

**ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՄԱՎՈՐ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՆՈՆՆԵՐ**

VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE RULES FOR LEGAL
ENTITIES

Confirmed by
The Board of INGO ARMENIA ICJSC
Protocol 225 as of 15/02/2023

Active since
01.03.2023
Code: 04.20.10
Version: 4.0

ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄԱՎՈՐ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՈՆՆԵՐ / VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE RULES FOR LEGAL ENTITIES

ԳԼՈՒԽ 1: ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1.1. Կամավոր բժշկական ապահովագրության սույն կանոնների (այսուհետ նաև՝ Կանոններ) և ՀՀ օրենսդրության հիման վրա «ԻՆԳՈ ԱՐՄԵՆԻԱ» ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՓԱԿ ԲԱԺՆԵՏԻՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (այսուհետ նաև՝ Ապահովագրող) կնքում է բժշկական ապահովագրության պայմանագրեր ինչպես գործունակ ֆիզիկական անձանց, այնպես էլ ցանկացած կազմակերպարավական ձևի իրավաբանական անձանց, անհատ ձեռնարկատերերի ու իրավաբանական անձի կարգավիճակ չունեցող հիմնարկների հետ (այսուհետ նաև՝ Ապահովադիր):

1.2. Կանոնները մշակված են ՀՀ օրենսդրությանը համապատասխան և հանդիսանում են Կանոնների հիման վրա կնքված բժշկական ապահովագրության վկայագրի/պայմանագրի (այսուհետ նաև՝ Պայմանագիր) հավելյալ և անբաժանելի մասը և պարտադիր են Ապահովագրողի և Ապահովադիր (այսուհետ միասին՝ Կողմեր) համար:

1.3. Կանոններում օգտագործվող տերմինները և հասկացությունները կիրառվում են դրանց՝ Կանոններով տրված սահմանումներին համապատասխան: Կանոններով չսահմանված տերմինները կիրառելի են դրանց ուղղակի լեզվական նշանակությամբ, եթե դրանց նշանակությունը օրենսդրությամբ կամ այլ իրավական ակտերով պարզաբանված չէ:

1.4. Կանոնների, Պայմանագրի/Վկայագրի, Հավելվածի, Ծրագրի և ցանկացած այլ փաստաթղթերի երկլեզու կազմված լինելու պարագայում՝ գերակայությունը տրվում է հայերեն տարբերակին:

CHAPTER 1: GENERAL PROVISIONS

1.1. Based on these rules on voluntary medical insurance (hereinafter - the Rules) and legislation of the Republic of Armenia, "INGO ARMENIA" INSURANCE CLOSED JOINT-STOCK COMPANY (hereinafter - the Insurer) concludes health insurance contracts with individuals and legal entities of any organizational and legal form, sole proprietors and institutions that do not have the status of a legal entity (hereinafter - the Insured).

1.2. The Rules are developed in accordance with the RA legislation and form a complementary and indivisible part of the medical insurance policy/contract (hereinafter - the Contract) and are mandatory for both the Insurer and the Insured (hereinafter - the Parties).

1.3. The terms and concepts used in the Rules apply according to their definitions in the Rules. Terms not defined by the Rules are expected to be interpreted with their linguistic meaning only if their meaning is not clarified by legal or sub-legal act.

1.4. In case of bilingual drafting, in the Contract, Policy, Appendix, Program, Rules and any other documents the Armenian version should prevail.

1.5. Կանոններում կիրառվող հիմնական հասկացություններն ունեն հետևյալ նշանակությունը՝

1.5.1. *Ապահովագրված անձ*՝ անձը, որի հետ կապված ապահովագրական պատահարի առաջացումը հանդիսանում է պայմանագրի առարկա: Պայմանագրով ապահովագրված անձինք են հանդիսանում Պայմանագրում կամ դրա հավելվածում (Ապահովագրված անձանց ցուցակում) նշված անձինք: Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով, Ապահովագրված անձ է հանդիսանում Ապահովադիրը:

1.5.2. *Ապահովագրական պատահար*՝ Պայմանագրով և Կանոններով նախատեսված դեպք, որի տեղի ունենալու ուժով Ապահովագրողը պարտավորվում է Պայմանագրի և Կանոնների համաձայն վճարել ապահովագրական հատուցում:

1.5.3. *Ապահովագրական գումար*՝ Պայմանագրով ապահովագրողի կողմից վճարման ենթակա հնարավոր ապահովագրական հատուցման առավելագույն չափը, որը սահմանվում է Ապահովագրողի և Ապահովադիրի համաձայնությամբ:

1.5.4. *Ապահովագրավճար*՝ պայմանագրով տրամադրվող ապահովագրության դիմաց Ապահովագրողին վճարվելիք գումար, որը ենթակա է վճարման պայմանագրով սահմանված կարգով և ժամկետներում:

1.5.5. *Ապահովագրական հատուցում*՝ ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու արդյունքում ապահովագրված անձին պայմանագրով նախատեսված և փաստացի մատուցված/ձեռք բերված բժշկական ծառայությունների, դեղերի, բժշկական պարագաների արժեքի վճարում Շահառուին կամ անմիջապես դրանք մատուցած/տրամադրված բժշկական և/կամ այլ հաստատությանը:

1.5.6. *Ապահովագրության տարածք*՝ Պայմանագրով նախատեսված տարածք

1.5. The primary concepts used in the Rules have the following meaning:

1.4.1. *Insured person* - the person whose insurance accident is the subject of the Contract. The persons mentioned in the Contract, or its appendix (in the List of Insured Persons) are the insured persons. Unless otherwise is stated in the Contract, the Insured is the insured person.

1.4.2. *Insurance accident* - Any event specified in the Contract and the Rules, by the occurrence of which the Insurer undertakes the responsibility to pay the appropriate insurance indemnity.

1.4.3. *Sum Insured* - The maximum insurance compensation payable by the Insurer under the Contract, which is determined by the agreement of the Insurer and the Insured.

1.4.4. *Insurance premium* - Amount to be paid by the Insured to the Insurer for possible insurance indemnity in accordance with the terms, conditions and dates specified in the Contract.

1.4.5. *Insurance indemnity* - payment of the cost of medical services, medicine, and medical supplies provided by the Contract and actually purchased/served by/to the Insured person as a result of an insurance accident to the Beneficiary or the medical and/or other institution directly.

1.4.6. *Insurance area* - Area (geographic location, building, etc.), specified in the Contract,

(աշխարհագրական օբյեկտ, շենք-շինություն և այլն), որի սահմաններում տարածվում է պայմանագրի գործողությունը, և միայն որի սահմաններում տեղի ունեցած ապահովագրական պատահարները պայմանագրի համաձայն կարող են համարվել ապահովագրական պատահար: Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով, Ապահովագրության տարածք է հանդիսանում Հայաստանի Հանրապետության և Արցախի Հանրապետության տարածքը և Պայմանագրով հատուցման ենթակա են բացառապես ՀՀ, ԱՐՑԱԽ տարածքում գործող և լիցենզավորված բուժօգնություններից ստացված բժշկական ծառայությունների, ձեռքբերված դեղորայքի, բժշկական պարագաների համար կատարված ծախսերը: Եթե Պայմանագիրը կնքվում է առանց տարածքային սահմանափակումների, ապա Պայմանագրում՝ Ապահովագրության տարածք դաշտում, նշվում են «Ամբողջ աշխարհ» բառերը:

1.5.7. *Չհատուցվող գումար՝* Պայմանագրով կամ Ծրագրերով կարող է նախատեսվել չհատուցվող գումար (Ապահովագրված անձի (Ապահովադրի) մասնակցության չափը ապահովագրական պատահարի արդյունքում վճարման ենթակա հատուցմանը), որը սահմանվում է կոնկրետ գումարի կամ ապահովագրական գումարի կամ այլ մեծության նկատմամբ տոկոսի տեսքով: Չհատուցվող գումարի տեսակներն են՝

➤ *Պայմանական չհատուցվող գումար*, որի կիրառման դեպքում Ապահովագրողն ազատվում է ապահովագրական հատուցում վճարելու պարտականությունից, եթե ապահովագրական պատահարի արդյունքում հատուցման ենթակա գումարը (ծախսերի մեծությունը) չի գերազանցում կամ հավասար է Պայմանագրով սահմանված չհատուցվող գումարի չափին, և Ապահովագրողը պարտավոր է վճարել հատուցման ենթակա գումարն ամբողջությամբ, եթե վճարման ենթակա

where the Contract is valid and the occurred accidents constitute insurance accidents according to the Contract. Unless otherwise is stated in the Contract, the insurance area includes the territory of the Republic of Armenia and the Republic of Artsakh and the incurred expenses are subject to compensation only if the medical services, medicine, and medical supplies were obtained from operating and licensed medical institutions in the RA and ARTSAKH. If the Contract is concluded without any territorial restrictions, the word "Worldwide" has to be specified in the Contract in the field of insurance area.

1.4.7. *Deductible amount* - The Contract or Programs may assume deductible amount being the amount of participation of the Insured person (Insured) in the compensation to be paid as a result of an insurance accident, which is set as a percentage of a specific amount or sum insured or other amount. The deductible types are:

➤ *Conditional deductible amount*, the application of which releases the Insurer from obligation to pay insurance indemnity if the amount (expenditure) subject to compensation as a result of an insurance accident, is less than or equal to the conditional deductible amount set out in the Contract, on the other hand the Insurer is obligated to pay the insurance compensation fully, if the payable amount of the insurance indemnity exceeds the conditional deductible amount.

ապահովագրական հատուցման գումարը գերազանցում է չհատուցվող գումարի չափը:

➤ Ոչ պայմանական չհատուցվող գումար, որի կիրառման դեպքում Ապահովագրողը Պայմանագրով սահմանված չհատուցվող գումարի չափով ազատվում է ապահովագրական հատուցում վճարելուց (վճարման ենթակա ապահովագրական հատուցումը նվազեցվում է չհատուցվող գումարի չափով):

1.5.8. Սպասման ժամկետ՝ Պայմանագրով և/կամ Ծրագրերով որոշ դեպքերի, վիճակների, բժշկական ծառայությունների տեսակների, դեղորայքի կամ այլ պարագաների համար սահմանված ժամանակահատված, որն իրենից ներկայացնում է ժամանակահատված (օրերով, ամիսներով կամ տարիներով)՝ ընկած Պայմանագրի գործողության ուժի մեջ մտնելու և Ապահովագրողի կողմից հատուցման պատասխանատվություն առաջանալու պահի միջև: Սպասման ժամկետի ընթացքում տեղի ունեցած ապահովագրական պատահարների կամ Ապահովագրված անձի կողմից Սպասման ժամկետի ընթացքում ստացած բժշկական և այլ ծառայությունների, ձեռքբերված դեղորայքի և այլ պարագաների համար, կատարված կամ կատարման ենթակա ցանկացած ծախսերի համար Ապահովագրողը ապահովագրական հատուցման տրամադրման պատասխանատվություն չի կրում:

1.5.9. Անհետաձգելի բուժօգնություն՝ այն բուժօգնությունը, որը ցուցաբերվում է կյանքի համար վտանգ ներկայացնող հանկարծահաս սուր հիվանդությունների, վիճակների, քրոնիկ հիվանդությունների՝ կյանքի համար վտանգ ներկայացնող սրացումների դեպքում, որոնք այդ պահին պահանջում են անհետաձգելի բժշկական միջամտությունների իրականացում:

1.5.10. Շփափ բուժօգնություն՝ բուժօգնություն, որը ցուցաբերվում է կյանքի համար բացահայտ վտանգի նշաններ չունեցող

➤ *Non-conditional deductible amount*, the application of which releases the Insurer from the payment of insurance compensation for the amount set out by the Contract, where the insurance compensation to be paid is reduced by the non-conditional deductible amount.

1.4.8. *Waiting period* - The period (in days, months or years) established by the Contract and/or Programs for certain cases, conditions, types of medical services, medicine or other supplies, which defines the period between the start of the Contract and the moment when the Insurer becomes liable for compensation of listed expenses. The Insurer is not responsible for the insurance accidents that resulted in the purchase of medical and other services, medicine, or other goods that occurred during the waiting period.

1.4.9. *Emergency medical care* - medical care of acute sudden illnesses, conditions, chronic diseases that are life threatening and require urgent medical intervention.

1.4.10. *Medical ambulance* - medical care provided for sudden acute illnesses, conditions,

հանկարծահաս սուր հիվանդությունների, վիճակների, քրոնիկ հիվանդությունների սրացումների դեպքում, որոնք տվյալ պահին պացիենտի կյանքի համար բացահայտ վտանգի նշաններ չունեն:

1.5.11. *Պլանային բուժօգնություն*՝ բուժօգնություն, որը ցուցաբերվում է նախապես պլանավորելով, տվյալ պահին մարդու կյանքին վտանգ չսպառնացող, անհետաձգելի կամ բուժօգնություն չպահանջող հիվանդությունների կամ վիճակների դեպքում, և որի հետաձգումը որոշակի ժամկետով չի հանգեցնի պացիենտի վիճակի վատթարացմանը, առողջությանը և կյանքին վտանգ սպառնալուն:

1.6. Շահառուն ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու դեպքում ապահովագրական հատուցում ստանալու իրավունք ունեցող անձն է: Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով, ապա Կանոնների հիման վրա կնքված Պայմանագրով Շահառու է հանդիսանում Ապահովագրված անձը:

1.7. Ապահովադիրը պարտավոր է Ապահովագրված անձին ծանոթացնել Կանոնների և Պայմանագրի պայմաններին և բովանդակությանը, ինչպես նաև դրանցով նախատեսված պարտականությունների անվերապահ կատարման մասին: Ապահովագրողն իրավունք ունի Ապահովադիրից և Ապահովագրված անձից պահանջելու կատարել Կանոններով և Պայմանագրով սահմանված պարտականությունները: Ապահովագրված անձն Ապահովադիրի հետ հավասարապես կրում է Կանոններով և/կամ Պայմանագրով նախատեսված իրենց պարտականությունների չկատարման կամ թերի կատարման համար պատասխանատվությունը, այդ թվում՝ այդ պարտականությունների չկատարման առնչությամբ ապահովագրական հատուցումների հետ կապված

chronic diseases that have no direct danger to patient's life at the moment.

1.4.11. *Planned medical care* - pre-planned medical care of illnesses or conditions that are not life-threatening, urgent or do not require medical attention at the present, and its delay for a certain period of time will not lead to the deterioration of the patient's condition, health or become a threat to their life.

1.5. The Beneficiary is the person entitled to receive the insurance compensation in the event of an insurance accident. Unless otherwise is stated in the Contract, the Beneficiary is the Insured person.

1.6. The Insured is obliged to inform the Insured person about the terms and content of the Rules and the Contract, as well as their obligations stipulated thereof. The Insurer has the right to require the Insured and the Insured person to perform their obligations set out by the Rules and the Contract. The Insured person equally shares the responsibility for the failure to perform or incomplete performance of their obligations under the Rules and / or the Contract along with the Insured, including the ill-performance of their responsibilities for the negative consequences related to the insurance compensation.

