



**ԼԻԳԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ**



ՀՀ, 0001 Երևան, Զյուսիսային 1  
+374 12 88 88 88  
info@ligainsurance.am  
ligainsurance.am



## «ԼԻԳԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» ԱՊԱՅՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՓԱԿ ԲԱԺՆԵՏԻՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ Է

«ԼԻԳԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» ԱՓԲԸ  
Խորհրդի կողմից  
(22.05.2023թ. Խորհրդի նիստի թիվ 06  
արձանագրություն)

## ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՅՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

Փաստաթղթի կոդ՝ TC750-03-01  
Խմբագրություն՝ 08

**ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

**CONTENT**

**СОДЕРЖАНИЕ**

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 ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՌԻՍԿԻ ԲԵՐՈՒՄԱՆ ՍԱՄԻ ՍԱՀՄԱՆՄԱՆ ԿԱՐԳԸ
7. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ/ՎԿԱՅԱԳՐԻ ԿՆՁՄԱՆ, ԴԱՂԱՐԵՑՄԱՆ ԵՎ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ
8. ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱԿՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ
10. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՍԵՐԺՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ
11. ԿՈՂՄԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ
12. ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒԾՄԱՆ ԿԱՐԳԸ
13. ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՏԵՐՄԻՆՆԵՐԸ

1. THE SUBJECTS OF INSURANCE
2. THE OBJECTS OF INSURANCE
3. INSURANCE ACCIDENTS AND INSURANCE RISKS
4. SUM INSURED DEFINITION PROCEDURE
5. EFFECTIVE PERIOD OF THE INSURANCE CONTRACT/POLICY
6. PROCEDURE OF INSURANCE RATE, INSURANCE PREMIUM, INSTALLMENTS DEFINITION
7. PROCEDURE OF INSURANCE CONTRACT/POLICY CONCLUSION, CANCELLATION AND AMENDMENTS IMPLEMENTATION
8. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES
9. TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE INDEMNITY IMPLEMENTATION
10. INSURANCE INDEMNITY REFUSAL BASIS
11. LIABILITY OF THE PARTIES
12. TERMS OF DISPUTES SETTLEMENT
13. TERMINOLOGY USED IN THE CONDITIONS

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

Սույն ապահովագրության պայմանները (այսուհետ՝ Պայմաններ) մշակված են համաձայն Հայաստանի Հանրապետության (այսուհետ՝ ՀՀ) Զաղաքացիական օրենսգրքի, «Ապահովագրության և Ապահովագրական գործունեության մասին» ՀՀ օրենքի և համապատասխանում են ՀՀ ԿԲ կողմից շնորհված թիվ ԱՊՈ 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:

Present insurance conditions (hereinafter referred to as Conditions) are set according to the Civil Code and the law on Insurance and Insurance activity of RA and are in accordance with the class of health Insurance of the License N 0009 issued and provided by the Central Bank of the RA mentioned below. Present Conditions are considered an integral part of insurance contracts signed in accordance with them. Provisions of these Conditions may be changed (excluded and/or supplemented) when concluding the insurance contract or during its effective period, about which it is mentioned in the insurance contract. Similar changes cannot contradict the legislation of the RA. Insurance programs/products (hereinafter referred to as "Program") can be developed on the basis of these Conditions. In accordance with these Conditions the insurance is effective only within the territory of the RA, unless it is otherwise provided for by the insurance contract.

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. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒԲՅԵԿՏՆԵՐԸ**

**1. THE SUBJECTS OF INSURANCE**

**1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. Համաձայն սույն Պայմանների և ՀՀ գործող օրենսդրության «ԼԻԳԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» 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՝ Ապահովագրողն, Ապահովադիրն, 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,
  - գործուևակ ֆիզիկական անձինք՝ ՀՀ քաղաքացիներ, 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 Ապահովադիր 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. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐԸ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԿԱՆ 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

1.1. According to the present Conditions and acting legislation of the RA “LIGA INSURANCE” Insurance CJSC (hereinafter referred to as the Insurer) concludes medical insurance contracts (hereinafter referred to as the Contract/Policy) with natural persons and juridical entities (hereinafter referred to as Insured) providing the latter or the employees of the juridical entities (also the family members in the cases specified by the Contract/Policy) with medical and/or other services indemnities concerning to the health according to the insurance programs (hereinafter referred to as the Program) offered by the Insurer, which sequential from the present Conditions.

1.2. The subjects of the insurance are- the Insurer, the Insured, the Insured person.

1.3. The Insured signs a Contract/Policy on behalf of himself or on behalf of the third persons (hereinafter referred to as the Insured persons). The Insureds are considered to be:

- resident or non-resident juridical entities, state or local self-government bodies of the RA, which are registered and acts in accordance with the legislation of the RA;
- natural persons - citizens of the RA, foreign countries' citizens.

1.4. In accordance with the present Conditions Contracts/Policies are concluded on behalf of the Insured persons, which are the citizens of the RA, foreign countries' citizens which are in the territory of the RA.

1.5. The Insured person is the Beneficiary as to the Contract/Policy unless otherwise specified by the Contract/Policy.

**2. THE OBJECT OF THE INSURANCE**

2.1. Hereby the object of insurance is the property interest of the Insured or the Insured person which does not contradict to the law of the RA regarding the charges for medical and/or other services provision in case of insurance accident.

**3. INSURANCE ACCIDENTS AND INSURANCE RISKS**

1.1. В соответствии с настоящими Правилами и с действующем законодательством РА, ЗАО «ЛИГА ИНШУРАНС» (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 медицинские 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 зарегистрированы и действуют в соответствии с законодательством РА;
- 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 при-знаки вероятности и случайности.

Ժամանակահատվածում հաստատությունը կամ Պայմանագրով/Վկայագրով 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 ակոհոլի, թմրադեղերի կամ տոքսիկ, հոգեներգործուն դեղերի և/կամ կյուբերի 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 օսպա, ժանտախտ, սիբիրյան խոց, խոլերա, բժավոր 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

3.1. The insurance risk is the possible value of loss as a result of the insurance accident, which have criterion of likeness to occur and unexpectedness

3.2. An insurance accident is an application by the Insured to a Medical institution and/or another institution provided by the Contract/ Policy or agreed with the Insurer under the terms of the Contract/ Policy and during its period of validity, to receive medical and/or other services in relation to health deterioration, injury, intoxication, and other situations needing health and medical care.

These services are provided to the Insured under the Program offered with the Contract/ Policy, which is enclosed as an Annex to the Contract/ Policy and is an integral part of it.

3.3. Unless otherwise specified by the Contract/Policy the accident is considered non-insurance when the Insured person applies for getting medical and/or other service:

3.3.1. if the acute conditions and injuries occurred as a result of alcohol, drugs or intoxication, psychotropic drugs and/or materials,

3.3.2. if the injury or pathological condition occurred as a consequence of illegal actions of the Insured person which must be approved by the decision of the appropriate authorized bodies connected with the intention to harm to Insured persons' health by him/herself, to commit suicide and other deliberate actions which intentionally made the insurance accident occur, excluding cases when the Insured Person was led to similar condition as a result of illegal actions of other persons, which also must be confirmed by decisions of competent authorities,

3.3.3. with regard to getting injured or other pathological condition, which was directly or indirectly caused as a result of action, undertaken by other person, who acted de jure or de facto on behalf of organization or together with organization, having performed acts upon assumption of power or having commenced terroristic acts of violence, promoting to it,

3.3.4. with regard to the emergence and spread of certain dangerous infections (infectious diseases) (smallpox, plague, anthrax, cholera, typhus, viral hemorrhagic fevers (Ebola, Lassa, Marburg, etc.), epidemics declared by the competent authorities of the Republic of Armenia and the Republic of Nagorno Karabakh, pandemics declared by the World Health Organization, as well as infections imported from the territories,

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)

ևսև 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 փիշոցառումների, դիվերսիայի, քաղաքացիական պատերազմի, ահաբեկչական գործողությունների, 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 (վաթսուհինգ) 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, թոքսիտային, 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 ազատագրվման 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 Պայմանագրի/Վկայագրի 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 Ապահովագրողի 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 Ապահովագրողն ապահովագրական հատուցում ստանալուց հետո չի վերականգնել այն:

where foci of epidemics were detected and recognized/declared,

3.3.5. as a consequence of military operations, as well as maneuvers and other military activities, sabotage, civil war, terroristic acts, any kind of civil commotions or industrial disturbances, natural disasters, emergency situations of natural or technogenic character, ecological disasters.

