщик обязуется при наступлении страхового случая в период действия Договора/Полиса оплатить Застрахованному лицу расходы, в пределах установленной страховой суммы, на получение медицинских, медико-транспортных услуг, а также иных услуг, предусмотренных Договором/Полисом, а Страхователь обязуется оплатить страховую премию (очередной страховой взнос) в установленные Договором/Полисом сроки и в соответствующем объеме.

Страховое возмещение - оплата медицинских и иных подобных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора/Полиса страхования и Программой страхования.

Программа - в рамках Договора/Полиса перечень медицинских услуг, подлежащих возмещению, которые установленны в

Պայմանագրին/Վկայագրին կից ներկայացվող հավելվածով սահմանված հատուցման ենթակա բժշկական ծառայությունների ցանկ,

Բժշկական հաստատություն՝ համապատասխան լիցենզիա ունեցող բուժպրոֆիլակտիկ հաստատություն, գիտահետազոտական և բժշկական ինստիտուտներ, այդ թվում՝ վերականգնողական և սանիտարապրոֆիլակտիկ հաստատություններ, ինչպես նաև ֆիզիկական անձինք, որոնք լիցենզիայի հիման վրա իրականացնում են բժշկական գործունեություն:

Դեղատներ՝ կազմակերպություններ, որոնք իրականացնում են դեղորայքային միջոցների մանրածախ առևտուր, դեղամիջոցների պատրաստում, որոնք ՀՀ օրենսդրության պահանջներին համապատասխան ունեն դեղագործական գործունեության իրականացման լիցենզիա և որոնք Ապահովագրված անձանց տրամադրում են ՀՀ-ում գրանցված դեղամիջոցներ:

Բժշկական ծառայություններ՝ միջոցառումներ կամ միջոցառումների համալիր ուղղված հիվանդությունների կանխարգելմանը և բուժմանը, որոնք ունեն առանձին ավարտուն նշանակություն և որոշակի արժեք:

Բժշկատրանսպորտային ծառայություններ՝ Ապահովագրված անձին փոխադրելու հետ կապված ծառայություններ՝

- շտապ օգնության մեքենայով կամ այլ տեսակի տրանսպորտով ապահովագրական պատահարի նշաններ ունեցող իրադարձության տեղի ունենալու վայրից մինչև ՀՀ տարածքում մոտակա Բժշկական հաստատություն փոխադրելը,
- Ապահովագրված անձի առողջական վիճակին համապատասխան տրանսպորտային միջոցով (անհրաժեշտության դեպքում՝ բժշկական անձնակազմի ուղեկցությամբ), բժշկական պատճառներով (բժշկի նշանակումով) ՀՀ տարածքում գտնվող այլ Բժշկական հաստատություն փոխադրելը,
- Ապահովագրված անձի առողջական վիճակին համապատասխան տրանսպորտային միջոցով (անհրաժեշտության դեպքում՝ բժշկական անձնակազմի ուղեկցությամբ), ՀՀ տարածքում Ապահովագրված անձի մշտական բնակության վայրին ամենամոտ Բժշկական հաստատություն փոխադրելը:

Հայտային դիմում՝ ապահովագրական պատահարի նշաններ ունեցող իրադարձություն տեղի ունենալու դեպքում ապահովագրական հատուցում/Ապահովագրված անձի գծով փոխհատուցում ստանալու համար Ապահովագրողին ներկայացվող դիմում, մասնավորապես՝

- Ապահովագրողին առձեռն ներկայացվող դիմում, կամ
- Ապահովագրողի պաշտոնական էլեկտրոնային հասցեից օգտվելով առցանց գրանցված հայտ և/կամ Պայմանագրում/Վկայագրում նշված էլեկտրոնային հասցեին ուղարկված գրություն, կամ
- Ապահովագրված անձի՝ Պայմանագրի/Վկայագրի համաձայն Բժշկական/այլ հաստատություն դիմելուց հետո համապատասխան հաստատության կողմից Ապահովագրողին ուղարկված փաստաթուղթ/էլեկտրոնային նամակ, որի գծով առկա է Ապահովագրողի՝ հայտային դիմումի ստացումը հաստատող պատասխան նամակ:

Приложение к Договору/Полису страхования.

Медицинское учреждение – лечебно-профилактическое учреждение, научно-исследовательские и медицинские институты, имеющие соответствующую лицензию, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии.

Аптеки – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление лекарственных средств, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности в соответствии с требованиями законодательства РА, и предоставляющие Застрахованным лицам лекарственные средства, зарегистрированные в Республике Армения.

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленные на профилактику и лечение заболеваний, имеющие отдельное завершенное значение и определенную стоимость.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица:

- Транспортировка машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места, имеющего признаки страхового случая, до ближайшего медицинского учреждения на территории РА;
- в соответствие с состоянием здоровья Застрахованного лица транспортировка транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РА по медицинским причинам (по предписанию врача);
- в соответствие с состоянием здоровья Застрахованного лица транспортировка транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица медицинского учреждения на территории РА.

Заявление на получение страховой выплаты – заявление, представляемое Страховщику для получения страхового возмещения/компенсации расходов на лечение Застрахованного лица, в случае наступления события, имеющего признаки страхового случая, в частности:

- заявление, представляемое Страховщику лично, или
- заявление, поданное в режиме онлайн через официальный сайт Страховщика, и/или письмо, отправленное на адрес электронной почты, указанный в Договоре/Полисе, или
- документ/электронное письмо, отправленное Страховщику соответствующим учреждением после обращения согласно Договору/Полису Застрахованного лица в Медицинское/иное учреждение, по части которого имеется ответное письмо, подтверждающее получение заявления Страховщиком.