բացասական

հետևանքների

պատասխանատվությունը:

1.8. Ապահովադրի և Ապահովագրված անձանց՝ Պայմանագրում նշված հասցեի փոփոխության դեպքում Ապահովադիրը Ապահովագրողին տեղեկացնում է այդ մասին՝ ներկայացնելով նոր հասցե, որով համապատասխանաբար Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձը համաձայն կլինի ստանալ Ապահովագրողի կողմից Կանոնների համաձայն համապատասխանաբար Ապահովադրին կամ Ապահովագրված անձին ուղարկվող ծանուցումները: Եթե Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձը չի տեղեկացնում Ապահովագրողին հասցեի փոփոխության վերաբերյալ, ապա Ապահովադրի կամ Ապահովագրված անձի՝ Ապահովագրողին հայտնի վերջին հասցեով Ապահովագրողի կողմից ուղարկված ծանուցումները համարվում են պատշաճ կարգով ուղարկված (ներառյալ տվյալ հասցեին ուղարկված պատվիրված նամակը որևէ հիմքով հետ վերադարձվելու դեպքում):

1.9. Ապահովադիրը ծանուցումն ստանալուց անմիջապես հետո պարտավորվում է ծանուցմամբ նախատեսված տեղեկատվությունը փոխանցել Ապահովագրված անձին՝ կրելով վերջինի կողմից ծանուցումը փաստացի չստանալու հետ կապված բացասական հետևանքների համար պատասխանատվության ռիսկը:

1.10. Կանոնների և վերջինիս հիման վրա կնքված Պայմանագրի միջև տարընթերցումների դեպքում գերակայությունը տրվում է Պայմանագրին:

1.7. If the address specified in the Contract of the Insured and the Insured person changes, the Insured is required to notify the new corresponding address to the Insurer. If the Insured or the Insured person fails to notify the Insurer of the change of address, then the notices sent by the Insurer to the Insured person at the last known address of the Insured shall be deemed duly sent (including the returned letters sent to that address).

1.8. The Insured immediately has to transfer the information provided by **the Insurer's notice** to the Insured person and bears the liability risk for the negative consequences of not receiving the notice on time.

1.9. In the event of any conflict between the Rules and the Contract, the priority should be given to the Contract.

ԳԼՈՒԽ 2: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏ

2.1. Ապահովագրության օբյեկտ են հանդիսանում Ապահովագրված անձի գույքային շահերը՝ կապված ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու հետևանքով Ապահովագրված անձին ցուցաբերված բժշկական օգնության և տրամադրված բժշկական ծառայությունների դիմաց, ֆինանսական ծախսերի հատուցման հետ:

ԳԼՈՒԽ 3: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐ

3.1. Կանոններով Ապահովագրական պատահար է համարվում Պայմանագրի պայմանների համաձայն և դրա գործողության ընթացքում Ապահովագրված անձի դիմելը Պայմանագրում նշված բուժօգնություններ՝ Պայմանագրով (Ծրագրով) սահմանված բժշկական օգնության և սպասարկման և/կամ այլ օգնության ծառայություններից օգտվելու համար՝ կապված առողջական վիճակի վատթարացման և/կամ բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող վիճակների հետ, որը հանգեցնում է Ապահովագրողի՝ ապահովագրական հատուցում տրամադրելու պարտավորության առաջացմանը՝ համաձայն Պայմանագրի, Կանոնների և Պայմանագրում նշված Ծրագրով տրամադրվող ծառայությունների ծավալի:

3.2. Կանոնների համաձայն՝ ապահովագրության ծրագիրը (սույն Կանոններում՝ Ծրագիր) իրենից ներկայացնում է Ապահովագրողի կողմից սահմանված հատուցման ենթակա բժշկական և այլ ծառայությունների տեսակները, ցանկը և կարգավորող այլ դրույթներ:

3.3. Ծրագրերով նախատեսված բժշկական ծառայությունների ծավալը, դրույթները, ապահովագրական հատուցման բացառությունները, այլ պայմանները գործում են ի լրումն Կանոնների, Կանոններում սահմանված դրույթների հետ միասին կազմում են մեկ

CHAPTER 2: INSURANCE OBJECT

2.1. The object of insurance is the property interests of the Insured person in relation to medical expenses and compensation of medical expenses rendered to the Insured person as a result of an insurance accident.

CHAPTER 3: INSURANCE ACCIDENT, INSURANCE PROGRAMS

3.1. Under the Contract, the event of the Insured person attending to a medical center related to the deterioration of one's health condition to receive medical care specified in the Contract (Program) that materializes the Insurer's obligation to pay insurance compensation in the limit determined by the Rules, the Contract and its Program, constitutes an insurance accident.

3.2. According to the Rules, the insurance program (hereinafter - the Program) is the catalogue of types, lists and other regulatory provisions of medical and other services that are subject to compensation by the Insurer.

3.3. The scope, provisions, insurance exemptions, and other conditions of medical services provided by the Program are in addition to the Rules. Together with the clauses of the Rules, they are one and are defined in the Rules' and/or the Contract's appendix.

ամբողջություն և սահմանվում են Կանոնների և/կամ Պայմանագրի հավելվածներում:

3.4. Պայմանագրով կիրառվող Ծրագիրը սահմանվում է Կողմերի համաձայնությամբ, կցվում է Պայմանագրին և հանդիսանում է դրա անբաժանելի մասը:

3.5. Ծրագրերում կարող են սահմանվել տվյալ Ծրագիրը ձեռք բերելու համար որոշակի նվազագույն նախապայմաններ:

3.6. Պայմանագրով հատուցման ենթակա են վիրահատական և կոնսերվատիվ բուժման, հատկացված դեղորայքի և բժշկական պարագաների (ներարկիչներ, ներարկման համակարգ և այլն), անհրաժեշտ լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների ողջամիտ արժեքները՝ համաձայն Պայմանագրում նշված Ծրագրերի ծավալի և Կանոնների:

3.7. Պայմանագրով կամ Ծրագրով կարող է նախատեսվել նաև տրամադրվող ծառայությունների ծավալում Դժբախտ պատահարի հետևանքով առաջացած վնասվածքների կամ առողջության այլ վատթարացումների բուժօգնության ներառումը: Կանոնների իմաստով Դժբախտ պատահար է համարվում արտաքին, կարճաժամկետ (մինչև մի քանի ժամ), անկանխատեսելի, արտաքին գործոնների (ֆիզիկական, քիմիական կամ մեխանիկական) ազդեցությամբ և անկանխատեսելի պայմանների և հանգամանքների զուգադիպման հետևանքով ապահովագրության ժամկետի ընթացքում Ապահովագրված անձի կամքից անկախ տեղի ունեցած իրադարձությունը (որի բնույթը, տեղի ունենալու ժամը և վայրը կարող են հստակ որոշվել), որի հետևանքով առաջացած մարմնական վնասվածքների կամ տոքսիկ ազդեցության հետևանքով վնաս է հասցվել Ապահովագրված անձի առողջությանը կամ վրա է հասել Ապահովագրված անձի մահը:

3.4. The **Contract's Program** is established by the agreement of the Parties and is attached to and forms an integral part of the Contract.

3.5. The Program can set certain minimal requirements for obtaining the chosen Program.

3.6. The surgical and restorative treatment, received medicine and medical supplies, reasonable prices for laboratory and instrumental examinations are subject to compensation in accordance with the Program and the Rules.

3.7. The Contract or the Program may also set the provision of services for personal accidents or other cases of health deterioration resulting from an accident. Under the Rules, a personal accident is an event that occurred regardless of the will of the Insured person during the insurance period due to unforeseen, short-term (up to several hours), external factors (physical, chemical or mechanical), conditions and circumstances (the nature, time and place of which can be clearly defined), resulting in a damage to the health of the Insured person due to bodily injuries or toxic effects, or to their death.

3.8. Կանոնների համաձայն՝ Դժբախտ պատահար չեն համարվում ցանկացած տեսակի հիվանդությունները (կամ դրանց բարդացումները), այդ թվում նաև՝ սրտամկանի ինֆարկտը, գլխուղեղի կաթվածը, անևրիզմները, օրգանների ֆունկցիոնալ անբավարարությունը, օրգանների բնածին արատները, նորագոյացությունները և այլն:

3.9. Ապահովագրական պատահար չի համարվում Ապահովագրված անձի դիմելը բժշկական կամ այլ հաստատություն՝ այն բժշկական օգնության կամ այլ ծառայությունների ստացման համար, որոնք.

3.9.1. նախատեսված չեն ընտրված Ծրագրով և Պայմանագրով, կամ այդ ծառայությունները հանդիսանում են բացառություն՝ համաձայն Պայմանագրի, Կանոնների կամ Ծրագրի,

3.9.2. ստացվել են այն բուժհաստատություններում, որոնք նախատեսված չեն Պայմանագրով և ընտրված Ծրագրով, եթե Պայմանագրով կամ Ծրագրով սահմանված են ծառայությունները մատուցող որոշակի բուժհաստատությունների ցանկ,

3.9.3. Չեն նշանակվել բժշկի կողմից և մատուցվել են Ապահովագրված անձի ցանկությամբ, առաջացել են կամ ստացվել են Ապահովագրված անձի կողմից ակոհոլի, թմրանյութերի, թմրադեղերի, թունավոր նյութերի կամ այլ հոգեմետ նյութերի, առանց բժշկի նշանակման (կամ բժշկի նշանակմամբ, բայց նրա կողմից սահմանված չափերի խախտմամբ) դեղերի օգտագործման դեպքում կամ հետևանքով, կամ Ապահովագրված անձի կողմից ակոհոլ, թմրանյութեր, թմրադեղեր, թունավոր նյութեր կամ այլ հոգեմետ դեղեր և/կամ նյութեր օգտագործած անձին տրանսպորտային միջոցի ղեկավարումը փոխանցելու հետևանքով,

3.9.4. կապված են վնասվածքների, հիվանդությունների և/կամ առողջության այլ

3.8. Under the Rules, any type of illness (or its complications), including myocardial infarction, brain stroke, aneurysms, functional insufficiency of organs, congenital organ defects, tumours, etc. are not considered an insurance accident under personal accident.

3.9. The event of the Insured person attending to a medical or other institution for medical or other services does not constitute an insurance accident, when it:

3.9.1. is not included in the selected Program or the Contract, or this service is an exception to the Contract, the Rules or the Program;

3.9.2. was received in a medical institution not specified in the Contract and the selected Program, if the Contract or the Program sets a list of certain medical institutions providing that service;

3.9.3. was not prescribed by a doctor and was provided upon the Insured person's own will, was caused from the use of alcohol, drugs, poisonous or other psychotropic substances, medication without the prescription of a doctor (or in violation of the prescribed limits) or was a result of the person driving a vehicle having used alcohol, drugs, toxic substances or other psychotropic drugs and/or substances;

3.9.4. is related to injuries, illnesses and/or other health conditions caused by the Insured

խաթարման հետ, որոնք առաջացել են Ապահովագրված անձի (Ապահովադրի, Շահառուի) կողմից հանցավոր գործողությունների իրականացման արդյունքում,

3.9.5. կապված են Ապահովագրված անձի կողմից ինքն իրեն միտումնավոր մարմնական վնասվածքների հասցման կամ ինքնասպանության փորձերի հետ՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ Ապահովագրված անձը բերված է եղել այդպիսի վիճակի երրորդ անձանց անօրինական գործողությունների հետևանքով, որը հաստատվել է համապատասխան դատական ակտերով:

3.10. Ապահովագրողն ազատվում է ապահովագրական հատուցում վճարելու պարտականությունից, եթե պատահարը ուղղակի կամ անուղղակի ձևով հետևանք է ստորև նշվածներից որևէ մեկի.

3.10.1. միջուկային պայթյուն, ճառագայթում կամ ռադիոակտիվ վարակում, ատոմային, քիմիական կամ կենսաբանական ներգործություն կամ վարակ, բնական և/կամ տեխնածին աղետներ, արտակարգ իրավիճակներ, և/կամ դրանց հետևանքների հետ ուղղակի կամ անուղղակի կապ ունեցող հիվանդությունների, վնասվածքների և այլնի բուժման,

3.10.2. ցանկացած տեսակի պատերազմ (անկախ նրանից պատերազմն հայտարարված է, թե ոչ), ռազմական գործողություններ, ինչպես նաև զորաշարժեր կամ այլ ռազմական միջոցառումներ, քաղաքացիական պատերազմ, ցանկացած տեսակի ժողովրդական հուզումներ, քաղաքացիական խռովություններ, զանգվածային անկարգություններ կամ գործադուլեր, ահաբեկչական գործողություններ, իշխանության զավթում կամ նմանօրինակ այլ իրավիճակներ, ինչպես նաև զինվորական ծառայության մեջ գտնվող Ապահովագրված անձի՝ ծառայությունից բխող պարտականությունների կատարումը կամ Ապահովագրված անձի մասնակցությունը

person's (the Insured's, the Beneficiary's) criminal activity;

3.9.5. is related to self injury or attempted suicide of the Insured person, except cases, where they has been influenced by the unlawful acts of a third party, which has been established by appropriate judicial acts.

3.10. The Insurer is exempted from paying insurance indemnity if the accident is directly or indirectly a consequence of any of the following:

3.10.1. nuclear explosion, radiation or radioactive contamination, atomic, chemical or biological effect or infection, natural and/or man-made disasters, emergencies, and/or the treatment of diseases or injuries that are directly or indirectly related to it, etc.,

3.10.2. any kind of war (whether the war is declared or not), military operations, as well as military or other actions, civil war, any kind of popular upheaval, civil unrest, riots or strikes, terrorist acts, seizure of power or similar situations as well as the performance of obligations of the Insured person in a military service or the participation of the Insured person in a similar exercises, tests or other military operations and/or listed directly or indirectly with any of the consequences of disease, trauma and other treatment,

գորավարժություններին, ռազմական տեխնիկայի փորձարկումներին կամ նմանատիպ այլ գործողություններին և/կամ թվարկվածներից որևէ մեկի հետևանքների հետ ուղղակի կամ անուղղակի կապ ունեցող հիվանդությունների, վնասվածքների և այլնի բուժման,

3.10.3. մեքենավարման, զենք կրելու իրավունքի, սպորտային, առողջարանային միջոցառումների մասնակցելու կամ ուսումնական հաստատություններ ընդունվելու համար տեղեկանքի տրամադրման համար անհրաժեշտ հետազոտությունների անցկացման:

ԳԼՈՒԽ 4: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐ, ԶՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐ

4.1. Պայմանագրի շրջանակներում տեղի ունեցած բոլոր ապահովագրական պատահարների համար ընդհանուր ապահովագրական գումարը (հատուցման առավելագույն սահմանաչափը) սահմանվում է Պայմանագրում:

4.2. Պայմանագրով սահմանված ընդհանուր ապահովագրական գումարի սահմաններում Պայմանագրով կարող է նախատեսվել յուրաքանչյուր Ապահովագրված անձի, յուրաքանչյուր ապահովագրական պատահարի, Ծրագրի, ծառայության տեսակի և այլնի համար առանձին ապահովագրական գումար/ապահովագրական գումարի առանձին սահմանաչափ (հատուցման սահմանաչափ):

4.3. Պայմանագրի շրջանակներում յուրաքանչյուր Ապահովագրված անձի հետ տեղի ունեցած բոլոր ապահովագրական պատահարների գծով վճարվող հատուցումների համախառն ընդհանուր գումարը չի կարող գերազանցել յուրաքանչյուր Ապահովագրված անձի համար Պայմանագրում սահմանված ապահովագրական գումարը:

4.4. Պայմանագրի շրջանակներում յուրաքանչյուր ապահովագրական հատուցման տրամադրման դեպքում ապահովագրական

3.10.3. conducting examination to provide permission to drive, the right to bear weapon, to participate in sports, recreational activities or to get admitted to educational institutions.

CHAPTER 4: SUM INSURED, DEDUCTIBLE AMOUNT

4.1. Under the Contract, the total amount of the sum insured (the maximum limit of indemnity) for all insurance accidents is set out in the Contract.

4.2. Within the total amount of the sum insured defined in the Contract, the Contract may provide separate insurance amounts/limits (insurance limit) for each Insured person, each insurance accident, Program or type of service.

4.3. The aggregate amount of indemnity paid to each Insured person cannot exceed the sum insured provided for each Insured person in the Contract.