3.4. Unless otherwise specified by the Contract/Policy, persons are not subject to be insured who at the moment of Contract conclusion are:

3.4.1. 65 (sixty-five) and elder;

3.4.2. handicapped persons of first or second degree;

3.4.3. persons who have acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or is human immunodeficiency virus (HIV) carrier;

3.4.4. Registered at the drug abuse, neurological, tuberculosis, oncological, dermatovenereological (because of venereal diseases) dispensaries, at the preventive and medical centers of AIDS and HIV.

3.4.5. Are under in-patient observation.

3.4.6. Wanted or imprisoned

3.5. If a person insured by the Contract/Policy is referred to any category specified by the sub clauses 3.4.3. and/or 3.4.4 and/or 3.4.6. of the clause 3.4. than the Contract/Policy on the part of that insured person is considered to be resolved and the insurance - not valid from the date of conclusion and no premium return is made.

**4. SUM INSURED DEFINITION PROCEDURE**

4.1. Sum Insured is a maximum value of possible insurance indemnity to be paid by the Insurer.

4.2. The sum Insured is defined by a mutual consent of the Insurer and the Insured based on the list and costs of the medical services specified in the Contract/Policy.

4.3. After insurance compensation for the given object the insurance amount is reduced by the amount of the compensation made, unless otherwise provided by the Contract/ Policy or if the Insured has not recovered it after receiving insurance compensation.

(натуральная 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 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 наркологической, 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 лишению свободы,

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.

**5. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ  
ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ/ՎԿԱՅԱԳՐԻ  
ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏ**

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,  
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ  
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԶԵՐԹԱԿԱՆ ՄԱՍԻ  
ՍԱՅՄԱՆՄԱՆ ԿԱՐԳԸ**

6.1. Ապահովագրավճարը Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված չափով և պայմաններով Ապահովագրի կողմից Ապահովագրողին հնարավոր ապահովագրական հատուցման դիմաց վճարվելիք գումարն է, որն Ապահովագիրը պարտավոր է վճարել Ապահովագրողին՝ Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված կարգով և ժամկետներում: Ապահովագրավճարի հերթական մասը հանդիսանում է ապահովագրավճարի մաս՝ դրա տարածամկետ 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 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 տարածքները, Ապահովագրված անձանց գործունեության բնույթը, նրանց սեռը, տարիքը, ինչպես նաև Ապահովագրի (Ապահովագրված անձի) կողմից հարցաթերթիկում նշված տեղեկությունները,

**5. EFFECTIVE PERIOD OF THE  
INSURANCE CONTRACT/POLICY**

5.1. The Contract/Policy is signed for the period of one calendar year unless otherwise specified by the Contract/Policy. The inception date and the end date are mentioned in the Contract/Policy.

5.2. The Contract/Policy comes into force from the moment of the conclusion, unless otherwise specified by the Contract/Policy.

5.3. The Contract/Policy validity ends at 23:59 of the date mentioned in the Contract/Policy as the Insurance period end date, unless otherwise specified by the Contract/Policy or other circumstances, in case of occurring which it is intended cancellation of the Contract/Policy earlier than the end date of the Insurance period.

**6. PROCEDURE OF  
INSURANCE RATE, INSURANCE  
PREMIUM, INSTALLMENTS  
DEFINITION**

6.1. The insurance premium is considered to be the sum, which the Insured must pay to the Insurer for the possible insurance indemnity in accordance with the procedures, terms, condition and dates mentioned in the Contract/Policy. The instalment is a part of insurance premium in case of its payment by instalments.

6.2. Insurance rate is a rate of insurance Premium applied to the defined sum insured.

6.3. While defining the insurance premium the Insurer applies the insurance rates approved by him, taking into consideration the insurance object and the nature of the insurance risk.

6.4. The Insurer has right to apply adjusting rates towards the main insurance rates taking into consideration the list and the quality of the medical and/or other services, Medical institutions, service companies and other institutions, zones of the insurance coverage, locations, principal place of business of the Insured persons, the nature of their activity, their gender, age, as well as the information mentioned by the Insured (by the Insured person) in the application form, the results considering the preliminary medical examination, premium payment terms

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  
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 вступает 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 даты окончания, если иное не предусмотрено Договором/Полисом или иными обстоятельствами, в случае возникновения которых предусматривается 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 рамках установленного Договором/Полисом объема и условий, которую Страхователь должен оплатить Страховщику согласно порядку и срокам, установленным Договором/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

Նախնական բժշկական զննության արդյունքներն, ապահովագրավճարի վճարման կարգը և պարբերականությունը և Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված այլ պայմաններ:

6.5. Ապահովագրողը կարող է առաջարկել Ապահովադիրին (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

and frequency and other clauses specified by the Contract/Policy.

6.5. The Insurer may offer the Insured (the Insured Person) to fill out a questionnaire or undergo a preliminary medical examination when concluding the Contract/ Policy to determine the premium subject to payment (or the due part of the insurance premium) and/or during the term of the Contract. The preliminary medical examination shall be conducted at the Insurer's expense unless otherwise provided by the Contract/ Policy. The preliminary medical examination shall be carried out at a licensed Medical Institution at the Insurer's choice.

6.6. If the Insured person refuses to fill in the application form and/or to undergo the preliminary medical examination upon the Insurer requirement, the Insurer is authorized to refuse any request to conclude Insurance contract and/or any insurance claim presented by the Insured person within the period from the moment of the Contract/Policy conclusion till the period of passing the preliminary medical examination until the presented requirement isn't fulfilled by the Insured person.

6.7. The insurance premium specified by the Contract/Policy may be paid by lump-sum payment (by one payment for the whole period of the Contract/Policy) or by instalments. The insurance premium (instalment of the insurance premium) the Insured pays by cash to the Insurer's cash desk, to the authorized representative of the Insurer or by transfer to the bank account of the Insurer. Unless otherwise specified by the Contract/Policy the payment date is considered the date when the sum is paid to the cash register of the Insurer or its representative or the date when the funds are settled on Insurer's or its representative's bank account.

6.8. If payment of insurance premium is stipulated in instalments by the Contract/Policy, proceeding from alterations of financial market, the Insurer shall be entitled to implement recalculation of insurance premium, taking as a basis the below mentioned formula and presenting a supplementary account in the amount of variance between recounted insurance premium and basic insurance premium.