4.4. After the provision of an insurance indemnity under the Contract, the sum insured (indemnity limit)

գումարը (հատուցման սահմանաչափը) նվազեցվում է տրամադրված ապահովագրական հատուցման գումարի չափով:

4.5. Յուրաքանչյուր Ապահովագրված անձի, Ծրագրի, ծառայության կամ բուժման տեսակի գծով կատարված ապահովագրական հատուցումների հանրագումարը համապատասխանաբար տվյալ Ապահովագրված անձի, Ծրագրի, ծառայության կամ բուժման տեսակի համար սահմանված ապահովագրական գումարի չափին հասնելու դեպքում Ապահովագրողի պարտավորությունները տվյալ Ապահովագրված անձի Ծրագրի/ծառայության տեսակի/բուժման տեսակի գծով համարվում են լրիվ ծավալով և պատշաճ կատարված: Կատարված ապահովագրական հատուցումների հանրագումարը Ապահովագրված անձի գծով սահմանված ապահովագրական գումարի չափին հասնելու դեպքում տվյալ Ապահովագրված անձի գծով վճարված ապահովագրավճարները համարվում են լրիվ ծավալով վաստակած Ապահովագրողի կողմից, իսկ չվճարված մասը՝ ենթակա վճարման Պայմանագրով սահմանված ժամկետներում և կարգով:

4.6. Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով կամ Ծրագրով, ապա չհատուցվող գումար չի կիրառվում:

4.7. Եթե Պայմանագրում, Կանոններում կամ որևէ Ծրագրում նշված չէ կիրառվող չհատուցվող գումարի տեսակը, ապա չհատուցվող գումարը համարվում է ոչ պայմանական:

4.8. Յուրաքանչյուր դեպքում, երբ Ապահովագրված անձին մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների համար (ներառյալ դեղորայքի, բժշկական պարագաների և այլն) Պայմանագրով սահմանված է չհատուցվող գումար կամ հատուցման սահմանաչափ, ապա այդ ծառայություններն ստանալու կամ դեղորայքի/բժշկական

is reduced by the amount of the insurance indemnity paid.

4.5. If the amount of the sum insured established for each Insured person, Program, service or type of treatment is reached respectively, the Insurer's contractual obligations regarding the claims of this Insured person, Program, service or type of treatment are considered to be fully and appropriately fulfilled. If the sum of the paid indemnities equals to the amount of sum insured defined for the Insured person, the insurance premiums paid to the Insurer shall be deemed to be fully earned, and the unpaid portion needs to be paid in accordance with the terms and conditions specified in the Contract.

4.6. Unless otherwise is stated in the Contract or the Program, no deductible amount is applied.

4.7. If the Contract, the Rules or any Program do not specify the type of deductible amount applied, then the deductible amount is considered non-conditional.

4.8. In each case, when the Contract for medical care and services provided to the Insured person sets a deductible amount or limit of compensation, the Insured person is obliged to pay the relevant institution the deductible amount and/or the amount exceeding the limit of compensation, at their own expense, in order to receive these services or purchase medicine/medical supplies.

պարագաների ձեռքբերման համար Ապահովագրված անձը պարտավոր է ապահովել համապատասխանաբար չհատուցվող գումարի վճարումը և/կամ հատուցման սահմանաչափը գերազանցող գումարի չափով համապատասխան հաստատությանը վճարումը:

4.9. Եթե Պայմանագրով նախատեսված չհատուցվող գումարները կամ հատուցման սահմանաչափերը գերազանցող չափով գումարները Ապահովագրված անձի կողմից համապատասխան հաստատությանը չվճարելու դեպքում այդ վճարումներն Ապահովագրի համաձայնությամբ իրականացվում են Ապահովագրողի կողմից, ապա Ապահովագրի պարտավոր է համապատասխանաբար Ապահովագրողի կողմից վճարված չհատուցվող գումարները և/կամ հատուցման սահմանաչափերը գերազանցող գումարները վերադարձնել Ապահովագրողին՝ վերջինիս կողմից այդպիսի պահանջ ներկայացնելու օրվան հաջորդող 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

ԳԼՈՒԽ 5: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԿՆՔՈՒՄԸ, ՓՈՓՈԽՈՒՄԸ

5.1. Ապահովագրության պայմանագիրը կնքվում է Ապահովագրի կամ նրա կողմից լիազորված անձի գրավոր կամ բանավոր դիմումի հիման վրա:

5.2. Ապահովագրության պայմանագիրը կազմվում է գրավոր և կարող է կնքվել մեկ փաստաթղթի կազմման կամ Ապահովագրողից Ապահովագրին նրա գրավոր դիմումի հիման վրա Ապահովագրողի ստորագրությամբ ապահովագրական վկայագրի (վկայականի կամ այլ փաստաթղթի) շնորհման ճանապարհով:

5.3. Ապահովագրության Պայմանագրի կնքման դեպքում Ապահովագրողը Ապահովագրին պարտավոր է տրամադրել սույն Կանոնները կամ սույն Կանոններից քաղվածք, որոնք ստեղծվել են սույն Կանոնների դրույթների հիման վրա և վերաբերվում են ապահովագրության կոնկրետ

4.9. If the Insured person does not pay the deductible amount and/or the amount exceeding the limit of compensation, **upon the Insured's** consent the Insurer does so and the Insured is obliged to return to the Insurer the paid amounts, within 10 working days from the date of the initial payment.

CHAPTER 5: SIGNING, AMENDING THE CONTRACT

5.1. The Contract is concluded on the basis of a written or oral application of the Insured or their authorized person.

5.2. The Contract is concluded in writing and can be done by drawing up a single document or assigning an insurance policy (certificate or other document) to the Insured signed by the Insurer on the basis of **the former's** written application.

5.3. If the Contract is concluded, the Insurer must provide the Insured with the Rules or an extract from the Rules created on the basis of the clauses of the Rules and related to a specific Program, and on the basis of which the Contract is concluded (which is indicated in the Contract).

Ծրագրին, և որի հիման վրա էլ կնքվում է Պայմանագիրը (այդ մասին նշվում է Պայմանագրում):

5.4. Սույն Կանոնները Ապահովադրին կարող են տրամադրվել ինչպես թղթային տպված տարբերակով (այդ թվում՝ գրքույկի տեսքով), այնպես էլ Ինտերնետում Կանոնների էլեկտրոնային հասցեն (URL) տրամադրելու, կամ Կանոնները Ապահովադրի կողմից տրամադրված էլեկտրոնային հասցեին ուղարկման միջոցով, կամ թվային կրիչներով (CD, DVD, և այլն):

5.5. Եթե կանոնները տրամադրվել են այլ եղանակով, քան թղթային տեքստն է, Ապահովադիրը (Շահառուն) չի ազատվում սույն Կանոններով նախատեսված ոչ մի պարտավորությունից: Ապահովադիրը ցանկացած ժամանակ իրավունք ունի դիմել Ապահովագրողին և ստանալ Կանոնների թղթային օրինակները:

5.6. Մինչև Պայմանագրի կնքումն Ապահովագրողն իրավունք ունի Ապահովադրից/Ապահովագրված անձից պահանջելու լրացնել դիմում-հարցաթերթիկ (առկայության դեպքում համարվում է Պայմանագրի բաղկացուցիչ մասը), տրամադրել իրեն հայտնի տեղեկություններ և փաստաթղթեր ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու հավանականության և դրա հետևանքով վնասի հնարավոր մեծության որոշման համար ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն նշանակություն ունեցող հանգամանքների, Ապահովագրված անձի առողջական վիճակի մասին իրեն հայտնի տեղեկությունների վերաբերյալ, ինչպես նաև Ապահովագրողի կողմից սահմանված ծավալով իրենց (Ապահովադրի/Ապահովագրված անձի) հաշվին անցնելու բժշկական զննություն՝ Ապահովագրողի կողմից ընտրված բուժհաստատությունում և ներկայացնելու համապատասխան բժշկական զննության արդյունքները:

5.4. The Rules can be provided to the Insured in a hard copy (including in the form of a brochure), via domain on the web (URL), a letter to the email address provided by the Insured, or on a digital drive (CD, DVD, etc.).

5.5. If the Rules are provided not in a paper-based format, the Insured (the Beneficiary) is not released from any of their obligations specified in the Rules. The Insured has the right to request hard copies of the Rules from the Insurer at any time.

5.6. Prior to the conclusion of the Contract, the Insurer has the right to request from the Insured/Insured person to fill out an application form (is considered to be an integral part of the Contract if available), to provide information and documents on the probability of occurrence of an insurance accident and on circumstances that are directly or indirectly relevant for determining the possible damage amount, the health condition of the Insured person, as well as the Insurer may request the Insured/Insured person at their own expense to undergo a medical examination (the Insured/ Insured Person) specified by the Insurer at the medical institution selected by the Insurer and present the results of the relevant medical examination.

5.7. Պայմանագրի կնքման ժամանակ հաղորդած տեղեկությունները, ներկայացված փաստաթղթերը (դրանցում պարունակվող տվյալները) կարող են օգտագործվել այդ փաստաթղթերում կամ Պայմանագրում արտացոլված տեղեկությունների ստուգման, ապահովագրական հատուցման գործընթացը պատշաճ իրականացնելու, հատուցման վճարմամբ պայմանավորված հետադարձ պահանջի իրավունքի արդյունավետ իրականացման և անհրաժեշտ այլ գործողություններ իրականացնելու համար:

5.8. Ապահովագրողն իրավունք ունի 5.6 կետով սահմանված դիմում-հարցաթերթիկի, ապահովագրման ենթակա անձի վերաբերյալ ստացված և/կամ հավաքագրված տեղեկությունների, փաստաթղթերի և/կամ բժշկական զննության արդյունքների հիման վրա մերժելու Պայմանագրի կնքումը տվյալ անձի մասով կամ Պայմանագիր կնքելու ցանկություն հայտնաձև անձին առաջարկելու տվյալ անձին ապահովագրել Ապահովագրողի կողմից առաջարկված հատուկ պայմաններով (լրացուցիչ ապահովագրավճարի վճարում, չհատուցվող գումարների, սահմանաչափերի, Կանոններում չներառված դրույթների կիրառում և այլն) կամ մերժելու Պայմանագրի կնքումը՝ ելնելով նպատակահարմարությունից:

5.9. Այն դեպքում, երբ Պայմանագիրն Ապահովագրողի կողմից կնքվել է իր օգտին, իր վրա են տարածվում Կանոններով նախատեսված Ապահովագրված անձի իրավունքներն ու պարտականությունները:

5.10. Ապահովագրողի կողմից Ապահովագրված անձանց կարող է հանձնվել ապահովագրական քարտ, որը հանդիսանում է անվանական փաստաթուղթ և պարունակում է տեղեկատու ինֆորմացիա (Պայմանագրի, ապահովագրված անձի վերաբերյալ): Պայմանագրով սահմանված

5.7. The information provided during the conclusion of the Contract, the documents submitted (the data contained therein) may be used to verify the information reflected in those documents or in the Contract, to properly perform the process of insurance indemnity, to effectively exercise the right of subrogation of the compensation, and to perform other necessary actions.

5.8. The Insurer has the right to refuse the conclusion of a Contract based on the application, questionnaire, information and documents received and/or collected about a given Insured person as specified in 5.6 Clause, or to agree to do so by adding special conditions including but not limited to the payment of additional insurance premium, application of deductible amounts, limits or amendments to the Rules.

5.9. When the Contract is concluded in favour of the Insured, the rights and obligations of the Insured person are extended to them.

5.10. The Insurer may issue an insurance card to the Insured persons, which is a nominal document and contains a reference information about the Contract and the Insured person. In cases stipulated by the Contract, the insurance card can be used as a pass in a medical institution.

դեպքերում ապահովագրական քարտը կարող է օգտագործվել որպես բուժհաստատության անցագիր:

5.11. Ապահովագրական քարտի կորստի դեպքում Ապահովագրված անձը պարտավոր է անհապաղ տեղեկացնել այդ մասին Ապահովագրողին: Ապահովագրական քարտի կորստի պահից վերջինս համարվում է անվավեր և չի կարող հիմք հանդիսանալ Պայմանագրով սահմանված բուժառայությունների ստացման համար:

5.12. Բացառությամբ Կանոնների 5.9 կետով նախատեսված պայմանի՝ Ապահովագրված անձ չեն կարող լինել անձինք, որոնք՝

5.12.1. Պայմանագրի կնքման պահին կամ դրանից առաջ ունեցել են նարկոլոգիական, հոգեկան հիվանդություններ, նյարդային կամ հոգեկան համակարգի ծանր ախտահարում (թուլամտություն, էպիլեպսիա, նյարդային համակարգի այլ խանգարումներ) կամ վարքի խանգարումներ,

5.12.2. ՄԻԱՎ վարակակիր են կամ հիվանդ ՁԻԱՀ-ով,

5.12.3. հաշվառված են նյարդահոգեբուժական, ֆթիզիոպուլմոնոլոգիական (հակատուբերկուլյոզային), նարկոլոգիական, օնկոլոգիական կամ մաշկավեներոլոգիական դիսպանսերում,

5.12.4. դատապարտված են ազատազրկման,

5.12.5. առողջական վիճակից ելնելով՝ ունեն մշտական խնամքի կամ հսկողության կարիք:

5.13. Կանոնների 5.12 կետում նշված անձինք կարող են հանդիսանալ Ապահովագրված անձ միայն Ապահովագրողի համաձայնությամբ, պայմանով, որ մինչև Պայմանագրի կնքումը Ապահովագրողը Ապահովադրի կողմից գրավոր ծանուցվել է այդ անձանց՝ Կանոնների 5.12 կետով նախատեսված անձ հանդիսանալու վերաբերյալ:

5.11. In case of loss of the insurance card, the Insured person is obliged to inform the Insurer immediately. Upon the loss of the insurance card, the latter shall be considered invalid and may not serve as a basis for receiving medical care specified in the Contract.

5.12. With the exception of the condition specified in 5.9 Clause of the Rules, the Insured person may not be persons who:

5.12.1. at the time of signing the Contract or before it, experienced narcological, mental diseases, had severe damages to the nervous or mental system (dementia, epilepsy, other disorders of the nervous system) or had behavioral disorders;

5.12.2. are infected with HIV or AIDS;

5.12.3. is registered in neuropsychiatric, phthisiopulmonologic (anti-tuberculosis), narcological, oncological or skin-vascular centres;

5.12.4. are sentenced to imprisonment,

5.12.5. need constant care or supervision, based on their health condition.

5.13. The persons specified in 5.12 Clause of the Rules may be accepted as an Insured person only with the consent of the Insurer, provided the Insured notified about this person's current and historical medical conditions to the Insurer before concluding the Contract.

5.14. Եթե Պայմանագիրը կնքելուց հետո պարզվել է, որ Ապահովադիրը Ապահովագրողին հայտնել է կեղծ կամ անարժանահավատ տեղեկություններ, տրամադրել կեղծ փաստաթղթեր կամ տրամադրված փաստաթղթերում առկա տեղեկությունները կեղծ են կամ անարժանահավատ, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը, միակողմանի վաղաժամկետ դադարեցնել Պայմանագիրը առանց վերադարձնելու մինչև դադարեցման պահը վճարված ապահովագրավճարները և պահանջել վերադարձնել Պայմանագրի շրջանակներում կատարված հատուցումները:

5.15. Եթե Պայմանագիրը կնքելուց հետո պարզվել է, որ Ապահովագրողը Կանոնների 5.12 կետում նշված անձանց վերաբերյալ չի ծանուցել 5.13 կետով սահմանված կարգով և ժամկետում, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի այդ անձանց գծով մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը, միակողմանի վաղաժամկետ դադարեցնել Պայմանագիրը առանց վերադարձնելու մինչև դադարեցման պահը այդ անձանց գծով վճարված ապահովագրավճարները և պահանջել վերադարձնել Պայմանագրի շրջանակներում այդ անձանց գծով կատարված հատուցումները:

5.16. Պայմանագրի գործողության ընթացքում Ապահովադիրը և Ապահովագրված անձը պարտավոր են Ապահովագրողին անհապաղ (իսկ 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ նաև գրավոր) հայտնել իրենց հայտնի դարձած հանգամանքների և փոփոխությունների (այդ թվում՝ նաև՝ Պայմանագիրը կնքելիս Ապահովագրողին հայտնած հանգամանքների, Ապահովագրված անձի հաշմանդամության խմբի դասվելու, աշխատանքային գործունեության հետ անմիջականորեն կապված հանգամանքների փոփոխության) մասին, եթե այդ հանգամանքները կամ փոփոխությունները կարող են ազդել

5.14. If after the conclusion of the Contract it is found that the Insured has disclosed false or untrustworthy information to the Insurer in whatever form, the Insurer has the right to reject insurance compensation application, unilaterally terminate the Contract without returning paid premiums and require the reimbursement of paid compensations under the Contract back.

5.15. If after the conclusion of the Contract it is evident that the Insured has not notified the Insurer about the persons mentioned in 5.12 Clause within the timeframe defined in 5.13 Clause, then the Insurer has the right to reject the payment of the insurance indemnity to those persons, unilaterally terminate the Contract without returning the insurance premium and require the reimbursement of compensations made under the Contract to such persons back.

5.16. During the validity of the Contract, the Insured and the Insured person must immediately (and within 3 working days, also in writing) inform the Insurer of any circumstances and changes (including the circumstances informed to the Insurer at the conclusion of the Contract, the inclusion of the Insured person in a disability group, changes in circumstances directly related to their employment) that have become known to them, if these could affect the degree of the insurance risk.

ապահովագրական ռիսկի աստիճանի փոփոխության վրա:

5.17. Բոլոր դեպքերում ապահովագրական ռիսկի աստիճանի փոփոխության վրա ազդող են համարվում Պայմանագրում, ապահովագրության դիմում - հարցաթերթիկում նշված տեղեկությունների, Պայմանագրի կնքման պահին Ապահովագրողին հայտնած, ինչպես նաև տրամադրված փաստաթղթերում առկա տեղեկությունների փոփոխությունները:

5.18. Եթե Պայմանագրի կնքումից հետո ընդունվում կամ փոփոխվում են օրենքներ կամ այլ իրավական ակտեր, որոնք կարող են ազդեցություն ունենալ Պայմանագրի, Ապահովագրողի ստանձնած պարտավորությունների վրա և որոնք առկա չեն եղել Պայմանագրի կնքման պահին կամ որոնց դրույթները, բովանդակությունը տարբերվում են Պայմանագրի կնքման պահին գործող օրենքների կամ իրավական ակտերի դրույթներից, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի առաջնորդվել Պայմանագրի կնքման պահին առկա օրենքների և իրավական ակտերի՝ Պայմանագրի կնքման պահին գործող բովանդակությամբ կամ դիտարկելու նման հանգամանքը որպես ռիսկի աստիճանի վրա ազդող փոփոխություն և Կանոններով սահմանված կարգով վերանայելու և Ապահովագրողին առաջարկելու փոփոխել Պայմանագրի և/կամ Կանոնների պայմանները և/կամ վճարել ռիսկի մեծանալուն համաչափ լրացուցիչ ապահովագրավճար:

5.19. Ապահովագրողի կողմից որպես ապահովագրական ռիսկի աստիճանի փոփոխության վրա ազդող հանգամանքներ կարող են դիտարկվել նաև հետևյալ հանգամանքներից որևէ մեկը՝

5.19.1. Բուժսպասարկման և դեղորայքի գների՝ Պայմանագրի կնքման պահին գործող գներից առնվազն 10%-ով բարձրանալը՝ համաձայն

5.17. In all cases the changes in the information specified in the Contract, in the application form for insurance, information submitted to the Insurer at the time of conclusion of the contract, as well as information available in the provided documents can influence the degree of insurance risk.

5.18. If, after the conclusion of the Contract, laws or other legal acts are adopted or changed that may affect the Contract, the obligations assumed by the Insurer that were not in force at the time of the conclusion of the Contract, or provisions whose content differs from the provisions of laws or legal acts in force at the time of the conclusion of the Contract, then the Insurer has the right to be guided by the content of laws and legal acts in force at the time of conclusion of the Contract, or to consider such circumstance as a change affecting the degree of risk, and in accordance with Rules offer the Insured to change the terms of the agreement and/or the Rules and/or pay additional insurance premium in proportion to the risk.

5.19. The Insurer may determine the following circumstance affect the degree of insurance risk:

5.19.1. increase in prices of medical and pharmaceutical services by at least 10% from the prices at the time of signing the Contract, according to the Consumer Price Index published by SCRA,

ՀՀ ԱՎԾ կողմից հրապարակված սպառողական գների ինդեքսի ցուցանիշների,

5.19.2. Ապահովագրված անձանց թվի կամ կազմի՝ պայմանագրի կնքման պահին առկա՝ համապատասխանաբար թվի կամ կազմի նկատմամբ 20% և ավելի փոփոխությունը:

5.20. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովագրական ռիսկի աստիճանի փոփոխության դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի վերանայելու և առաջարկելու Ապահովադիրին փոփոխել Պայմանագրի պայմանները և/կամ պահանջելու վճարել ռիսկի մեծանալուն համաչափ լրացուցիչ ապահովագրավճար:

5.21. Ապահովագրողն իրավունք ունի փոփոխություն/լրացում կատարելու Կանոններում՝ փոփոխության/լրացման ուժի մեջ մտնելուց առնվազն 30 օր առաջ ծանուցելով Ապահովադիրին և ստանալով վերջինիս համաձայնությունը:

5.22. Ապահովադիրի կողմից Կանոնների 5.18, 5.20 կամ 5.21 կետերով նախատեսված կարգով Պայմանագրի պայմանների վերանայման կամ լրացուցիչ ապահովագրավճար վճարելու Ապահովագրողի պահանջը չընդունելու կամ չկատարելու դեպքում Ապահովադիրն իրավունք ունի միակողմանի լուծելու Պայմանագիրը:

5.23. Սույն ապահովագրության կանոնների հիման վրա Պայմանագիր կնքելիս Ապահովագրողը և Ապահովադիրը կարող են գրավոր (Պայմանագրով, համաձայնագրով և/կամ Ծրագրում) պայմանավորվել Կանոններով չնախատեսված և ՀՀ օրենսդրությանը չհակասող ցանկացած այլ պայմանների կիրառման, տվյալ Պայմանագրի համար Կանոնների որևէ առանձին դրույթի փոփոխության կամ բացառման և/կամ լրացուցիչ դրույթների ավելացման վերաբերյալ: Ապահովագրողն իրավունք ունի Ապահովադիրի համաձայնությամբ նաև կազմել և որոշակի Պայմանագրի, Ապահովադիրի, Ապահովագրված

5.19.2. change in the number or composition of Insured persons from the time of conclusion of the Contract by 20% or more, respectively.

5.20. In the event of a change in the degree of insurance risk during the life of the Contract, the Insurer has a right to review and recommend the Insured to modify the terms of the Contract and/or request payment of an additional premium proportionally for the increased risk.

5.21. The Insurer has the right to make changes/additions to the Rules by notifying and getting approval from the the Insured at least 30 days prior to the change/amendment coming into force.

5.22. If the Insured does not accept or fails to comply with the Insurer's amended terms and added premium in accordance with the 5.18, 5.20 or 5.21 Clauses of the Rules, the Insured has the right to unilaterally terminate the Contract.

5.23. When concluding the Contract based on the Rules, the Insurer and the Insured may agree in writing (the Contract, agreement and/or program) to apply any other conditions that are not provided by the Rules and do not contradict the legislation of the Republic of Armenia, to change or exclude any separate provision of the Rules and/or to add additional provisions. The Insurer also has the right to create and apply other conditions for the Contract, the Insured, the Insured person or a certain group of Insured persons that are attached to the Contract and are an integral part therein.

անձի կամ Ապահովագրված անձանց որոշակի խմբի համար կիրառել այլ պայմաններ, որոնք կցվում են Պայմանագրին և հանդիսանում դրա անբաժանելի մասը:

5.24. Ապահովագրված անձանց ցուցակում փոփոխությունների դեպքում (աշխատակցի աշխատանքից ազատում կամ ընդունում) ապահովագրավճարը հաշվարկվում է համամասնորեն՝ Ապահովադրի կողմից տրված հայտարարագրերի հիման վրա: Ապահովագրված անձանց ցուցակում փոփոխություններ կարող են կատարվել յուրաքանչյուր ամսվա 1-ից, 10-ից և 20-ից, ինչի մասին Ապահովադիրն առնվազն երեք աշխատանքային օր առաջ տեղեկացնում է Ապահովագրողին՝ ներկայացնելով համապատասխան հայտարարագիր: Սույն կետով սահմանված պահանջների խախտման դեպքում փոփոխությունները կարող են կատարվել միայն Ապահովագրողի համաձայնությամբ:

ԳԼՈՒԽ 6: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ԶՎՃԱՐՄԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

6.1. Ապահովագրավճարը վճարվում է ՀՀ դրամով՝ բացառությամբ ՀՀ Օրենսդրությամբ և արժույթային կարգավորման այլ նորմատիվ իրավական ակտերով սահմանված դեպքերի: Ոչ ռեզիդենտների հետ վճարումները իրականացվում են գործող օրենսդրության համաձայն:

6.2. Ապահովագրավճարը կարող է վճարվել ապահովագրության օբյեկտի նկատմամբ որևէ իրավունք չունեցող անձի կողմից: Ընդ որում՝ տվյալ անձը Պայմանագրի/Վկայագրի գծով պարտականություններ չի ստանձնում և իրավունքներ ձեռք չի բերում:

6.3. Ապահովադրի և Ապահովագրողի փոխադարձ համաձայնությամբ Պայմանագրով կարող են սահմանվել ապահովագրավճարի վճարման հետևյալ եղանակներից որևէ մեկը՝

5.24. In case of changes in the list of Insured persons (layoff or hire of employees), the insurance premium is calculated proportionally based on the declarations given by the Insured. Changes in the list of Insured persons may be made on the 1st, 10th and 20th day of each month: the Insured shall notify the Insurer at least three business days in advance by submitting the relevant declaration. In case of breach of the requirements set forth herein, changes may only be made with the Insurer's consent.

CHAPTER 6: INSURANCE PREMIUM, TERMS OF PAYMENT, CONSEQUENCES OF FAILURE TO MAKE THE PAYMENT

6.1. The insurance premium is paid in AMD, except the cases stipulated by the RA Legislation and other normative legal acts of currency regulation. Payments to non-residents are made in accordance with applicable law.

6.2. A person who has no rights over the insurance object can pay the insurance premium. Even though, the so person does not assume any obligations under the Contract/Policy and does not acquire any rights.

6.3. By the agreement of the Insurer and the Insured, the Contract may specify one of the following methods of payment of the insurance premium:

6.3.1. միանվագ վճարում, որի դեպքում ապահովագրավճարը վճարվում է Ապահովադրի կողմից միանվագ կերպով՝ Ապահովագրողի և Ապահովադրի միջև պայմանավորված ժամկետում,

6.3.2. տարաժամկետ վճարում, որի դեպքում ապահովագրավճարը վճարվում է մաս-մաս՝ Ապահովագրողի և Ապահովադրի միջև պայմանավորված ժամկետներում:

6.4. Ապահովագրավճարի վճարման համար Ապահովագրողի կողմից հաշվի տրամադրման դեպքում ապահովագրավճարը ենթակա է վճարման հաշվով սահմանված կարգով, ժամկետներում և պայմաններով:

6.5. Ապահովագրավճարի վճարման օր է համարվում Ապահովագրողի հաշվարկային հաշվին դրամական միջոցների ստացման օրը կամ կանխիկ վճարման դեպքում՝ դրամական միջոցների դրամարկղ մուտքագրվելու օրը:

6.6. Եթե Պայմանագրով նախատեսված ապահովագրավճարի կամ դրա հերթական մասի վճարումը կետանցվել է, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի վճարման ենթակա ապահովագրական հատուցման չափը որոշելիս հաշվանցելու Պայմանագրով սահմանված ապահովագրավճարի չվճարված (կետանցված) ամբողջ գումարը:

6.7. Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ժամկետում և չափով Ապահովադրի կողմից ապահովագրավճարը (ապահովագրավճարի հերթական մասը) չվճարելու դեպքում Ապահովագրողը իրավունք ունի չսահմանել լրացուցիչ ժամկետ ապահովագրավճարի վճարման համար, չձանուցել այդ մասին Ապահովադրին և ազատվում է Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարման ամսաթիվ հանդիսացող օրվան հաջորդող օրվա ժամը 00:00-ից հետո տեղի ունեցած իրադարձությունների հետևանքով առաջացած վնասների դիմաց ապահովագրական

6.3.1. one-time payment, in which, the full premium is paid by the Insured at a date agreed with the Insurer,

6.3.2. term payment, in which, the insurance premium is paid in parts within the terms agreed between the Insurer and the Insured.

6.4. If the Insurer provides an invoice for the payment of the insurance premium, the insurance premium shall be paid in accordance with the procedure, terms and conditions established by the invoice.

6.5. The day of payment of the insurance premium is considered the day of receipt of the funds in the bank account of the Insurer for non-cash transactions and the day of depositing the cash in the cash register for cash payments.

6.6. If the payment of the insurance premium or a part thereof specified by the Contract is overdue, the Insurer has the right to offset the unpaid amount of the insurance premium specified in the Contract when determining the amount of insurance compensation payable.

6.7. If the Insured does not pay the due insurance premium within the timeframe and amount specified in the Contract/Policy, the Insurer has the right not to set an additional term for the insurance premium, not to notify the Insured thereof and be exempted from the insurance liability for losses incurred as a result of events occurring after 12:00 am on the day following the date of payment of the next portion of the insurance premium specified in the Contract/Policy.

The Insurer has the right, at its own discretion, to set additional terms for payment of the insurance premium and to notify the Insured accordingly. If an

հատուցումներ իրականացնելու պարտականություններից:

Ապահովագրողը իր հայեցողությամբ իրավունք ունի սահմանել ապահովագրավճարի վճարման լրացուցիչ ժամկետներ և այդ մասին ծանուցել Ապահովադիրին: Լրացուցիչ ժամկետի սահմանման դեպքում Ապահովագրողը միևնույն է ազատվում է Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարման ամսաթիվ հանդիսացող օրվան հաջորդող օրվա ժամը 00:00-ից հետո տեղի ունեցած իրադարձությունների հետևանքով առաջացած վնասների դիմաց ապահովագրական հատուցումներ իրականացնելու պարտականություններից:

6.8. Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժելու ապահովագրական հատուցման տրամադրումը (առանց ապահովագրավճարի վճարման համար լրացուցիչ ժամկետ սահմանելու), եթե ապահովագրական պատահարի ի հայտ գալու պահին ապահովագրավճարը (դրա հերթական մասը) Պայմանագրով սահմանված ժամկետում վճարված չէ:

6.9. Բացի 6.6 - 6.8 կետերում նշված հետևանքներից, Պայմանագրով և Կանոններով կարող են սահմանվել ապահովագրավճարի չվճարման այլ հետևանքներ:

ԳԼՈՒԽ 7: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԴՐԱ ՎԱՂԱԺԱՄԿԵՏ ԴԱՂԱՐՈՒՄԸ

7.1. Պայմանագրի գործողության սկսվելու և ավարտվելու ժամկետները սահմանվում են Պայմանագրում:

7.2. Եթե Պայմանագրով սահմանված չէ ժամկետը, ապա Պայմանագիրն ուժի մեջ է մտնում ապահովագրավճարի կամ դրա առաջին մասի (տարաժամկետ վճարման դեպքում) վճարման պահից և գործում է 365 օր:

additional time is set, the Insurer is still exempted from the obligation to provide insurance against losses incurred as a result of events occurring after 00:00 on the day following the date of payment of the next part of the insurance premium specified in the Contract/Policy.

6.8. The Insurer has the right to reject the insurance compensation (without setting an additional deadline for payment of the insurance premium) if the due insurance premium is not paid within the time specified by the Contract upon the occurrence of the insurance accident.

6.9. In addition to the consequences specified in 6.6 - 6.8 Clauses, the Contract and the Rules can set out other consequences for the failure to make the insurance premium payment.

CHAPTER 7: INSURANCE CONTRACT VALIDITY AND ITS EARLY TERMINATION

7.1. The terms for the start and the end of the Contract are set out in the Contract.

7.2. If the Contract does not stipulate the terms, the Contract enters into force upon the payment of the insurance premium or its first part (if paid on time) and is valid for 365 days.