RIP=BIP/PDR x PDR  
RIP – recalculated insurance premium

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) за-полнить анкету или пройти предварительный медицинский 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 отказывается 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

ապահովագրավճարի և բազային ապահովագրավճարի տարբերության չափով.

$$V_{L-V} = P_{L-V} / SOF \times COF$$

V<sub>L-V</sub>-ն՝ վերահաշվարկված ապահովագրավճար,

P<sub>L-V</sub>-ն՝

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

Պայմանագրի/Վկայագրի/Պայմանագրին/Վկայագրին կից լրացման տրամադրման օրվա դրությամբ սահմանված ԱՄՆ դոլարի փոխարժեք,

COF-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 գնազոյացման 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 Ապահովագրի կողմից ապահովագրավճարը (ապահովագրավճարի հերթական մասը) չվճարելու դեպքում Ապահովագրողը չի սահմանում լրացուցիչ ժամկետ ապահովագրավճարի վճարման համար, չի ծանուցում այդ մասին Ապահովագրին:

**7. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐԸ, ԴՐԱ ԿՆԵՄԱՆ, 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 Ապահովագրի կարող է դիմել Ապահովագրողին վերջինիս կողմից սահմանված համապատասխան ձևի գրավոր դիմումի միջոցով, որտեղ գտեղծվում են

BIP – basic/additional insurance premium, mentioned in the Contract/Policy in the annex, attached to the Contract/Policy

PDR – USD rate, determined on the day of providing the annex of the Contract/Policy, attached to the Contract/Policy,

PDR- USD cashless sell rate, determined by the Central Bank of the RA for the day of instalment premium payment,

6.9. If during the Contract/Policy effective period addition of tax types takes place as a result of alterations in the RA legislation, that will influence on price formation of medical services and/or medications, the Insurer, proceeding from the unprofitability level of the Contract/Policy, shall be entitled to review the insurance premium upon each Insured Person in the amount of tax type addition.

6.10. In case the Insured does not pay the insurance premium (instalment of the insurance premium) within the period and amount specified by the Contract/Policy, the Insurer does not set an additional term for payment of the insurance premium and does not notify the Insured about it.

**7. PROCEDURE OF INSURANCE CONTRACT/POLICY CONCLUSION, CANCELLATION AND AMENDMENTS IMPLEMENTATION**

7.1. The insurance Contract/Policy is signed in written way on the basis of the present Conditions which are considered an integral part of the Contract/Policy. Other clauses may be specified by the Contract/Policy, which are not mentioned in the present Conditions and are in accordance with the legislation of the RA. In case of differences between the clauses of the Conditions and the Contract/Policy the Contract/Policy is privileged, if it is not contradicted to the legislation of the RA.

7.2. For a Contract/Policy conclusion the Insured may apply to the Insurer by an application formed by the Insurer, where the information is included, which is necessary for a Contract/Policy signing or can inform about intention to sign a Contract/Policy by other more optimal way (orally, fax, e-mail, etc.).

7.3. If after the signing of the Contract/Policy it becomes known that

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 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



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 Պայմանագրի/Վկայագրի կնքելուց հետո պարզվի, որ Ապահովագրի 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 Պայմանագրի/Վկայագրի:

7.4. Սույն Պայմաններում ներառված դրույթները, որոնք ընդգրկված չեն Պայմանագրի/Վկայագրի տեքստում, պարտադիր են Ապահովագրի համար, եթե Պայմանագրում/Վկայագրում ուղղակիորեն նշված է սույն Պայմանների կիրառման մասին, ընդ որում սույն Պայմանների մեկ օրինակ տրվում է Ապահովագրին, որի վերաբերյալ համապատասխան նշում է կատարվում Պայմանագրում/Վկայագրում:

7.5. Պայմանագրի/Վկայագրի կարող է ներառել տարբեր Ծրագրեր, որոնք հավելվածի տեսքով կցվում են Պայմանագրին/Վկայագրին: Պայմանագրի/Վկայագրի 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 Ապահովագրի (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,

the Insured has provided obvious false information concerning to the circumstances which are essential to the possibility of the insurance accident occurrence and for defining the value of loss (insurance risk) as a result of it, the Insurer is authorized to request the Contract/Policy invalidation.

7.4. Clauses included in the present Conditions which are not included in the Contract/Policy text are obligatory for the Insured if it is directly mentioned in the Contract/Policy about the appliance of the present Conditions. One copy of the present Conditions is being provided to the Insured and it is being noted in the Contract/Policy.

7.5. The Contract/Policy may include different Programs, which are being attached to the Contract/Policy as appendixes. A list of medical and/or other services within a certain Program, as well as the combination of different insurance programs may have peculiar name by the Contract/Policy.

7.6. Conditional or unconditional deductible may be determined in the Contract/Policy. In case of conditional deductible, the Insurer shall be released from the indemnity of expenses upon providing medical and/or other services to the Insured Person, if their amount does not exceed the conditional deductible amount; and in case, if the indemnity expenses exceed the deductible amount, the Insurer shall be obliged to pay the indemnity completely, without subtracting the unconditional deductible. In case of unconditional deductible, the responsibilities of the Insurer are specified by the number of charges by deducting the sum of deductible. The deductible is defined by the parties either as a percentage toward the sum Insured or by absolute value.

7.7. An insurance card (plastic etc.) is provided to the Insured (Insured person) therewith the Insurance Contract/Policy. The insurance card is considered a nominal document and includes the following information - serial number of the insurance Contract/Policy (insurance card), the end date of the Contract/Policy, phones of the medical and other institutions, phone numbers of the Insurer).

7.8. The Insured (Insured person) is not allowed to forward its Policy (insurance card) to another person for the purpose of getting services specified by the Contract/Policy. No

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 указано 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),

Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ժամկետի ավարտը, բժշկական և այլ հաստատությունների տեղեկատվական հեռախոսահամարներն, Ապահովագրի (Ապահովագրված անձի) անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիան և համարը, Ապահովագրողի կոնտակտային հեռախոսահամարները և այլ տեղեկություններ:

7.8. Ապահովագրի (Ապահովագրված անձի) արգելվում է փոխանցել Պայմանագիրը/Վկայագիրը (ապահովագրական քարտն) այլ անձի վերջինիս կողմից Պայմանագրով/Վկայագրով ծառայություններ ստանալու նպատակով: Պայմանագրում/Վկայագրում որպես Ապահովագրված անձ չնշված անձանց մատուցված ծառայությունների ծախսերն Ապահովագրողի կողմից չեն հատուցվում:

7.9. Եթե Պայմանագրի/Վկայագրի կնքման պահին Ապահովագրի 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 ուսնակ, փորձնակ կամ գտնվել են փորձաշրջանում և Պայմանագրի/Վկայագրի գործողության ընթացքում դարձել են Ապահովագրի 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 Ապահովագրի 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:

expenses of persons are covered by the Insurer if the person is not included in the Contract/Policy as an Insured person.

7.9. If the person, considered as the Insured's employee, while signing the Contract/Policy is not included in the list of persons, being insured upon the Contract/Policy, he cannot be insured any more during the Contract/Policy effective period. Those persons, who were practitioners, trainees or were on probation period and became the Insured's employees during the Contract/Policy effective period, are considered as exceptions.

7.10. In case of premature termination of the Contract/Policy the insurance cards must be returned to the Insurer within three working days.

7.11. The Contract/Policy terminates prematurely and the Insured person is not to obtain the services specified by the insurance Contract/Policy in the following cases:

7.11.1. in case after the Contract/Policy coming into force the possibility of the insurance accident occurrence and the existence of the insurance risk have terminated by various circumstances, particularly in case of Insured person's death;

7.11.2. in case the Insurer fulfils its obligations specified by the Contract/Policy in full, particularly in case of paying the insurance reimbursement in full insurance premium as to the Contract/Policy;

7.11.3. in case of insolvent of the Insured (legal entity) after the corresponding decision come into force;

7.11.4. in case of the Insurer liquidation specified by the legislation of the RA;

7.11.5. in other cases, specified by the legislation of the RA, including the court decision.

7.12. The Contract/Policy can be cancelled in the following ways:

7.12.1. by the mutual agreement of the parties

7.12.2. on the Insured's initiative

7.12.3. for the violation of the Contract/Policy/Conditions' terms by the Insured by the initiative of the Insurer

7.12.4. for the violation of the Contract/Policy/Conditions' terms by the Insurer by the initiative of the Insured

7.12.5. in other cases, specified by the legislation of the RA.