7.3. Յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար պայմանագրի գործողության ժամկետն սկսվում է տվյալ անձի անվան դիմաց Ապահովագրված անձանց ցուցակում սահմանված պայմանագրի գործողության սկզբի ամսաթվից և ավարտվում է նույն ցուցակում սահմանված գործողության ժամկետի ավարտին՝ բացառությամբ պայմանագրի 7.4-րդ կետով նախատեսված դեպքի:

7.4. Եթե պայմանագրի գործողության ընթացքում կողմերի միջև կնքված համաձայնագրով որևէ ապահովագրված անձ հանվում է ապահովագրված անձանց ցուցակից, ապա տվյալ ապահովագրված անձի համար պայմանագրի գործողության ժամկետն ավարտվում է համապատասխան համաձայնագիրն ուժի մեջ մտնելու պահից, եթե այլ բան նախատեսված չէ համաձայնագրով:

7.5. Պայմանագրի գործողության ժամկետի երկարաձգման դեպքում Պայմանագրով և Ծրագրով նախատեսված մատուցվող ծառայությունների քանակային և գումարային սահմանաչափերը երկարաձգված ժամկետի համար չեն վերականգնվում, ավելացվում, և երկարաձգված ժամկետի ընթացքում Պայմանագրի պայմանները Կողմերի համար շարունակում են գործել Պայմանագրով սահմանված բոլոր սահմանաչափերի շրջանակներում:

7.6. Պայմանագրի գործողությունը դադարում է Պայմանագրի գործողության ժամկետը լրանալու դեպքում:

7.7. Պայմանագրի գործողությունը վաղաժամկետ դադարում է՝

7.7.1. Ապահովագրված անձի մահանալու դեպքում (տվյալ Ապահովագրված անձի մասով),

7.7.2. Ապահովագրողի կողմից ամբողջ ապահովագրական գումարի չափով ապահովագրական հատուցում վճարելու գծով իր

7.3. The term of validity of the Contract for each Insured person shall start on the date across that **person's name** in the list of Insured persons and end on the expiry of the term specified in the same list, except the case of 7.4 Clause of the Rules.

7.4. If an Insured person is removed from the list of Insured persons by an agreement concluded between the Parties during the term of the Contract, the term of validity of the Contract for that Insured person shall expire upon the entry into force of the respective agreement, unless otherwise is stated in the Contract.

7.5. In the event of an extension of the term of the Contract, the quantitative and financial limits of the services provided by the Contract and the Program shall not be restored, extended, and the terms of the Contract shall continue to operate for all Parties within the limits of the Contract for an extended period.

7.6. The validity of the Contract terminates upon the expiry of the Contract.

7.7. **The term of the contract will terminate early:**

7.7.1. in case of death of the Insured person (with respect to the Insured Person),

7.7.2. if the Insurer fulfils its obligations to pay insurance compensation in the amount of the sum insured (in relation to the Insured Person),

պարտավորությունները կատարելու դեպքում (տվյալ Ապահովագրված անձի մասով),

7.7.3. Ապահովադրի կամ Ապահովագրողի՝ Պայմանագրից ցանկացած պահի վաղաժամկետ հրաժարվելու դեպքում, պայմանով, որ Պայմանագրից հրաժարվող կողմը այդ մասին ոչ պակաս, քան 15 օր առաջ ծանուցել է մյուս Կողմին,

7.7.4. եթե Ապահովադիրը համաձայն չէ (չի տվել համաձայնությունը կամ չի ընդունել Ապահովագրողի առաջարկը կամ չի կատարել Ապահովագրողի պահանջը) Կանոնների 5.18, 5.20 կամ 5.21 կետերով սահմանված կարգով Ապահովագրողի կողմից Պայմանագրի և/կամ Կանոնների պայմանների վերանայման և/կամ լրացուցիչ ապահովագրավճար վճարելու առաջարկի հետ,

7.7.5. Ապահովագրողի նախաձեռնությամբ՝ Ապահովադրի կողմից Պայմանագրով սահմանված ժամկետներում ապահովագրավճարի չվճարման (տարաժամկետ վճարման դեպքում՝ դրա հերթական մասի վճարումը չկատարելու կամ ոչ ամբողջությամբ վճարելու) դեպքում,

7.7.6. Ապահովագրողի նախաձեռնությամբ՝ Ապահովադրի կողմից Պայմանագրով և/կամ Կանոններով սահմանված պարտականությունները ժամկետներում չկատարելու կամ խախտելու դեպքում,

7.7.7. Ապահովադրի նախաձեռնությամբ՝ ապահովագրողի կողմից Պայմանագրի էական խախտում թույլ տալու դեպքում.

7.7.8. Ապահովադրի և Ապահովագրողի փոխադարձ համաձայնությամբ և պայմանավորված ժամկետներում,

7.7.9. ՀՀ օրենսդրությամբ, Կանոններով կամ Պայմանագրով նախատեսված այլ դեպքերում:

7.8. Կանոնների 7.7.3 կետով նախատեսված դեպքում Ապահովադրի կողմից Պայմանագրից

7.7.3. if the Insurer or the Insured cancels the Contract early at any time, provided that the contracting party notifies the other party at least 15 days in advance,

7.7.4. if the Insured disagrees (has not consented or has not accepted the Insurer's offer or failed to comply with the Insurer's request) with the Insurer's review of the Contract and/or the Terms of the Contract and/or the additional premium payment as set forth in 5.18, 5.20 or 5.21 Clauses of the Rules,

7.7.5. upon the Insurer's initiative when the Insured fails to pay the due insurance premium within the timeframe (the full amount of the following payment for the term payment method) specified in the Contract,

7.7.6. upon the Insurer's initiative when the Insured fails to fulfill or violates the obligations set forth in the Contract and/or the Rules,

7.7.7. upon the Insured's initiative when the Insurer commits a significant violation of the Contract,

7.7.8. by the mutual consent of the Insured and the Insurer and within the agreed timeframe,

7.7.9. in other cases provided for by the RA legislation, the Rules, or the Contract.

7.8. In case of early termination of the Contract by the Insured as described in 7.7.3 Clause of the Rules,

վաղաժամկետ հրաժարվելու դեպքում Պայմանագիրը վաղաժամկետ դադարում է վաղաժամկետ լուծման վերաբերյալ ծանուցումն Ապահովագրողի կողմից ստանալու պահից հետո 15-րդ օրը, եթե ծանուցմամբ ավելի ուշ ժամկետ նախատեսված չէ:

7.9. Կանոնների 7.7.3 կետով նախատեսված դեպքում Ապահովագրողի կողմից Պայմանագրից վաղաժամկետ հրաժարվելու դեպքում Պայմանագիրը վաղաժամկետ դադարում է վաղաժամկետ լուծման վերաբերյալ ծանուցումն Ապահովագրողի կողմից ուղարկելու պահից հետո 15-րդ օրը, եթե ծանուցմամբ ավելի ուշ ժամկետ նախատեսված չէ:

7.10. Կանոնների 7.7.5 կետով նախատեսված դեպքում Ապահովագրողի կողմից Պայմանագիրը միակողմանի լուծելու դեպքում Պայմանագիրը վաղաժամկետ դադարում է վաղաժամկետ լուծման վերաբերյալ Ապահովագրողի կողմից Ապահովադիրին ուղարկված ծանուցման մեջ նշված ամսաթվից:

7.11. Ցանկացած հիմքով Պայմանագրի վաղաժամկետ լուծման դեպքում Ապահովադիրը պարտավոր է ամբողջությամբ վճարել մինչև Պայմանագրի վաղաժամկետ լուծման պահը վճարման ենթակա ապահովագրավճարները:

7.12. Կանոնների 7.7.2, 7.7.5 և 7.7.6 կետերով նախատեսված դեպքերում Պայմանագրի վաղաժամկետ լուծման դեպքում վճարված ապահովագրավճարները (այդ թվում՝ Պայմանագրի գործողության չլրացած ժամկետի համար վճարված ապահովագրավճարները) ենթակա չեն վերադարձման:

7.13. Կանոնների 7.7.3, 7.7.4 կետերով նախատեսված կետերով Պայմանագրի վաղաժամկետ լուծման դեպքում վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարը հաշվարկվում է հետևյալ կերպ.

the Contract is terminated prematurely on the 15th day after the Insurer receives the notice of early termination, unless the notification specify a later date.

7.9. In case of early termination of the Contract by the Insurer as described in 7.7.3 Clause of the Rules, the Contract is terminated prematurely on the 15th day from the date of sending the notice of early termination by the Insurer, if the notification does not specify a later date.

7.10. In case of unilateral termination of the Contract by the Insurer as described in 7.7.5 Clause of the Rules, the Contract is terminated prematurely from the date indicated in the notice sent by the Insurer to the Insured.

7.11. In case of early termination of the Contract on any basis, the Insured is obliged to pay the due insurance premiums in full prior to the termination of the Contract.

7.12. In the cases described in 7.7.2, 7.7.5, 7.7.6 Clauses of the Rules, the paid premiums in the event of early termination of the Contract (including insurance premiums paid for the outstanding period of the Contract), are not refundable.

7.13. In the event of early termination of the Contract in accordance with 7.7.3, 7.7.4 Clauses of the Rules, the insurance premium subject to reimbursement is calculated as follows:

7.13.1. Ապահովադրի կողմից Պայմանագրի չլրացած օրերի համար վճարված լինելու դեպքում Ապահովագրողն Ապահովադրին վերադարձնում է պայմանագրի գործողության չլրացած ժամկետի համար վճարված ապահովագրավճարների և Պայմանագրի շրջանակներում տրամադրված հատուցումների (այդ թվում նաև՝ հատուցման ենթակա, սակայն դեռևս չհատուցված գումարները) դրական տարբերությունը,

7.13.2. Ապահովադրի կողմից Պայմանագրի չլրացած օրերի համար վճարված չլինելու դեպքում Ապահովադիրը Ապահովագրողին պարտավորվում է վճարել Պայմանագրի շրջանակներում տրամադրված հատուցումների (այդ թվում նաև՝ հատուցման ենթակա, սակայն դեռևս չհատուցված գումարները) չափով՝ ոչ ավել, քան չգործած օրերի համար Ապահովագրողի կողմից չվաստակած ապահովագրավճարը:

Սույն կետի իմաստով ապահովագրավճարի՝ չլրացած ժամկետի համար վճարված մասի հաշվարկման համար Ապահովագրողի կողմից հիմք են ընդունվում Ապահովադրի կողմից Պայմանագրի համաձայն Ապահովագրողին փաստացի վճարված ապահովագրավճարների 80%-ը ((վճարված ապահովագրավճար * 80 % / պայմանագրի գործողության օրեր) * պայմանագրի չլրացած օրեր):

7.14. Ապահովագրողի՝ Պայմանագրով ստանձնած պարտավորությունները դադարում են Պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտին կամ Կանոններում և/կամ Պայմանագրում նախատեսված այլ դեպքերում:

7.15. Իրավաբանական անձ հանդիսացող Ապահովադրի լուծարման, վերակազմավորման կամ գործունեության բնույթի փոփոխության կամ ֆիզիկական անձ հանդիսացող Ապահովադրի

7.13.1. if the left Contract term is paid for, the Insurer shall reimburse the Insured for the positive difference of the insurance premiums paid for the left Contract term and the compensations provided under the Contract (including any amounts subject to compensation but not yet paid),

7.13.2. if the left Contract term is not paid for, the Insured shall pay the Insurer the paid compensations under the Contract (including any amounts subject to compensation but not yet paid), but not more than the insurance premium for the left Contract term not earned by the Insurer.

Under this Clause, for the calculation of the insurance premium for the left Contract term, the Insurer takes 80% of the insurance premium actually paid by the Insured ((80% * premiums paid / the Contract days) * days left under the Contract).

7.14. The Insurer's obligations under the Contract terminate at the end of the term of the Contract or in other cases specified in the Rules and/or the Contract.

7.15. In case of the liquidation, restructuring or change in the legal person Insured's nature of the business, or the death of natural person Insured, the

մահվան դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի վաղաժամկետ դադարեցնել Պայմանագիրը և Ապահովագրված անձանց սպասարկումը:

7.16. Ապահովագրողն իրավունք ունի Կանոններով նախատեսված դադարեցման հիմքերը կիրառել ինչպես ընդհանուր Պայմանագրի, այնպես էլ Պայմանագրի առանձին մասերի (Ապահովագրված անձ, Ծրագիր, բուժժառայության տեսակ, սահմանաչափ) նկատմամբ:

ԳԼՈՒԽ 8: ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

8.1. Ապահովադիրն իրավունք ունի՝

8.1.1. ստանալ պարզաբանում Պայմանագրի և Կանոնների դրույթների վերաբերյալ,

8.1.2. իր դիմումի համաձայն ստանալ Պայմանագրի կրկնօրինակը՝ բնօրինակի կորստի, վնասվածքի կամ ոչնչացման դեպքում,

8.1.3. Ապահովագրողի համաձայնությամբ Պայմանագրում կատարել փոփոխություններ,

8.1.4. Կանոններով սահմանված դեպքերում և կարգով վաղաժամկետ դադարեցնել Պայմանագիրը,

8.1.5. օգտվել ՀՀ օրենսդրությամբ, Կանոններով և Պայմանագրով իրեն վերապահված այլ իրավունքներից:

8.2. Ապահովադիրը պարտավոր է՝

8.2.1. Պայմանագրով սահմանված ժամկետներում և չափով վճարել ապահովագրավճարները,

8.2.2. Ապահովագրողին տրամադրել Պայմանագրի կնքման և Պայմանագրով նախատեսված պարտականություններն իրականացնելու համար Ապահովագրողի կողմից կողմից պահանջվող և իրեն հայտնի անհրաժեշտ տեղեկատվություն,

8.2.3. Ապահովագրողի պահանջով նրան հայտնել միայն ստույգ, արժանահավատ և

Insurer has the right to early terminate the Contract and the service of the Insured persons.

7.16. The Insurer has the right to apply the grounds for termination provided by the Rules to both the Contract and certain parts of the Contract (Insured person, Program, type of medical service, indemnity limit).

CHAPTER 8: THE RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

8.1. The Insured has the right to:

8.1.1. receive a clarification of the clauses in the Rules and the Contract,

8.1.2. receive a copy of the Contract at their request in case of loss, damage or destruction of the original,

8.1.3. make changes to the Contract upon the consent of the Insurer,

8.1.4. in cases and in accordance with the procedure specified in the Rules, terminate the Contract early,

8.1.5. use other rights granted to them by the RA legislation, the Rules and the Contract.

8.2. The Insured is obliged to:

8.2.1. pay insurance premiums within the terms and amount established by the Contract,

8.2.2. provide the Insurer with the information necessary for concluding the Contract and performing the obligations set out in the Contract,

8.2.3. at the request of the Insurer, provide only reliable, trustworthy, and complete information,

ամբողջական տեղեկություններ,
անհրաժեշտության դեպքում ներկայացնել
ապահովագրական ռիսկի գնահատման համար
անհրաժեշտ փաստաթղթեր,

8.2.4. Կանոնների և/կամ Պայմանագրի
համաձայն բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերն
Ապահովագրողին ներկայացնել հայերեն,

8.2.5. Ապահովագրված անձին
(Շահառուին) տեղեկացնել Կանոնների և
Պայմանագրի պայմանների մասին,

8.2.6. Ապահովագրողին ցանկացած
հնարավոր միջոցով անհապաղ (իսկ 3
աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ նաև գրավոր)
հայտնել Պայմանագրի գործողության ընթացքում
Պայմանագրի կնքման ժամանակ
Ապահովագրողին ներկայացված Ապահովագրողի
կողմից պահանջվող և իրեն հայտնի փոփոխության
(այդ թվում՝ Կանոններով նախատեսված
դեպքերում), ինչպես Ապահովագրված անձի
գործունեության վայրի կամ Ապահովագրված անձի
աշխատանքի բնույթի կամ ոլորտի էական
փոփոխության մասին,

8.2.7. Չհրապարակել, երրորդ անձանց
հասանելի չդարձնել Պայմանագրի վերաբերյալ
գաղտնիք պարունակող տեղեկությունները,
ներառյալ, սակայն չսահմանափակվելով
հետևյալներով.