окончание срока действия Договора/Полиса страхования, справочные телефоны, имя, фамилия, серию и номер паспорта Страхователя (Застрахованного 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 расторгнут в следующих случаях:

7.12.1. по соглашению Сторон;

7.12.2. По инициативе Страхователя

7.12.3. По инициативе Страховщика за нарушение положений

**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 փոփոխությունը 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:  
**7.18.** Պայմանագիրը/Վկայագիրը Պայմանների 7.16. կետի համաձայն լուծելու դեպքում Պայմանագիրը/Վկայագիրը համարվում է լուծված ֆիզիկական անձ Ապահովադրի կողմից Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու մասին

**7.13.** The Contract/Policy can be prematurely cancelled by the Insured as to the specified terms of the Contract/Policy and/or the present Conditions and in case of not paying the insurance Premium or the installment within the period, from the start date of the unpaid insurance period.  
**7.14.** For the intention of canceling the Contract/Policy the parties must notify each other about it not less than 15 calendar days before of the supposed date of the premature cancellation, unless otherwise specified by the Contract/Policy.  
**7.15.** Upon signing the Contract/Policy or during its validity, the provisions of the Contract/Policy can be amended (declared invalid and/or supplemented) by the agreement of the parties, in accordance with the procedure provided by RA legislation. Any amendment to the Contract/Policy shall be deemed to have been made if it is in writing and signed by the parties.  
**7.16.** The Insured, considered as physical individual, shall be entitled to terminate the Contract/Policy without any justifications during 7 (seven) working days after its signing (hereinafter referred to as time for reconsideration).  
**7.17.** Time for reconsideration shall not be applied in the following cases:  
**7.17.1.** Effective period of the Contract/Policy and/or insurance effective period, stipulated by the Contract/Policy, does not exceed 1 (one) month,  
**7.17.2.** the Insured, considered as physical individual, applied for receiving insurance indemnity during 7 (seven) working days, following the day of the Contract/Policy conclusion,  
**7.18.** In case of premature termination of the Contract/Policy in accordance with the point 7.16. of the present Conditions, the insurance Contract/Policy shall be considered as terminated by the physical individual Insured from the day, following the day of notifying the Insurer about termination of the Contract/Policy.  
**7.19.** In case of termination of the Contract/Policy pursuant to the terms, determined by the subpoint 7.12.2. of the point 7.12. and point 7.16 of the present Conditions, charges concerning the responsibilities made by the Insurer as to the Insured person are deducted from the premium to be returned in the amount of 20% specified by the Contract/Policy at the time of termination of the Contract/ Policy, in accordance with the following formula,

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, установленном Договором/Полисом и/или настоящими 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 предполагаемого 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.  
**7.16.** 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

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.

$$ՎԱ = \text{ԸԱ} * \text{ՉԺ} / \text{ԳԺ} - \text{ԸԱ} * 0.2$$

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

**7.20.** Եթե Պայմանագիրը/Վկայագիրը լուծելու արդյունքում վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարի վճարման պահին Պայմանագրի/Վկայագրի գծով առկա է Ապահովագրողի ապահովագրավճար վճարելու պարտավորություն, այդ թվում պայմանավորված Պայմանագրով/Վկայագրով ապահովագրավճարի տարածամկետ 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, Ապահովագրողի պարտքը նվազեցվում է վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարի չափով և Ապահովագրողը 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 Ապահովագրողի նախաձեռնությամբ Պայմանագրի/Վկայագրի դադարեցումը պայմանավորված է.  
• Ապահովագրված անձի մեկ այլ Ապահովագրված անձով և միևնույն

unless otherwise is specified by the Contract/Policy:

$$RP = P * IP / VP - P * 0.2$$

RP - premium to be returned, P – total premium, according to the Contract/Policy, UP – unused period of the Contract/Policy, VP – validity period

7.20. If as a result of the Contract/Policy termination at the moment of reimbursable insurance premium payment the Insured's obligation upon insurance premium payment exists under the Contract/Policy, including stipulating the insurance premium payment in instalments under the Contract/Policy, the reimbursable insurance premium shall be reduced in the amount of indebtedness. If indebtedness upon the unpaid insurance premium exceeds the amount of reimbursable insurance premium, return of insurance premium shall not be implemented, the Insured's debt shall be reduced in the amount of reimbursable insurance premium and the Insured shall be obliged to pay the remaining sum during 10 (ten) working days.

7.21. In case of termination of the Contract/Policy pursuant to the terms, terminated by the subpoint 7.12.4. of the point 7.12. of the present Conditions, the expenses upon the insured object, with regard to implementation of obligations of the Insurer, shall not be reduced from the insurance premium subject to repayment, unless it is otherwise provided for by the Contract/Policy.

7.22. The premium to be returned by the Insurer may not be deducted at the amount of 20% towards the total Insurance premium if the termination of the Contract/Policy upon the request of the Insured is conditioned with:

- necessity of replacing one of Insured persons with another at the same type of Insurance
  - the request of terminating insurance of any Insured person, but at the moment of the termination the Insurer has 15 and more similar active Insurance Contracts/Policies (at the same type of insurance with contract which is subject to be terminated) and/or Insured persons.
- 7.23. According to the specified terms of the 7.12 point's 7.12.3. paragraph of the present Conditions in case of Contract/Policy cancellation the insurance premium paid to the Insurer

Правил, страховая премия, подлежащая возврату, вычисляется 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:

$$PB = OP * NP / PD - OP * 0.2$$

PB – страховая премия подлежащая возврату  
OP – Общая страховая премия, согласно Договору/Полису  
NP – Незаполненный период действия Договора/Полиса  
PD – 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 предусмотренного Договора/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 вычтению от суммы, подлежащей возврату, если иное не предусмотрено Договором/Полисом.

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

- 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 больше подобных (с

ապահովագրության տեսակով փոխարինման անհրաժեշտությանը, 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 Ապահովադիրի կողմից Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարը վերադարձման ենթակա 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, Ապահովադիրի կողմից Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարը վերադարձման ենթակա չէ, եթե Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չէ:

**7.25.** Այն դեպքում, երբ Ապահովադիրն 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 Ապահովադիրի և Ապահովագրողի փոխադարձ համաձայնությամբ կարող են 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 Ապահովադիրի 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:

by the Insured is not a subject to be returned, unless otherwise is specified by the Contract/Policy.

7.24. In case of Contract/Policy cancellation or premature termination, when the consequences of that type of cancellation or premature cancellation are not prescribed by the present Conditions and/or by the Contract/Policy and/or by the legislation of the RA, the insurance premium paid to the Insurer by the Insured is not a subject to be returned, unless otherwise is specified by the Contract/Policy.

7.25. In case when it is set a negative value in the result of the Insurance return premium calculation, than the premium to be returned is defined zero (no insurance premium is to be returned).

7.26. In case of terminating the Contract/Policy under the conditions set forth in sub-paragraphs 7.12.1. and 7.12.2., other principles for calculating the insurance premium refundable linked to the termination of the Contract/ Policy can be established by mutual agreement of the Insurer and the Insured.

7.27. The insurer has no right to request to insurance Contract/Policy termination if the circumstances of risk increase have already been eliminated.

7.28. The amendments of the Contract/Policy conditions are to be formed by the mutual agreement of the parties on the basis of the application provided by either party and is specified by an additional agreement which is signed by both parties or by their authorized representatives and is considered an integral part of the insurance Contract/Policy. If one of the parties does not agree with the amendments the parties resolve the question of premature terminate in accordance with the previous conditions of the insurance Contract/Policy or of the prolongation of the working period.