➤ Ապահովագրավճարի, Ապահովագրական
գումարի չափ, ինչպես նաև այլ ապահովագրական
և/կամ առևտրային գաղտնիք կազմող
տեղեկություններ,

➤ Ապահովագրված անձանց անհատական
տվյալները և նրանց առողջական վիճակի մասին
տեղեկատվություն:

8.2.8. Իրականացնել ՀՀ օրենսդրությամբ,
Կանոններով և Պայմանագրով նախատեսված այլ
պարտականություններ:

8.3. Ապահովագրված անձն իրավունք ունի՝

and, if necessary, submit documents necessary for
measuring the degree of insurance risk,

8.2.4. in accordance with the Rules and/or
the Contract, submit all necessary documents to the
Insurer in Armenian,

8.2.5. inform the Insured person (the
Beneficiary) about the terms and conditions of the
Contract,

8.2.6. immediately (and within 3 business
days also in written form) inform the Insurer about
new information, changes in the risk degree
(including in cases specified in the Rules) prior
submitted to the Insurer at the conclusion of the
Contract, during the term of the Contract, as well as
the material change in the location of the Insured
person or the nature of their work,

8.2.7. not to disclose or make available to
third parties information containing the confidential
nature of the Contract, including, but not limited to
the following:

➤ the amount of the insurance premium, the
sum insured, as well as other confidential
information constituting an insurance and/or trade
secret,

➤ personal data of the Insured persons and
information about their health status.

8.2.8. perform other duties stipulated by
the RA legislation, the Rules and the Contract.

8.3. The Insured person has the right to:

8.3.1. Պայմանագրով սահմանված կարգով ստանալու Պայմանագրով նախատեսված ծառայությունները,

8.3.2. Ապահովագրողի կողմից տրամադրված ապահովագրության քարտը կորցնելու դեպքում ստանալու կրկնօրինակը,

8.3.3. Ապահովագրողից ստանալու տեղեկատվություն Պայմանագրի՝ իրեն վերաբերող դրույթների վերաբերյալ,

8.3.4. Օգտվելու Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված այլ իրավունքներից:

8.4. Ապահովագրված անձը պարտավոր է՝

8.4.1. Պայմանագրով սահմանված ժամկետներում և կարգով տեղեկացնել Ապահովագրողին ախտորոշում կամ բուժում պահանջող իր առողջական վիճակի և ապահովագրական պատահարի մասին,

8.4.2. Ապահովագրողին տրամադրել ապահովագրության պայմանագրի կնքման և պայմանագրով նախատեսված պարտականությունները իրականացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվություն,

8.4.3. Ապահովագրողին իրավունք տրամադրել ծանոթանալու իրեն վերաբերող բժշկական փաստաթղթերի, տեղեկությունների հետ (այդ թվում նաև՝ էլեկտրոնային առողջապահության համակարգերում գրանցված տեղեկատվությանը), ինչպես նաև Պայմանագրի կնքման և կատարման համար այլ անհրաժեշտ տեղեկատվություն,

8.4.4. հետևել ապահովագրության Կանոնների, ապահովագրության Պայմանագրի, բուժօգնության ստացման ընթացքում բժշկի նշանակումների, բուժհաստատության կողմից սահմանված կարգի պահանջներին,

8.4.5. իր անձնական տվյալների (անուն, ազգանուն, բնակության վայր, հեռախոս)

8.3.1. receive the services provided for in the Contract in accordance with the procedure established by the Contract,

8.3.2. receive a copy of the insurance card issued by the Insurer in case of its loss,

8.3.3. receive information from the Insurer about the clause of the Contract relating to them,

8.3.4. use other rights granted them by the RA legislation and the Contract.

8.4. The Insured person is obliged to:

8.4.1. inform the Insurer about their health condition and the insurance accident requiring diagnosis or treatment within the timeframe and procedure established by the Contract,

8.4.2. provide the Insurer with the information necessary for concluding the Contract and performing its obligations set out in the Contract,

8.4.3. provide the Insurer with access to medical documents, information related to them (including information registered in e-health systems), as well as other necessary information for the conclusion and execution of the Contract,

8.4.4. meet the requirements of the Rules, the Contract, doctor's appointments when receiving medical care, and the procedure established by the medical institution,

8.4.5. inform the Insurer if changes happen in their personal information (change of first name, last name, place of residence, phone number),

փոփոխության դեպքում դրա մասին տեղեկացնել Ապահովագրողին,

8.4.6. կատարել Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և Պայմանագրով նախատեսված այլ պարտավորություններ:

8.5. Ապահովագրողն իրավունք ունի՝

8.5.1. ստուգել Ապահովադրի, Ապահովագրված անձի կամ Շահառուի կողմից ներկայացված տեղեկատվության հավաստիությունը, այդ թվում նաև՝ Ապահովագրված անձի կարգավիճակի վերաբերյալ տեղեկատվությունը (օրինակ՝ Ապահովադրի աշխատակից կամ աշխատակցի ընտանիքի անդամ հանդիսանալու կամ Պայմանագրով նախատեսված այլ համանման խմբին/կարգավիճակին համապատասխանելու հանգամանքը)՝ անհրաժեշտության դեպքում կոնկրետ Ապահովագրված անձի վերաբերյալ պահանջելով կարգավիճակը համապատասխանությունը հավաստող փաստաթուղթ,

8.5.2. ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ստանալ տեղեկություններ իրավապահ մարմիններից, պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմիններից, բուժհաստատություններից և այլ կազմակերպություններից՝ կապված ապահովագրական պատահարի հանգամանքների հետ, այդ թվում՝ Ապահովադրի, Ապահովագրված անձի, Շահառուի վերաբերյալ օրենքով պահպանվող գաղտնիք հանդիսացող տեղեկություն և այդ տեղեկություններն օգտագործել հատուցման վճարման կամ վճարման մերժման որոշում կայացնելու համար,

8.5.3. մերժել ապահովագրական հատուցման (ամբողջությամբ կամ մասնակի) վճարումը Կանոններով նախատեսված դեպքերում,

8.5.4. այն դեպքում, երբ պարզվում է, որ Ապահովադիրը կամ ապահովագրված անձինք

8.4.6. to perform other obligations, stipulated by the RA legislation and the Contract.

8.5. The Insurer has the right to:

8.5.1. check the reliability of the information provided by the Insured, the Insured person or the Beneficiary, including information on the status of the Insured person (such as being the Insured's employee or employee's family or matching a similar group/status as provided in the Contract) and upon necessity require a document proving the status of a specific person,

8.5.2. receive information from law enforcement, state and local government agencies, medical institutions, and other organizations regarding the circumstances of an insurance accident, including information about the Insured, the Insured person and the Beneficiary that are confidential by law, and use that information for calculating any due compensation or rejecting so in accordance with RA legislation,

8.5.3. reject the payment of the insurance compensation (in whole or in part) in the cases specified by the Rules,

8.5.4. if it is found that the Insured or the Insured persons (in the case of the Insured person

(անչափահաս ապահովագրված անձի դեպքում՝ ապահովագրված անձի ծնողը) տրամադրել են կեղծ կամ անարժանահավատ փաստաթղթեր կամ հայտնել են կեղծ կամ իրականությանը չհամապատասխանող տեղեկություններ, մերժել ապահովագրական պայմանագիր կնքելու դիմումը, ապահովագրական հատուցման վճարումը կամ վաղաժամկետ դադարեցնել Պայմանագիրը տվյալ Ապահովագրված անձի նկատմամբ,

8.5.5. պահանջել վճարված հատուցման վերադարձ, եթե ապահովագրական հատուցման վճարումից հետո ի հայտ են եկել ապահովագրական հատուցման վճարումը մերժելու՝ Կանոններով և ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված հիմքեր,

8.5.6. դադարեցնել Պայմանագրով սահմանված պարտականությունների կատարումը կամ վաղաժամկետ լուծել Պայմանագիրը տվյալ Ապահովագրված անձի նկատմամբ, եթե նա բացակայել է բուժհաստատության հետ նախօրոք համաձայնեցված միջոցառումներից, ընդունելություններից և հետազոտություններից, կատարել է շտապ օգնության անհիմն կամ կեղծ ահազանգեր կամ խախտել է բժշկական ռեժիմը,

8.5.7. հետաձգել ապահովագրական հատուցման որոշման կայացումը մինչև ապահովագրական պատահարի մասին ամբողջական տեղեկատվության և այն հաստատող փաստաթղթերի ստացումը կամ եթե առկա է տվյալ պատահարի կարգավորման հետ ուղղակի կամ անուղղակի կերպով առնչվող՝ հարուցված քաղաքացիական, քրեական կամ դատական կարգով վարչական գործ կամ Ապահովագրողի կողմից պահանջի ներկայացման դեպքում Ապահովագրված անձի կողմից չեն ներկայացվել 8.5.2 կետով նախատեսված տեղեկությունները/փաստաթղթերը,

8.5.8. վաղաժամ լուծել Պայմանագիրը այն Ապահովագրված անձանց նկատմամբ, ովքեր այլ

being a minor, the parent of the Insured person) provided false or untrustworthy documents or reported false or untrue information, reject the insurance contract application, not to pay the insurance compensation or terminate the Contract regarding that Insured person,

8.5.5. request the return of the paid compensation if, after the payment of the insurance compensation, the grounds for rejection for the insurance compensation have been provided by the Rules and RA legislation,

8.5.6. cease to perform its obligations set forth in the Contract or terminate the Contract early with the Insured Person if they failed to complete pre-agreed arrangements, appointments and examinations with the medical institution, made unreasonable or false ambulance calls or alerts, or did not follow the prescribed medical procedure,

8.5.7. delay the insurance compensation decision until the full information about the accident and the documents confirming it are received, or if there is a civil, criminal or judicial administrative case directly or indirectly related to the settlement of the event or the Insured person has not submitted the necessary documents and information specified in 8.5.2 Clause,

8.5.8. terminate the Contract early in respect of the Insured persons who have given their insurance

անձանց են փոխանցել իրենց ապահովագրական քարտը, որպեսզի վերջիններս ստանան Պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայությունները,

8.5.9. վերանայել Պայմանագրի պայմանները, եթե տեղի են ունեցել Պայմանագրի կնքման պահին առկա հանգամանքների էական փոփոխություններ, ինչպես նաև Կանոններով նախատեսված հանգամանքների դեպքում,

8.5.10. իր հայեցողությամբ չկնքել, չվերակնքել ապահովագրության պայմանագիրը, չերկարաձգել ապահովագրության պայմանագրի ժամկետը,

8.5.11. օգտվելու ՀՀ օրենսդրությամբ, Կանոններով և Պայմանագրով իրեն վերապահված այլ իրավունքներից:

8.6. Ապահովագրողը պարտավոր է՝

8.6.1. ծանոթացնել Ապահովադրին Կանոններին,

8.6.2. թողարկել և Ապահովադրին տրամադրել ապահովագրության վկայագիր,

8.6.3. Կանոններով սահմանված ժամկետներում և կարգով կայացնել ապահովագրական հատուցման վճարման կամ մերժելու մասին որոշում,

8.6.4. Կանոններով սահմանված դեպքում, ժամկետներում և կարգով վճարել ապահովագրական հատուցումը,

8.6.5. պահպանել ապահովագրական գաղտնիք հանդիսացող տեղեկությունները,

8.6.6. իրականացնել ՀՀ օրենսդրությամբ, Կանոններով և Պայմանագրով նախատեսված այլ պարտականություններ:

cards to other people, not mentioned in the Contract, so that the latter received medical care provided by the Contract,

8.5.9. review the terms of the Contract if there have been significant changes from the circumstances at the signing of the Contract, as well as in the circumstances provided by the Rules,

8.5.10. not to sign the Contract at its discretion, not to renew the Contract, not to extend the term of the Contract,

8.5.11. use other rights granted them by the RA legislation, the Rules and the Contract.

8.6. The insurer is obliged to:

8.6.1. inform the Insured about the Rules,

8.6.2. issue and provide an insurance policy to the Insured,

8.6.3. make a decision on payment or rejection of the insurance compensation within the timeframe and procedure set out in the Rules,

8.6.4. pay the insurance compensation with the timeframe and procedure set out in the Rules,

8.6.5. keep information constituting insurance secret, confidential,

8.6.6. perform other duties provided for by the RA legislation, the Rules and the Contract.

ԳԼՈՒԽ 9: ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲԱՅԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

9.1. Ծրագրով սահմանվող բոլոր բացառությունները կիրառվում են թե՛ ախտորոշիչ (ներառյալ ցանկացած տեսակի լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտությունները), թե՛ բուժական ծառայությունների (ներառյալ բժշկական խորհրդատվությունները և դեղորայքային բուժումը) վրա՝ անկախ հիվանդության կամ վիճակի ծագման ժամկետից:

ԳԼՈՒԽ 10: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՕԳՏՎԵԼՈՒ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՅՈՒՄ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ

10.1. Ծրագրերով նախատեսված ծառայություններից օգտվելու համար Ապահովագրված անձը պետք է դիմի Կանոններում և/կամ Պայմանագրում սահմանված բժշկական կամ այլ հաստատություններ, եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով:

10.2. Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով կամ Ծրագրերով, Ապահովագրողի կողմից ապահովագրական հատուցումը կարող է տրամադրվել՝

10.2.1. Ապահովագրված անձի ստացած բժշկական օգնության (բժշկական ծառայությունների, ինչպես նաև դեղորայքի և բժշկական պարագաների) արժեքի վճարման ձևով՝ անմիջապես բժշկական ծառայություն մատուցած բուժհաստատությանը (կամ այլ հաստատությանը, այդ թվում՝ դեղատանը)՝ համաձայն համապատասխան հաստատության կողմից ներկայացված հաշիվների,

10.2.2. Ապահովագրված անձի ստացած բժշկական օգնության (բժշկական և այլ ծառայությունների ստացման, ինչպես նաև դեղորայքի և բժշկական պարագաների ձեռքբերման) համար վերջինիս կողմից կատարված ծախսերի փոխհատուցման ձևով՝ Կանոններով նախատեսված փաստաթղթերի հիման վրա:

CHAPTER 9: GENERAL EXCEPTIONS

9.1. All exceptions of the Program apply to both diagnostic (including any type of laboratory and/or instrumental examination) and medical services (including medical consultation and medication) irrespective of the origin and start of the disease or condition.

CHAPTER 10: USE OF INSURANCE SERVICES AND THE PROCEDURE FOR RECEIVING INSURANCE COMPENSATION

10.1. In order to use the services provided by the Program, the Insured person should apply to medical or other institutions specified in the Rules and/or the Contract, unless otherwise is stated in the Contract.

10.2. Unless otherwise is stated in the Contract or the Program, the Insurer provides insurance compensation:

10.2.1. in the form of payment of the cost of medical care (medical services, medicine and medical supplies) received by the Insured person, directly paid to the medical institution (or other institution, including the pharmacy) according to the invoices provided by the appropriate institution,

10.2.2. in the form of reimbursement of expenses incurred by the Insured person for medical care (for medical and other services, as well as for the purchase of medicines and medical supplies) on the basis of documents prescribed by the Rules.

10.3. Առանց վճարում կատարելու Պայմանագրով տրամադրվող ծառայություններից օգտվելու համար Ապահովագրված անձը պարտավոր է բժշկական կամ այլ հաստատություններ դիմելուց առաջ նախապես տեղեկացնել (հեռախոսով, էլեկտրոնային փոստով կամ գրավոր) Ապահովագրողին և ստանալ Ապահովագրողի համաձայնությունը: Սույն կետով սահմանված կարգով Ապահովագրողի համաձայնությունը ստանալու և Ապահովագրողի հետ համաձայնեցված բուժհաստատությանը դիմելու դեպքում Ապահովագրված անձը Պայմանագրով հատուցվող բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարում չի իրականացնում (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կիրառվում է չհատուցվող գումար կամ սահմանված են հատուցման սահմանաչափեր), և ապահովագրական հատուցումը կատարվում է Կանոնների 10.2.1 կետով սահմանված կարգով:

10.4. 10.3 կետով սահմանված կարգով Ապահովագրողի համաձայնությունը չստանալու դեպքում մատուցված բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարում է Ապահովագրված անձը և ապահովագրական հատուցումը ստանում Կանոնների 10.2.2 կետով սահմանված կարգով:

10.5. Ընտրված որևէ Ծրագրով նախատեսված ծառայությունների տրամադրման համար Պայմանագրով, Կանոններով կամ Ծրագրով կարող են սահմանվել որոշակի բուժհաստատություն(ներ) (այդ թվում նաև՝ դեղատներ)¹ Հենակետային¹ բուժհաստատություն(ներ), և այդ դեպքում տվյալ Ծրագրով(րերով) նախատեսված ծառայությունները տրամադրվում են այդ հաստատության(ների) կողմից մատուցվող ծառայությունների սահմաններում և նրանց կողմից սահմանված կարգերով, և տվյալ Ծրագրի(րերի) շրջանակներում ապահովագրական հատուցումը տրամադրվում է

10.3. In order to use the services provided under the Contract without payment, the Insured person is obliged to inform the Insurer in advance (by telephone, e-mail or in writing) and obtain the Insurer's confirmation before attending to a medical or other institution. In case of obtaining the confirmation of the Insurer in accordance with the procedure stipulated herein and applying to the medical institution agreed with the Insurer, the Insured person is not obliged to pay for the medical services covered by the Contract (except when the deductible is applied or compensation limits are set) and the insurance compensation is made in accordance with the procedure set forth in 10.2.1 Clause.

10.4. If the Insured person does not obtain the consent of the Insurer in accordance with the procedure set forth in 10.3 Clause, they shall pay for the medical services provided and shall receive insurance compensation in accordance with the procedure set forth in 10.2.2 Clause.

10.5. Certain medical facility(ies) (including pharmacies) may be designated as base² medical facility(ies) by the Contract, the Rules or the Program for the services provided in any selected Program, and in this case insurance coverage is provided only for the services provided in so institution(s) within the limits of the services provided by and in accordance with the procedures established by them, and within the scope of the Program(s).

¹ Հենակետային բուժհաստատությունների ցանկը սահմանվում է Պայմանագրով:

² The list of basic medical facilities is defined by the Contract

միայն այդ հաստատությունում(ներում) ստացված ծառայությունների դիմաց:

10.6. Կողմերի համաձայնությամբ Պայմանագրով կարող է նախատեսվել, որ Ապահովագրված անձն ազատ է դիմելու ՀՀ և ԱՐՏԱԽ տարածքում լիզենցավորված ցանկացած բուժհաստատություն՝ Ծրագրով և Պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայությունները ստանալու համար: Նման պայման նախատեսվելու դեպքում Պայմանագրում նշվում են «ազատ ընտրություն» կամ «բուժհաստատությունների ազատ ընտրություն» բառերը:

10.7. Կանոններով, Պայմանագրով կամ Ծրագրերով նախատեսված ցանկացած բժշկական օգնություն և սպասարկման ծառայություն մատուցվում է տվյալ բուժհաստատության ներքին կանոններով սահմանված ընթացակարգերով և ժամկետներում:

10.8. Ապահովագրական հատուցում ստանալու համար Ապահովագրված անձը պարտավոր է ապահովագրական պատահարից հետո ոչ ուշ, քան 30 (երեսուն) օրվա ընթացքում Ապահովագրողին ներկայացնել ապահովագրական հատուցման դիմումը և ապահովագրական հատուցում ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը:

10.9. Ապահովագրական հատուցում ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերն են.

10.9.1. Լրացված հատուցման դիմում (Ապահովագրողի կողմից սահմանված ձևով),

10.9.2. Բժշկական հաստատության կնիքով հաստատված բժշկական փաստաթուղթ (էպիկրիզ, քաղվածք ամբուլատոր-բժշկական քարտից, բժշկի եզրակացություն, բժշկական հաստատության կողմից տրված տեղեկանք և այլն), որը պետք է պարունակի հաճախորդի գանգատները, կատարված լաբորատոր կամ գործիքային հետազոտությունները, վերջնական ախտորոշումը և նշանակված բուժումը, բժշկի անուն ազգանունը և կոնտակտային տվյալները),

10.6. With the agreement of the Parties, the Contract may provide that the Insured person is free to apply to any medical facility licensed in the territory of the Republic of Armenia and the ARTSAKH for the medical services provided by the Program and the Contract. If such terms are provided, the Contract will include the words "free choice" or "free choice of medical facility".

10.7. Any medical care and services provided by the Rules, the Contract or the Programs shall be provided in accordance with the procedures and timeframes established by the internal rules of the medical facility in question.

10.8. In order to receive insurance compensation, the Insured person shall submit to the Insurer the application for insurance compensation and the necessary documents for receiving insurance compensation no later than 30 (thirty) days after the accident.

10.9. The documents required to receive insurance compensation include:

10.9.1. completed compensation application form (as prescribed by the Insurer),

10.9.2. a medical document stamped by the medical institution (medical report, extract from an outpatient-medical card, physician's opinion, referral from a medical institution, etc.) containing the Insured person's symptoms, performed laboratory or instrumental examinations, definitive diagnosis and assigned treatment, contact information and name surname of the doctor),

10.9.3. Ատամնաբուժական բուժման դեպքում (Ծրագրով նախատեսված լինելու դեպքում)՝ բժշկական հիմնավորումը, որը պետք է ներառի մատուցված ծառայության նկարագիրը և արժեքը (անհատ ձեռներեցի կողմից մատուցված ատամնաբուժական ծառայությունների դեպքում բժշկական տեղեկանքին կից անհրաժեշտ է ներկայացնել նաև անհատ ձեռներեցի լիցենզիայի պատճենը),

10.9.4. Կատարված վճարումը հավաստող փաստաթղթեր.

- ՀԴՄ կտրոն՝ ծախսերի մանրամասն բացվածքի հետ միասին (դրամարկդի մուտքի անդորրագիր (օրդեր) և այլն), կանխիկ վճարման հաշիվ,

- Փոխանցման հաշիվ այն դեպքում, երբ բժշկական հաստատությունում ստացած ծառայության համար հաճախորդը վճարում չի կատարել,

10.9.5. Ապահովագրական պատահարի կարգավորման համար այլ անհրաժեշտ փաստաթղթեր՝ ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով հետևյալներով.

- լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտությունների պատասխաններ,

- համապատասխան լիազորված մարմնի եզրակացություն (ոստիկանություն, հրշեջ ծառայություն և այլն),

10.9.6. Վնասվածքների կամ վնասվածքների հետևանքով առաջացած օրգանների (կամ դրանց հատվածների) անատոմիական ձևախախտման հետ կապված բժշկական ծախսեր առաջանալու դեպքում ապահովագրական հատուցում ստանալու համար անհրաժեշտ է ներկայացնել համապատասխան իրավասու մարմինների կողմից տրված տեղեկանք, որով հավաստվում է տվյալ անձի վնասվածք ստանալու հանգամանքը, ինչպես նաև վնասի պատճառման ամսաթիվը,

10.9.3. in the case of dental treatment (if provided by the Program) - a medical confirmation which must include the description and value of the services provided (a copy of the license of the sole proprietor should also be attached to the medical certificate in the case of dental services provided by a sole proprietor),

10.9.4. documents confirming payment made:

- cash register receipt with detailed expense statement (cashier receipt (order), etc.), cash payment invoice,

- transfer account in case the client did not pay for the services received at the medical institutions,

10.9.5. other documents required for the insurance accident settlement, including but not limited to:

- the results of the laboratory and/or instrumental examination,

- the opinion of the relevant authorized body (police, fire department, etc.),

10.9.6. in the event of medical expenses incurred in connection with the anatomical deformity of the organs (or parts of them) resulting from injuries, an insurance report must be submitted by the competent authority certifying the person's injury as well as the date of the injury,

10.9.7. Ապահովագրողի պահանջով ապահովագրական պատահարի հետ առնչվող այլ անհրաժեշտ փաստաթղթեր:

10.10. Առանձին դեպքերում Ապահովագրողը, ելնելով տվյալ պատահարի կարգավորման առանձնահատկություններից, կարող է ապահովագրական հատուցում ստանալու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերի ներկայացման 10.8 կետում նշված ժամկետը երկարաձգել մինչև 3 (երեք) ամիս ժամկետով, եթե Ապահովագրողը կամ Ապահովագրված անձը գրավոր միջնորդություն է ներկայացրել պահանջվող փաստաթղթերի ներկայացման ժամկետը երկարաձգելու մասին՝ հիմնավորելով դրանք 10.8 կետով սահմանված ժամկետում ներկայացնելու անհնարինությունը: Ընդ որում նշանակված դեղորայքի ձեռք բերման կտրոնները կարող են ունենալ ոչ ավել, քան 1 ամսվա վաղեմություն՝ նշանակման ամսաթվից հաշված: Նշված պահանջը չբավարարելու դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցումը կամ նվազեցնել այն:

10.11. Ապահովագրողն իրավունք ունի հետաձգել ապահովագրական հատուցման վերաբերյալ որոշման կայացումը կամ ապահովագրական հատուցման վճարումը մինչև ապահովագրական պատահարի մասին ամբողջական տեղեկատվության, պատահարը հաստատող համապատասխան փաստաթղթերի ստացումը կամ իրավասու մարմիններից, բժշկական հաստատություններից, փորձագետներից պատահարի հետ կապված հարցումների պատասխանների ստացումը:

10.12. Ապահովագրական պատահարի նշաններ ունեցող իրադարձության կամ Ապահովագրված անձի առողջական վիճակի մասին, ստացած բուժման փաստաթղթերի արժանահավատության կամ հավաստիության վերաբերյալ Ապահովագրողի մոտ կասկածներ առաջանալու

10.9.7. other required documents upon the Insurer's request.

10.10. In distinct cases related to the specifics of the particular accident settlement, the Insurer may extend the term specified in 10.8 Clause for the submission of the relevant documents for up to 3 (three) months, when the Insured or the Insured person files a written request to extend the deadline for submission of the required documents, justifying the impossibility to submit them within the time limit set out in 10.8 Clause. At the same time, the prescriptions for the purchase of the prescribed medication can be no older than 1 month from the date of the prescription. If this condition is not satisfied, the Insurer may reject or reduce the insurance compensation.

10.11. The Insurer has the right to delay the decision on the insurance compensation or the payment of the insurance compensation until complete information on the event or accident, the relevant documents confirming the accident or the receipt of inquiries from the competent authorities, medical institutions, experts regarding the accident are received.

10.12. When the Insurer has doubts on the credibility or reliability of the occurrence of the insurance accident or the health condition of the Insured person, the received treatment documents and if the submitted documents are incomplete, the Insurer has the right to request the Insured person to undergo a

դեպքում, ինչպես նաև ներկայացված փաստաթղթերի ոչ ամբողջական լինելու դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի Ապահովագրված անձից պահանջել անցնելու կրկնակի լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտություններ, բուժզննումներ՝ Ապահովագրողի հաշվին: Սույն կետում նշված հետազոտությունների կամ բուժզննումների ընթացքում Ապահովագրողն իրավունք ունի հետաձգելու ապահովագրական հատուցման վերաբերյալ որոշման կայացումը և/կամ հատուցման վճարման կատարումը՝ մինչև դրանց ավարտը:

10.13. 10.12 կետում նշված հետազոտությունները և բուժզննումներն Ապահովագրված անձը պարտավոր է անցնել Ապահովագրողի կողմից սահմանված ժամկետի ընթացքում, Ապահովագրողի կողմից նշված հաստատություններում և բժիշկների մոտ:

10.14. Ապահովագրողն իրավունք ունի ապահովագրական հատուցման վերաբերյալ որոշումը կայացնել՝ հիմք ընդունելով Կանոնների 10.12 կետով սահմանված հետազոտությունների և բուժզննումների արդյունքները:

10.15. Եթե Ապահովագրողի կողմից հատուցման որոշման կայացումն անհնարին է դառնում Կանոնների համաձայն ներկայացված փաստաթղթերի անընթեռնելի կամ ֆիզիկական ամբողջականությունը խախտված լինելու պատճառով կամ ներկայացրած փաստաթղթերում բժշկի ախտորոշումը ամբողջական չէ (թերի է), ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի հետաձգել հատուցման որոշման կայացումը մինչ այդ փաստաթղթերի՝ պատշաճ որակով և ամբողջական ներկայացումը: Այդ դեպքում Կանոնների 11.1 կետով նախատեսված ժամկետի սկիզբ է համարվում փաստաթղթերի՝ սույն կետում նշված պահանջներին համապատասխան ներկայացնելու օրը:

further examination at the Insurer's expense. Under the examinations set out in this Clause, the Insurer has the right to delay the decision on insurance compensation and/or payment thereof until the former's finalization.

10.13. The examinations specified in Clause 10.12 shall be carried out by the Insured person within the period prescribed by the Insurer, at the institution and by physician determined by the Insurer.

10.14. The Insurer has the right to make a decision on the insurance compensation based on the results of the examinations set out in 10.12 Clause.

10.15. If the Insurer's decision to compensate becomes impossible due to unreadability or physical damages of or to the documents submitted under the Rules or the physician's diagnosis is incomplete (deficient), then the Insurer has the right to postpone the decision on compensation until the satisfactory submission of such documents. In that case, the date set forth in 11.1 Clause shall be deemed the date of submission of the documents in accordance with the requirements of this clause.

10.16. Ապահովագրական հատուցման (Ապահովագրված անձին բժշկական և այլ ծառայությունների մատուցման հաշիվների վճարման ժամանակ) Ապահովագրողը ղեկավարվում է ապահովագրության պայմանագրում սահմանված ապահովագրական գումարով: Ապահովագրության պայմանագրում արտարժույթով սահմանված ապահովագրական գումարների դեպքում, որոնց համարժեքները հանդիսանում են ՀՀ դրամով համապատասխան գումարները, ապահովագրական հատուցումը տրվում է ապահովագրական գումարին համարժեք գումարի շրջանակներում վճարման (հաշվարկման) օրվա դրությամբ տվյալ արժույթի համար ՀՀ Կենտրոնական բանկի սահմանած փոխարժեքով ՀՀ դրամով:

ԳԼՈՒԽ 11: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄԸ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՄԵՐԺՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ

11.1. Ապահովագրողն ապահովագրական պատահարի կարգավորման համար 10.9 կետում նշված անհրաժեշտ բոլոր փաստաթղթերն ստանալուց հետո ոչ ուշ, քան 15 աշխատանքային օրվա ընթացքում, բացառությամբ Կանոններով նախատեսված դեպքերի, պարտավոր է քննել հայտը և կայացնել ապահովագրական հատուցում վճարելու կամ հատուցման վճարումը մերժելու մասին որոշում:

11.2. Ապահովագրված անձի կողմից կատարված բժշկական ծախսերի հատուցման դեպքում ապահովագրական հատուցումը վճարվում է ապահովագրական հատուցման որոշման կայացումից հետո՝ 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

11.3. Ապահովագրական հատուցման մերժման դեպքում Ապահովագրողը կայացնում է պատճառաբանված որոշում, որը հնգօրյա

10.16. When making compensations to the Insured persons for medical and other services the Insurer is guided by the sum insured amount specified in the Contract. In case of sum insured being defined in foreign currency in the Contract, the equivalent corresponding amount is determined from the rate specified by the Central Bank of the Republic of Armenia at the date of payment (settlement).

CHAPTER 11: THE DECISION ON THE INSURANCE INDEMNITY, GROUNDS FOR THE REJECTION OF INSURANCE INDEMNITY

11.1. The Insurer shall, no later than 15 working days after receiving all the necessary documents for regulating the insurance accident specified in 10.9 Clause, except for the cases specified in the Rules, review the application and make a decision on the payment or rejection of insurance compensation.