7.29. If a new law or other legal act is defined after the confirmation of the present Conditions which clauses differ from the present Conditions' valid laws or other legal acts' clauses than the clauses of laws or other legal acts are valid that were valid at the moment of the present Condition unless otherwise is specified by the legislation of the RA.

тем же видом страхования договора, подлежащего прекращению) действующих Договоров/Полисов и/или Застрахованных лиц.

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 устанавливается 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, преобладающие 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 правовой акт, условия которого отличаются от

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 ԻՐԱՎՈՆՔՆԵՐՆ ԵՎ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

8.1. Ապահովադիրն իրավունք ունի՝

8.1.1. ընտրել ցանկացած համադրությամբ բժշկական ու այլ ծառայությունների ընդգրկմամբ Ծրագրեր, Պայմանագրով/Վկայագրով ծառայություններ տրամադրող Բժշկական և այլ հաստատություններ՝ Ապահովագրողի կողմից առաջարկվածների թվից և կրա 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: Աշխարհում ծամկետի 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

**8. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES**

8.1. The Insured has the right to:

8.1.1. choose program including medical and other services with any combination, medical and other institutions which provide with medical services from the list specified by the Contract/Policy proposed by the Insured or agreed with him.

8.1.2. To change the insurance risks, the list of medical and other institutions, the programs, the amount of the sum Insured by concluding an additional agreement and by paying an additional premium, if necessary, by mutual agreement with the Insurer.

8.1.3. By providing the Insurer with the needed information make changes in the list of the Insured persons by concluding an additional agreement attached to the Contract/Policy.

8.1.4. During the Contract/Policy effective period (insurance card) in case of its loss to receive the duplicate.

8.1.5. to terminate the Contract/Policy unilaterally based on the written application to the Insurer in the prescribed cases defined by the present Conditions and the valid legislation of the RA.

8.2. The Insured obliges to:

8.2.1. Notify the Insurer, by phone or in written way, including, registering the claim on the online website of the Insurer or by sending an e-mail, about the insurance accident occurrence immediately, but not later than within 24 hours after its occurrence, excepting the cases of emergency medical aid. In case of violation of the mentioned period the Insured or the Insured person with the first opportunity obliges to substantiate the reason of delay in written way, presenting attached the documents proving the delay.

8.2.2. to provide the Insurer with all the information concerning the conclusion and fulfilment of the Contract/Policy as well as an information concerning the possibility of the insurance accident occurrence and the circumstances for defining the possible value of loss (insurance risk) as a result of it while concluding the insurance Contract/Policy and within its period.

8.2.3. to inform the Insured persons on the clauses of the Contract/Policy, the present Conditions, the medical programs, as well as the procedures of providing medical and/or other services, as the Insured person carries the risk of failing the fulfillment of his/her obligations prescribed by the present Conditions by the Contract/Policy.

условий законов или других правовых актов, действующих на момент утверждения настоящих правил, действуют условия тех законов или других правовых 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 содержания 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 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 обязаны при первой же возможности письменно обосновать причину опоздания, прилагая 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

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,

**8.2.5.** ապահովել Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված փաստաթղթերի պահպանումը,

**8.2.6.** սեփական 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 Ապահովագրողին (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 Ապահովագրողի (Ապահովագրված անձի) հայտնած տեղեկատվությունն, ինչպես նաև Ապահովագրողի (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 Ապահովագրողը (Ապահովագրված անձը) հայտնել է ակնհայտ սուտ տեղեկություններ,

8.2.4. Pay the insurance premium (instalments) within the value and the period specified by the Contract/Policy.

8.2.5. Ensure the keeping of the documentation by the Contract/Policy.

8.2.6. Take steps to prevent circumstances of risk rising within the limits of its own liability and competence, if possible, come to agreement with the Insurer in advance.

8.2.7. Ensure the confidentiality in relations with the Insurer.

8.2.8. During the period of valid Contract/Policy to notify the Insurer immediately, but not later than 3 working days in any case from the moment that it became known for the Insured (Insured person), at the moment of Contract/Policy signing, about circumstances informed to the Insurer: certain changes, if the changes may influence qualitatively on the increase of insurance risk.

8.2.9. Inform the Insurer on the existing insurance policies of the Insured covering the same insurance risk with other insurance companies upon signing the Contract/ Policy, as well as during its validity within 3 (three) working days after learning about it.

8.3. The Insurer has the right to:

8.3.1. Check the information provided by the Insured (the Insured person), as well as the correct fulfilment of the present Conditions, the terms and requirements of the Contract/Policy by the Insured (the Insured person) and is authorized to refuse the conclusion of the Contract/Policy or to cancel it if the Insured (Insured person) has provided certain false information.

8.3.2. Make an inquiry to specialists with appropriate qualifications (if necessary, to the chief specialists of the RA Ministry of Health) to determine the need for the service, medical treatment, performed, prescribed examination provided to the Insured (Insured Person), as well as to take as a basis the conclusions of the above-mentioned specialists,

8.3.3. While Contract/Policy signing require the Insured (Insured Person) to fill in an application form and/or to undergo a medical examination prescribed by the Contract/Policy.

8.3.4. organize the provision of necessary medical and/or other services in appropriate value and quality for the Insured person in other institutions in case if it is not possible to implement at the medical and other institutions specified by the insurance Contract/Policy.

8.3.5. Require the Insured (Insured person) in accordance with the present Conditions and/or the Contract/Policy

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

**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 ըզրակացությունները,

**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) հասկացնել 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»

to present the Insurer all the documents needed in the Armenian language.

8.3.6. In case of paying insurance indemnity, offset the entire insurance premium defined under the Contract / Policy and payable or the unpaid portion thereof fully, irrespective of the timeframe set forth in the Contract for the regular payment of insurance premium.

8.3.7. when determining the amount of insurance compensation to be paid, offset the amount of the insurance premium, if the insured accident occurred before the payment of overdue instalment of insurance premium.

8.4. The Insurer obliges to:  
8.4.1. Introduce the Insured on the present Conditions.

8.4.2. While Contract/Policy signing provide the Insured persons (personally or by the help of the Insured) with insurance Contracts/policies and/or with the insurance cards,

8.4.3. During the effective period of the Contract/Policy (insurance card) in case of its loss to provide the duplicate to the Insured and/or to the Insured Person on the basis of the above said persons' written claims. The appropriate notation "DUPLICATE" is made on the duplicate. The already lost Contract/Policy (insurance card) shall be considered invalid from the moment of receiving the claim concerning to loss, and indemnities with regard to it shall not be indemnified. In case of double loss of the Contract/Policy and/or (insurance card) for providing the duplicate, the Insurer shall be entitled to demand to pay certain sum in the amount of expenses for preparing and making the Contract/Policy (insurance card).

8.4.4. perform the payment for the service made in case of insurance accident occurrence prescribed by the Contract/Policy.

8.4.5. Ensure the insurance confidentiality.

8.4.6. send notices provided by these Conditions, Program, the Contract/ Policy, the legislation of the Republic of Armenia from his relevant e-mail address to the relevant e-mail address of the person notified. Under these Conditions, a relevant email address is deemed to be:

- For the Insured and the Insured person under this Contract/ Policy - the email address of the Insured mentioned in the Contract/ Policy, and after the conclusion of the Contract/ Policy - the last address provided to the Insurer;

- In the event of any other email address provided for notification in the

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 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



գրառում: Արդեն իսկ կորած Պայմանագիր/Վկայագիրը (ապահովագրական քարտը) համարվում է անվավեր կորստի մասին դիմումի ստացման օրվանից և դրանով ապահովագրական հատուցումներ չեն կատարվում: Պայմանագրի/Վկայագրի (ապահովագրական քարտի) կրկնակի կորստի դեպքում կրկնօրինակը տրամադրելու համար Ապահովագրողն իրավունք ունի Ապահովագրից 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 Ապահովագրի և Ապահովագրված անձի համար՝ Ապահովագրի՝ 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,և,

**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,

application for a specific compensation process - that email address only in the scope of that process,

- For the Insurer, the email addresses indicated in the Contract/Policy/Insurance Card.