11.2. If the Insured person paid the medical expenses incurred, the insurance compensation is paid within 5 working days after the decision on the insurance indemnity is made.

11.3. In case of rejection of the insurance compensation, the Insurer makes an argued decision, which is sent (or provided by hand) to the Insured person within five days.

ժամկետում ուղարկվում է (կամ տրամադրվում է առձեռն) Ապահովագրված անձին:

11.4. Պայմանագրի շրջանակներում Ապահովագրված անձի բուժման, նրա կողմից ստացված ծառայությունների, ձեռքբերված դեղորայքի և բժշկական պարագաների համար կատարված ծախսերը Ապահովագրողի կողմից հատուցվում են՝ հաշվի առնելով դրանց ստացման (ձեռքբերման) անհրաժեշտությունն ու ծավալի/քանակի ողջամտությունը, ինչպես նաև դրանց ցուցված լինելը:

11.5. Կանոնների համաձայն՝ որևէ հիվանդության բուժման համար Ողջամիտ գին է համարվում և ենթակա է հատուցման՝

11.5.1. տվյալ մեթոդով բուժումը Հենակետային բուժհաստատություններում³ ստանալու դեպքում՝ Ապահովագրողի և տվյալ Հենակետային բուժհաստատության միջև կնքված պայմանագրով տվյալ մեթոդով բուժման համար սահմանված արժեքը,

11.5.2. տվյալ մեթոդով բուժումը Ապահովագրված անձի նախաձեռնությամբ Հենակետային բուժհաստատությունների ցանկում չներառված՝ այլ բուժհաստատություններում ստանալու դեպքում՝ Ապահովագրողի և Հենակետային բուժհաստատություններից որևէ մեկի (Ապահովագրված անձի ընտրությամբ) միջև կնքված պայմանագրով տվյալ մեթոդով բուժման համար սահմանված արժեքը,

11.5.3. հիվանդության՝ տվյալ մեթոդով բուժման մեջ առավելագույնս մասնագիտացած բժշկական հաստատության⁵ կողմից սահմանված արժեքը՝ հաշվի առնելով նաև Ապահովագրողին

11.4. The expenses incurred for the treatment of the Insured person under the Contract, the services rendered to him, the purchased medicine and medical supplies are reimbursed by the Insurer taking into account the necessity of the intervention (purchase) and the rationality of the volume/quantity and its prescription.

11.5. According to the Rules, a reasonable price for the treatment of any disease which is subject to compensation is considered the following:

11.5.1. when receiving the given treatment at the base medical institution⁴, the value of the treatment for the given method under the contract concluded between the Insurer and the base medical institution,

11.5.2. in case of receiving treatment at the initiative of the Insured person in other medical institutions not included in the list of base medical institutions, the cost of treatment by this method under the agreement concluded between the Insurer and one of the base medical institutions (at the choice of the Insured person),

11.5.3. the cost of treatment method set by the medical institution⁶ that specializes in this method as much as possible, taking into account also the amount of the discount provided to the Insurer (if

³ Հենակետային բուժհաստատությունների ցանկը սահմանվում է Պայմանագրով:

⁴ The list of base medical institutions is established by the Contract.

⁵ Հիվանդության՝ տվյալ մեթոդով բուժման մեջ առավելագույնս մասնագիտացած բժշկական հաստատություն լինելու հանգամանքը որոշվում է տարվա ընթացքում տվյալ հիվանդության բուժման համար դիմած պացիենտների առավելագույն թվաքանակով՝ համաձայն ՀՀ ԱՆ կողմից հրապարակված կամ տրամադրված տվյալների:

⁶ The fact of the most specialized medical institution in the treatment of a given method is determined by the maximum number of patients who applied for treatment of this disease during the year, according to data published or provided by the RA Ministry of Health.

տրամադրվող զեղչի գումարը (առկայության դեպքում), եթե հիվանդության բուժումը Հենակետային բուժհաստատություններում տվյալ մեթոդով հնարավոր չէ իրականացնել:

11.6. Ցանկացած դեպքում Պայմանագրի շրջանակներում կատարված հատուցումները չեն կարող գերազանցել փաստացի կատարված ծախսերի (վճարված գումարների) մեծությունը:

11.7. Պայմանագրի շրջանակներում որևէ բուժման մեթոդի Ողջամիտ գինը որոշելիս Ապահովագրողն իրավունք ունի բուժման մեթոդները համարել նույնը (իդենտիկ), եթե դրանք իրականացվում են միևնույն ախտորոշման կապակցությամբ և բերում են համանման արդյունքի: Բուժման մեթոդի ենթատեսակները, մոդիֆիկացիաները, բուժումն իրականացնող մասնագետների որակավորումը, գիտական աստիճանը, աշխատանքային փորձը, ինչպես նաև հավելյալ սարքավորումների, նյութերի, լույսերի կամ ճառագայթների կիրառումը կամ այլ ոչ էական տարբերություններով իրականացված բուժումը չի համարվում բուժման այլ մեթոդ:

11.8. Յուրաքանչյուր դեպքում, երբ Ապահովագրված անձի բուժման ծախսերը, նրան մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների (ներառյալ դեղորայքի, բժշկական պարագաների և այլն) արժեքը գերազանցում է Ողջամիտ գինը, ապա տվյալ բուժումը, ծառայություններն ստանալու կամ դեղորայքի/բժշկական պարագաների ձեռքբերման համար Ապահովագրված անձը պարտավոր է Ողջամիտ գինը գերազանցող գումարի չափով համապատասխան հաստատությանը վճարել իր միջոցների հաշվին:

11.9. Այն դեպքերում, երբ Ողջամիտ գնի չափը գերազանցող գումարները Ապահովագրված անձի կողմից չեն վճարվում համապատասխան հաստատությանը և այդ վճարումներն Ապահովագրողի նախաձեռնությամբ և

available), if the treatment of the disease in base medical institutions using this method is not possible,

11.6. In any case, the compensations made under the Contract shall not exceed the amount of actual expenses incurred (amounts paid).

11.7. In determining the reasonable price of any treatment method under the Contract, the Insurer has the right to deem two methods same (identical) if they are performed on the same diagnosis and give similar results. Subtypes, modifications, qualifications, treatment, qualifications of doctors, scientific degree, work experience, as well as the use of additional equipment, materials, lights, or radiation or other non-essential differences are not considered as other methods of treatment.

11.8. In any case, when the cost of treatment of the Insured person, the cost of medical care and services provided to them (including medicine, medical supplies, etc.) exceeds the reasonable price, the Insured person is obliged to pay the exceeding amount to the institution for this treatment, service or purchase of medicine/medical supplies at their own expense.

11.9. In cases where amounts exceeding the reasonable price are not paid by the Insured person to the relevant institution and these payments are made by the Insurer at its own initiative and upon the consent of the Insured, the Insured is obliged to

Ապահովադրի համաձայնությամբ իրականացվում են Ապահովագրողի կողմից, ապա Ապահովադիրը պարտավոր է Ապահովագրողի կողմից վճարված Ողջամիտ գնի չափը գերազանցող գումարները վերադարձնել (փոխհատուցել) Ապահովագրողին՝ վերջինիս կողմից այդպիսի պահանջ ներկայացնելու օրվան հաջորդող 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

11.10. Կանոնների 11.5 - 11.9 կետերը կիրառելի են բացառապես ստացիոնար (ներհիվանդանոցային) պայմաններում իրականացված բուժման դեպքերի համար:

11.11. Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցման տրամադրումը հետևյալ դեպքերում՝

11.11.1. Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձը չի կատարել Կանոններով կամ Պայմանագրով սահմանված իր պարտականությունները, որոնք կարող ենք ազդել հատուցման տրամադրման վրա կամ խախտել է Կանոններով սահմանված ապահովագրական հատուցում ստանալու համար Ապահովագրողին դիմելու և/կամ հատուցման ստացման (որոշման կայացման) համար անհրաժեշտ փաստաթղթերի ներկայացման ժամկետները, կարգը կամ պահանջները, կամ Ապահովագրողին ներկայացվել են թերի կամ ոչ լիարժեք փաստաթղթեր,

11.11.2. հատուցման դիմումում նշված ծառայությունները կամ դրանց մի մասը ստացվել են մինչև Պայմանագրի գործողության սկիզբը կամ դրա ավարտից հետո,

11.11.3. Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձը Պայմանագիրը կնքելիս կամ դրա գործողության ընթացքում Ապահովագրողին հայտնել է իրականությանը չհամապատասխանող, կեղծ կամ անարժանահավատ տեղեկություններ (այդ թվում՝ Ապահովագրված անձի առողջական վիճակի մասին) կամ թաքցրել ռիսկի աստիճանի վրա

return (reimburse) the Insurer amounts exceeding the amount of the reasonable price within 10 working days from the date of making such claim.

11.10. 11.5 - 11.9 Clauses of the Rules apply exclusively to cases of inpatient treatment.

11.11. The Insurer has the right to reject the insurance indemnity in the following cases:

11.11.1. The Insured or the Insured person has failed to fulfil their obligations under the Rules or the Contract or has violated the terms, procedure or requirements for filing the Insurer's application for indemnification (decision) or has provided incomplete or not full documents to the Insurer that may influence the indemnification process,

11.11.2. the services specified in the claim for compensation or part of them were received before the beginning of the Contract or after its termination,

11.11.3. The Insured or the Insured person, at the time of conclusion of the Contract or during its operation, provided the Insurer with false or unreliable information (regarding to the health condition of the Insured person) or concealed information that affects the degree of risk, as well as submitted false or incomplete documents,

ազդող իրենց հայտնի և Ապահովագրողի կողմից պահանջվող տեղեկություններ, ինչպես նաև եթե ներկայացված փաստաթղթերը կեղծ են կամ թերի,

11.11.4. Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձը կատարել է այնպիսի գործողություններ, որոնց արդյունքում անհնարին է դարձել Ապահովագրողի կողմից ապահովագրական պատահարի հանգամանքների պարզմանն ուղղված գործողությունների իրականացումը (անհնարին է դարձել ապահովագրական պատահարի հանգամանքների հետաքննությունը),

11.11.5. Ապահովագրված անձը չի կատարել Ապահովագրողի կողմից Կանոնների 10.12 կետով նախատեսված պահանջը կամ հրաժարվել է այդ պահանջը կատարելուց կամ խախտել է Կանոնների 10.13 կետով սահմանված պահանջները,

11.11.6. Ապահովագրված անձը հրաժարվել է բուժումից կամ ամբողջությամբ չի կատարել բժշկի կամ բուժհաստատության ցուցումները, որը պատճառ է դարձել նրա առողջական վիճակի վատթարացման,

11.11.7. Ապահովագրական պատահարի ի հայտ գալու պահին ապահովագրավճարը (կամ դրա այն մասը, որն այդ պահին պետք է վճարված լիներ) ամբողջությամբ վճարված չէ,

11.11.8. հատուցում ստանալու համար խարդախորեն օգտագործվել են կեղծված միջոցներ կամ գործողություններ, Ապահովագրված անձը կամ նրա անունից գործող անձը թաքցրել է ապահովագրական պատահարին վերաբերող իրեն հայտնի փաստերը, Ապահովագրողին տրամադրվել են կեղծ կամ ապակողմնորոշիչ տեղեկություններ կամ անարժանահավատ փաստաթղթեր:

11.12. Բացի Կանոնների 11.11 կետով նախատեսված դեպքերից՝ Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը Կանոններով,

11.11.4. the Insured or the Insured person performed actions that made it impossible for the Insurer to ascertain the circumstances of the insurance accident,

11.11.5. the Insured person has not complied with or refused to comply or has violated the requirements under 10.13 Clause of the Rules,

11.11.6. the Insured person refused treatment or did not fully comply with the instructions of the physician or medical institution, which led to the decline of their health condition,

11.11.7. the due insurance premium was not fully paid at the time of the insurance accident,

11.11.8. fraudulent means or actions were used to obtain compensation, the Insured person or person acting on his behalf has concealed the facts of the insurance accident that were known to them, false or misleading information or false documents were provided to the Insurer.

11.12. Except for the cases specified in 11.11 Clause of the Rules, the Insurer has the right to reject the insurance compensation in cases stipulated by the Rules, the Contract, the Programs or RA legislation.

Պայմանագրով, Ծրագրերով կամ ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված այլ դեպքերում:

ԳԼՈՒԽ 12: ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒԾՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

12.1. Պայմանագրի գործողության ընթացքում կամ հետո Կողմերի միջև ծագող վեճերը լուծվում են բանակցությունների միջոցով: Համաձայնության չգալու դեպքում վեճերը լուծվում են ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

ԲԱԺԻՆ 13: ԱՅԼ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

13.1. Սույն Կանոնների համաձայն Ապահովագրողի կողմից Ապահովադրի (Շահառուի) հասցեին ուղարկված բոլոր ծանուցումները և գրությունները համարվում են պատշաճ ծանուցված, եթե պահպանվել են հետևյալ պայմաններից որևէ մեկը.

13.1.1. Ծանուցումը ուղարկվել է փոստային առաքմամբ՝ ապահովագրության Պայմանագրում կամ հայտային դիմումում նշված հասցեով.

13.1.2. Ծանուցումը ուղարկվել է SMS հաղորդագրությամբ՝ ապահովագրության Պայմանագրում կամ Ապահովադրի (Շահառուի) և/կամ նրա լիազոր անձի կողմից տրամադրված այլ փաստաթղթի մեջ (հայտային դիմում, հայտարարություն, և այլն) նշված հեռախոսահամարով.

13.1.4. Ծանուցումը ուղարկվել է էլեկտրոնային նամակի տեսքով՝ ապահովագրության Պայմանագրում կամ հայտային դիմումում նշված էլեկտրոնային հասցեով.

13.2. Հասցեների և/կամ վերոնշյալ ռեկվիզիտների փոփոխության դեպքում ապահովադիրը (Շահառուն) պարտավոր է այդ մասին ողջամիտ ժամկետում տեղեկացնել Ապահովագրողին: Եթե Ապահովագրողին ողջամիտ ժամկետում չեն տեղեկացրել հասցեների և/կամ այլ ռեկվիզիտների փոփոխության մասին,

CHAPTER 12: DISPUTE RESOLUTION PROCEDURE

12.1 Disputes arising during or after the term of the Contract are settled through negotiations between the Parties. In case of disagreement, disputes are resolved in accordance with the procedure established by the RA legislation.

CHAPTER 13: OTHER PROVISIONS

13.1. According to the Rules, all notifications and letters sent by the Insurer to the Insured (the Beneficiary) are properly notified if one of the following conditions have been met:

13.1.1. the notification was sent by mail to the address specified in the Contract or application form,

13.1.3. the notification was sent by SMS to the phone number specified in the Contract or in another document (application form, announcement, etc.) provided by the Insured (the Beneficiary) and/or their authorized person,

13.1.2. the notification was sent by email to the email address listed in the Contract or application form.

13.2. If the addresses and/or the above-mentioned details are changed, the Insured (the Beneficiary) is obliged to inform the Insurer within a reasonable time. If the Insurer is not informed within a reasonable time about the change of addresses and/or other details, all notifications/letters sent to the Insured (the Beneficiary) at the old addresses/requisites are

<p>ապա Ապահովադիրին (Շահառուին) նույնարկված բոլոր ծանուցումները/գրությունները հին հասցեներով/ռեկվիզիտներով համարվում են պատշաճ ծանուցված այն ամսաթվից, երբ այդ ծանուցումները ստացվել են այդ հասցեներում:</p> <p>13.3. Ապահովագրողը իրավունք ունի պահանջել վճարված հատուցման վերադարձ, եթե ապահովագրական հատուցման վճարումից հետո ի հայտ են գալիս ապահովագրական հատուցման վճարումը մերժելու սույն Կանոններով և/կամ ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված հիմքեր:</p>	<p>considered to be duly notified from the date on which such notices were received.</p> <p>13.3. The insurer has the right to request the return of any paid indemnity if grounds for rejection of the insurance indemnity are found in the Rules and/or the RA legislation.</p>
--	---