8.5. The Insured person has the right to:

8.5.1. Obtain services according to the insurance Program.

8.5.2. Get explanations concerning the present Conditions and the conditions of the Contract/Policy - about procedures providing the medical and/or other services.

8.5.3. Choose any medical or other institution from the list presented in the Program.

8.5.4. Inform the Insurer on not provision, not full or not at high quality provision of services specified by the Contract/Policy.

8.5.5. During the Contract/Policy (insurance card) effective period in case of its loss to receive the duplicate.

8.6. The Insured person obliges to:

8.6.1. Notify the Insurer, by phone or in written way, including, registering the claim on the online website of the Insurer or by sending an e-mail, about the insurance accident occurrence immediately, but not later than within 24 hours after its occurrence, excepting the cases of emergency medical aid. In case of violation of the mentioned period the Insured or the Insured person with the first opportunity obliges to substantiate the reason of delay in written way, presenting attached the documents proving the delay.

8.6.2. Care of his/her health, to follow the prescriptions of the doctor within the services provision period specified by the insurance Contract/Policy, including purchasing or receiving medication prescribed by the treating doctor from the pharmacy collaborating with the Insurer within 5 (five) days after prescription.

8.6.3. Care about the insurance documentation and not to pass it to the third persons for getting medical and/or other services.

8.6.4. Inform the Insurer of the changes of passport details, contact details including residency, phone numbers and other means of communication.

8.6.5. Provide the Insurer or its representative with the right to get information about the documentation provided by the Medical or other institutions in order to resolve problems concerning the Contract/Policy.

8.6.6. Ensure the confidentiality in relations with the Insurer.

8.7. All the rights and obligations except the right of the services

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. получать 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

սակայն ոչ ուշ, քան 24 (քառասունչորս) 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 Ապահովագիրը 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 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. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԻՐԱՎԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ**

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

obtaining in accordance with the Contract/Policy the Insured persons who are under 18 are implemented by the legal representatives of them according to the law of the RA.

8.8. The Contract/Policy may also contain other rights and obligations of the parties that are not restricted by the law of the RA.

**9. TERMS AND CONDITION OF INSURANCE INDMENITITY**

9.1. In order to obtain the insurance services specified by the Contract/Policy the Insured person must apply to the medical institution notifying the Insurer in advance on the provided phone mentioned in the Contract/Policy and coming to agreement with the Insurer.

9.2. In case of making expenses by the Insured Person with regard to the insurance accident the Insurer shall examine the justifiability and advisability of the implemented expenses. If the Insurer decides to pay the Insured, the Insurer reimburses the actual expenses incurred by the Insured Person, but if the Insured person has received the medical service at a medical institution not included in the list of Medical Institutions collaborating with the Insurer (in the Conditions also referred to as the List), then the Insured Person makes the payment at his own expense, but the amount of compensation shall not exceed the average calculated on the basis of applicable prices for the service -in accordance with the cooperation agreements between the first 10 (ten) medical institutions included in the List and the Insurer and in case of dental service the first 2 (two) medical institutions included in the List and the Insurer.

9.3. Provision of services to the Insured person is implemented by presenting the Contract/Policy or the insurance card and, as well as identification documentation.

9.4. Medical institutions, Pharmacies and other institutions provide the services specified by the Contract/Policy and the insurance program to the Insured persons including medical transportation according to the Services providing contract, concluded with the Insurer.

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 обязаны 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 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 Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором/Полисом страхования, осуществляют 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 сообщив Страховщику по указанному телефону и согласовав с ним.

**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 Պայմանագրում 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 փատաթուղթ 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 Ապահովագրողի (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 Պայմանագրի 9.7. կետում նշված ծախսերի անհրաժեշտությունը և

9.5. If the Insured Person applies to the medical institutions, Pharmacies or other institutions, that do not cooperate with the Insurer, than he/she has to preliminary come to an agreement with the Insurer about the prices of the appropriate service in the institutions.

9.6. The Contract/Policy may provide for compensation of medical expenses incurred by the Insured (Insured Person) and payment of other services agreed with the Insurer and in accordance with the terms of the Contract/Policy by transferring directly to the settlement account (bank account number (bank card number)) of the Insured Person. The mentioned charges will be considered justified by the Insurer based on the documentation which confirm the necessity of the charges and the fact of the payment according to the point 9.7 of the present Conditions.

9.7. According to the point 9.6 of the present Conditions in order to obtain compensation the Insured/ Insured person must provide the Insurer with the following documents:

9.7.1 Claim application,  
9.7.2. Medical documents:  
9.7.2.1. In case of outpatient services:  
a) Medical certificate, where must be mentioned:

- Insured person's name, surname
- Insured person's applying date
- laboratory and/or instrumental examinations made and/or assigned
- initial diagnosis
- final diagnosis
- assigned treatment (list of medications including medication dosage, treatment duration/days)

The certificate must be completed on the letterhead of the medical institution and signed by treating physician.

b) Passed laboratory and/or instrumental examinations results

9.7.2.2. In case of In-patient treatment:  
a) Epicrisis (extract from medical history) where must be mentioned:

- Insured Person's name, surname
- date of applying and writing off
- laboratory and/or instrumental examinations made
- final diagnosis
- Assigned treatment (list of medications including medication dosage, treatment duration/days)

The epicrisis must be signed by doctor in charge and sealed with medical institution's stamp.

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 оказываются 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

վճարման փաստը հաստատող փաստաթղթերի հիման վրա:

**9.7.** Սույն Պայմանագրի 9.6. կետի համաձայն՝ հատուցման իրականացման համար Ապահովագրողը/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 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) Եպիկրիզ (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 չափաբաժինը, ընդունման օրերի քանակը):

Եպիկրիզը 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, ՂՍՕԱ (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):

b) Passed laboratory and/or instrumental examinations results.

9.7.2.3. Financial documents:

In case of out-patient and in-patient treatment

- In case of obtaining medications Cash voucher and nominal list of provided medicine.
- Cash voucher, document containing the list of the provided services, cash receipt or invoice and the payment confirming document (in the letters must be mentioned provided service type, rate, paid sum amount, payment date and it should be sealed by the stamp of medical institution).

9.7.2.4. Identification documents

- Birth certificate or passport in the original, that is presented by the legal representative of the Insured person if the latter is under age.

9.7.3. In the event of an accident, the Insurer has the right to request the relevant document provided by the Police that proves the accident.

9.7.4. Other documents required by the Insurer.

9.8. The actual expenses incurred in respect of the Insured, that are set forth in the documents provided to the Insurer under these Conditions, serve as basis for claiming compensation under paragraph 9.6 of these Conditions. In addition, if the claimed amount is indicated in the application form submitted to the Insurer for the Insured, the indemnity shall be paid within the specified amount.

9.9. In case of receiving insurance reimbursement by other person than the Insured person, the receiver must present his/her passport and a warrant signed by the Insured person.

9.10. The Insured, considered as physical individual, shall not be entitled to demand insurance indemnity upon the insurance accident, that occurred during the reconsideration period, if he did not inform about it to the Insurer and if after occurrence of the accident the Insured, considered as physical individual, informed about termination of the Contract/Policy before reconsideration period conclusion.

9.11. The Insurer checks the correspondence of the value of services provided to the Contract/Policy, the period of the services provision and the fulfilment of the other clauses of the Contract/Policy, as well as implements an expertise of the quality of services provided at own initiative or upon the

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 указаны:

- имя, фамилия Застрахованного лица
- дата обращения Застрахованного лица
- проведенные и/или назначенные лабораторные и/или инструментальные обследования
- 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) Заключение проведенных лабораторных и/или инструментальных обследований.

9.7.2.2. В случае стационарной помощи:

а) Эпикриз (выписка из истории болезни), в котором должно быть указано:

- 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) Заключение 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, документ 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

**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 է Նշված 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 Ապահովագրողին 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 Ապահովագրողը, 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 Ապահովագրի (Ապահովագրված անձի) գրավոր դիմումի հիման վրա անցկացնում է տրամադրված ծառայությունների որակի փորձաքննություն:

**9.12.** Ապահովագրի/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 Ապահովագրողը կամ Ապահովագրված անձն առաջին իսկ հնարավորության դեպքում պարտավոր է գրավոր հիմնավորել ուշացման պատճառը՝

written application of the Insured (Insured person).

9.12. The medical and medical expenses documents t should be present by the Insured/Insured person to the Insurer within 45 (forty-five) calendar days after visiting a medical institution and after those expenses are made. In case of violation of the mentioned period the Insured or the Insured person with the first opportunity obliges to substantiate the reason of delay in written way, presenting attached the documents proving the delay.

9.13. The charges, which the Insured (Insured person) had incurred in consideration of accidents with the signs of insurance accident after the period of the Contract/Policy acting or before the Contract/Policy coming into force are not subject to be reimbursed. The Insurer reimburses the charges in consideration of the insurance accidents occurred within the period of action of the Contract/Policy, which had been fulfilled before the moment of elimination of the damage of Insured person's life, unless otherwise is specified by the Contract/Policy.

9.14. If a deductible is specified by the Contract/Policy a part of cost from the services provided to the Insured person, which is equal to the deductible will be paid by the Insured (Insured person) to the institution which had provided the services or to the Insurer within the 30 /thirty/ days from the date the incident is considered an insurance accident and after getting a notification on payment for the services provided.

9.15. If, in the cases specified by the Contract/Policy, the treatment or the consultation agreed with the Insurance company is realized by a doctor invited from abroad and the latter's provided service cost exceeds the cost of similar provided service by the specialists acting in the RA. If the prices of similar provided services by the specialists acting in the RA are not defined that the amount subject to the reimbursement is calculated on the basis of the average prices of the medical institutions acting in the RA.

9.16. If, in the cases provided for in the Contract/Policy, the treatment and/or consultation agreed with the Insurer is carried out in a medical facility

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 несовершеннолетним.

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 страховой случай и медицинские затраты, Страхователь/Застрахованное лицо должен предоставить Страховщику в течении 45 (сорок пять) календарных дней после посещения в медицинское

կից ներկայացնելով ուշացումը հավաստող փաստաթղթեր:

**9.13.** Ապահովագրողի կողմից չեն հատուցվում այն ծախսերը, որոնք Ապահովագրողը (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 Ապահովագրի (Ապահովագրված անձի) կողմից անվիջականորեն 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 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,

cooperating with the Insurer by an invited specialist and the cost of the latter's service exceeds the price specified for the given service in the price list attached to the contract between the Insurer and the given medical facility, then insurance compensation is carried out according to the above price list.

9.17. If there are more than one insurance contracts signed between the Insured and the Insurer covering the same insurance risk, the effective periods of which completely or partially overlap and in the event of an insurance accident under those contracts, it is planned to:

9.17.1. pay a fixed monetary compensation, then the insurance indemnity is paid by one of those contracts upon the choice of the Insured. In addition, insurance indemnity is paid even if there are insurance contracts covering the same insurance risk for the Insured person in other companies.

9.17.2. pay medical expenses compensation, then insurance is paid by one of those contracts upon the choice of the Insured. In addition, if there are insurance contracts covering the same insurance risk and medical expenses reimbursement for the Insured in other insurance companies, the insurance indemnity shall be carried out in proportion to the insured amount under the Contract/Policy with the Insured person in the total amount under all insurance contracts.

9.18. If there are one or more insurance contracts signed between the Insured and the Insurer covering the same insurance risk and envisaging a fixed monetary compensation, as well as one or more insurance contracts envisaging compensation of medical expenses, and the effective periods of which completely or partially overlap, then indemnity is made by one contract foreseeing a fixed monetary compensation and one contract envisaging compensation of medical expenses upon the choice of the Insured person. In addition, insurance indemnity under fixed monetary compensation contract is paid even if there are insurance contracts covering the same insurance risk for the Insured person in other companies. And if there are insurance contracts covering the same insurance risk and medical expenses reimbursement for the Insured in other insurance companies, the insurance indemnity shall be carried out in proportion to the insured amount under the Contract/Policy with the

учреждение и осуществления затрат. При нарушении указанного срока Страхователь или 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) календарных 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 зарубежья 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

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 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

Insured person in the total amount under all insurance contracts.

9.19. If the Insured Person is a beneficiary of any medical aid and service program on preferential terms guaranteed by the Government of the Republic of Armenia and in the event of an insured accident, he/she receives guaranteed financing in full volume for medical aid and service within the framework of state targeted health programs with allocations provided by the Government of the Republic of Armenia's state budget, then the Insurer does not provide compensation, and in the case of receiving partial financing within the framework of the programs mentioned in this clause, the Insurer provides compensation to the Insured Person in the amount of the difference in medical expenses not compensated for the given insurance accident.

Страховщиком, стоимость оказанной приглашенным специалистом услуги превышает указанную стоимость за данную услугу в прејскуранте, приложенном к договору, заключенному между Страховщиком и данным медицинским учреждением, то страховое возмещение осуществляется согласно вышеуказанному прејскуранту. 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 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

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 Ապահովադիրին (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 չիցենզավորված 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.** Ապահովադիրին/Ապահովագրված անձը չի կատարել 9.12. կետի պահանջը,

**10.1.5.** Ապահովադիրի/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 իրադարձություններ կայացնելու նպատակով կատարվել է կեղծ հայտարարություն:

**10.2.** Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը, եթե`

**10.2.1.** Ապահովադիրին/Ապահովագրված անձը/Շահառուն չի կատարել Պայմանագրով և/կամ Պայմանագրով/Վկայագրով

**10. ISURANCE INDEMNITY REFUSAL BASIS**

10.1. The Insurer releases from the responsibility of realizing insurance reimbursement if:

10.1.1. Medical and/or other services provided to the Insured are not specified by the Contract/Policy.

10.1.2. They had been provided by the unlicensed medical and/or other institutions, unless otherwise specified by the Contract/Policy.

10.1.3. Medical and/or other services provided to the Insured are of experimental character.

10.1.4. If the Insured (Insured person) hasn't fulfilled the requirement mentioned in the point 9.12.

10.1.5. If a fraudulent claim was presented by the Insured/ Insured Person/Beneficiary for receiving insurance indemnity upon the Contract/Policy and/or the insurance indemnity amount was intentionally exceeded and or a false announcement was made with the aim of presenting accident as event, having tokens of an insurance accident.

10.2. The Insurer has the right to refuse the payment of reimbursement if:

10.2.1. The Insured/ Insured Person /Beneficiary did not perform his other obligations, stipulated by the Conditions and/or the Contract/Policy.

10.2.2. the performed treatment (including medications), medical measures, investigations are not recognized as necessary for the given disease, injury, health condition by the protocols of the RA and international medical associations.

10.3. Anyway, the Insurer is not liable for the medical and/or other services that have been provided at the request of the Insured person not taking into consideration the prescriptions of the doctor.

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 нелегализованном 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



Նախատեսված իր այլ պարտականությունները,

**10.2.2.** Կատարված բուժումը (այդ թվում՝ դեղորայքային), բուժական միջոցները, հետազոտությունները ԶԶ, միգազգային 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. ԿՈՐՄԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ**

**11.1.** Ապահովագրիչը (Ապահովագրված անձը) պատասխանատվություն է կրում Ապահովագրված անձի (Ապահովագրիչի) կողմից բժշկի, շտապ և անհետաձգելի բժշկական օգնության, ոչ բժշկական ցուցումներով սակիտարատրանսպորտային միջոցների չիմնավորված կանչի համար, բուժման ռեժիմի խախտման, առանց Նախնական ծանուցման Բժշկական կամ այլ հաստատությունների հետ Նախապես համաձայնեցված բուժական պրոցեդուրաներին, բժշկի ընդունելություններին և այլ ծառայություններին չներկայանալու դեպքերում: Ապահովագրված անձը (Ապահովագրիչը) պարտավոր է փոխհատուցել Ապահովագրողին սույն կետում սահմանված իրադարձությունների հետ կապված վնասները, 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 Պայմանագրից/Վկայագրից կնքելուց

**11. LIABILITY OF THE PARTIES**

**11.1.** The Insured (Insured person) is responsible for unreasoned call-ins of doctor, emergency, medical-transporting facilities, of treatment schedule disturbance, non-attendance to the doctor’s consultations and other procedures at the medical or other institutions without preliminary notification. The insured person (Insured) is obliged to reimburse the expenses to the Insurer raised the damages concerning the events defined in the present clause, including penalties, that are prescribed by medical or other institutions concerning the events defined in the present clause.

**11.2.** The Insurer shall not incur a liability for any emergency, failure or irregular providing of maintenance operation, which are related to such equipment, electric power supply system and/or communication means or networks, which are assured, provided, exploited and/or serviced by the third persons.

**11.3.** None of the parties bear the responsibility for complete or partial default in the performance in obligations, stipulated by the Contract/Policy, if it was considered as a consequence of force majeure influence, particularly, a consequence of waterflood, fire, earthquake and other natural disasters, military operations, civil war, any kind of civil commotions, industrial disturbances, economic blockade, also as a consequence of other limitations and restrictions, which were initiated after signing the Contract/Policy, and which the parties could not envisage or prevent.

**11.4.** In case when one of the circumstances mentioned in the clause 11.3 has immediate impact on fulfilling the obligation in the period specified by the Contract/Policy, its’ fulfilling is delayed for the period of the circumstances’ impact. If the impact of force majeure lasts for more than 30 (thirty) calendar days, each party has a right to terminate the contract fully or partially by informing the other party in advance. In this case none of the parties are responsible for the indemnification of the possible loss.

**11.5.** The impact of force majeure on fulfilling the obligation specified by the Contract/Policy must be proved by

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 Страховщику связанные с этим расходы, в том числе на оплату соответствующих штрафных санкций за невыполнение или не надлежащее 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

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/Վկայագիրը՝ այդ մասին նախապես տեղյակ պահելով մյուս կողմին, և այդ դեպքում կողմերից ոչ մեկը պարտախանտվություն 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 ԼՈՒՑՄԱՆ 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՝ Ապահովագրի 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

the party, whose obligations fulfilling is hindered by such an impact.

**12. DISPUTES REGULATION PROCEDURES**

12.1. According to the Conditions disputes arise out of the Contract/Policy are

12.2. In case of a failure of reaching agreement in the result of negotiations the disputes are resolved by the financial system mediator, in accordance with the law or court order in accordance with the law of the RA.

12.3. When considering the disputable matters, the provisions of the Contract/Policy shall have prioritized power over the Conditions and Program.

12.4. When considering the disputable matters, the provisions of the Program shall have prioritized power over the present Conditions.

12.5. While considering the disputable matters in case when more detailed description is stipulated by the present Conditions with regard to provisions of the Contract, the provisions of these Conditions and this Program shall be applied simultaneously.

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 длится 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

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 Պայմանագրի/Վկայագրի կից ներկայացվող հավելվածով սահմանված հատուցման ելթակա բժշկական ծառայությունների ցանկ:  
Բժշկական հաստատություն՝ համապատասխան լիցենզիա ունեցող բուժարոճիլակտիկ հաստատություն, գիտահետազոտական և բժշկական ինստիտուտներ, այդ թվում՝ վերականգնողական և ասևիտարարոճիլակտիկ հաստատություններ, ինչպես նաև ֆիզիկական անձինք, որոնք լիցենզիայի հիման վրա իրականացնում են բժշկական գործունեություն:  
Ղեկավարներ՝ կազմակերպություններ, որոնք իրականացնում են ղեկորայքային միջոցների մանրածախ առևտուր, ղեկամիջոցների պատրաստում, որոնք ՀՀ օրենսդրության պահանջներին համապատասխան ունեն ղեկագործական գործունեության իրականացման լիցենզիա և որոնք Ապահովագրված անձանց տրամադրում են ՀՀ-ում գրանցված ղեկամիջոցներ:  
Բժշկական ծառայություններ՝ միջոցառումներ կամ միջոցառումների համալիր ուղղված հիվանդությունների կակխարգելմանը 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 (անիրաժեշտության դեպքում՝ բժշկական անձնակազմի ուղեկցությամբ), բժշկական պատճառներով (բժշկի նշանակումով) ՀՀ տարածքում գունկող այլ Բժշկական հաստատություն փոխադրելը,  
- Ապահովագրված անձի առողջական վիճակին համապատասխան տրանսպորտային միջոցով (անիրաժեշտության 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

**13. TERMINOLOGY USED IN THE CONDITIONS**

Contract/Policy – the written agreement between the Insured and the Insurer on the following: the Insurer is obliged to pay to the Insured person the charges for provision of medical, medical-transportation services, as well as other services specified by the Contract/Policy, within the bounds of the sum Insured in case of insurance accident occurrence within the period of the Contract/Policy's acting, and the Insured is obliged to pay an insurance premium (instalment) within the period and value defined by the Contract/Policy.

Insurance indemnity – a payment for medical and other services provided to the Insured person in accordance with the terms of the Contract/Policy and the insurance Program.

The Program – The list of medical services which are subject to be reimbursed and which are stated by the Appendix of the Contract/Policy.

Medical Institutions – a licensed medico-preventive institution, research and medical institutions, including rehabilitation and sanatorium and preventive institutions, as well as natural persons who acts medical activity

Pharmacies – institutions which are making retail sell of medicine, preparation of drugs which act pharmaceutical activity as per licenses in accordance with the legislative requirements of the RA and which provide the Insured persons with drugs registered in Armenia.

Medical services – procedures or complex of procedures which are directed for the prevention of the diseases and treatment, which have separate meanings and certain cost.

Medical transportation services – services in regard with the transportation of the Insured person:  
- from the place of the insurance accident occurrence to the closest medical institution on the territory of the RA by ambulance car or any other transport;  
- accordingly, to the health condition of the Insured person for the medical reasons (prescribed by the doctor), transporting him to other medical institution on the territory of the RA by the appropriate transport

пределах установленной страховой суммы, на получение медицинских, микро-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 установлены в 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

<p>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 ն/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:</p>	<p>(accompanied by the medical staff if necessary);          - accordingly, to the health condition of the Insured person transporting him to the closest medical institution from his dwelling place on the territory of the RA by the appropriate transport (accompanied by the medical staff).           Application: an application submitted to the Insurer for insurance indemnity/compensation for the Insured person in case of an event carrying signs of an insurance accident, in particular:          - Application submitted to the Insurer in person; or          - Submission of an online application using the Insurer's official email address, and/or a note sent to the email address given in the Contract/Policy; or          A letter/ e-mail sent to the Insurer from the Medical/ other institution where the Insured applied in accordance with the Contract/ Policy, containing a response letter from the Insurer confirming the receipt of the application.</p>	<p>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.</p>
---	--	---