“Azərbaycan Sənaye Sığorta” ASC

«Razılaşdırılıb»:	«Təsdiq edirəm»:
Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyinin Dövlət Sığorta Nəzarəti Xidmətinin rəisi vəzifəsini müvəqqəti icra edən	“Azərbaycan Sənaye Sığorta” ASC-nin İdarə Heyətinin sədri
N. C. Xəlilov	**R. B. Əhmədov**
«09» oktyabr 2009-cu il	«30» Sentyabr 2009-cu il

KÖNÜLLÜ TİBBİ SIĞORTA

QAYDALARI

“Azərbaycan Sənaye Sığorta” ASC
2009

MÜNDƏRİCAT

SIĞORTA SİNİFİ ... 3

ANLAYIŞLAR ... 3

FƏSİL 1. ÜMUMİ MÜDDƏALAR ... 5

Maddə 1. Sığorta münasibətlərinin subyektləri ... 5
Maddə 2. Sığorta müqaviləsinin predmeti ... 5

FƏSİL 2. SIĞORTA TƏMİNATI ... 5

Maddə 3. Sığorta hadisəsi ... 5
Maddə 4. Gözləmə müddəti ... 5
Maddə 5. Standart istisnalar ... 6
Maddə 6. Sığorta təminatında məhdudiyyətlər ... 7
Maddə 7. Sığortanın ərazisi ... 7

FƏSİL 3. SIĞORTA MÜQAVİLƏSİ ... 8

Maddə 8. Sığorta müqaviləsinin bağlanması ... 8
Maddə 9. Sığorta müqaviləsinin yenilənməsi ... 8
Maddə 10. Sığorta müqaviləsinin Qaydalar üzərində üstünlüyü ... 8
Maddə 11. Digər şərtlər ... 8
Maddə 12. Sığorta təminatının müddətinin başlanması və sonu ... 8
Maddə 13. Sığorta riskinin artması ... 8
Maddə 14. Sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi ... 9

FƏSİL 4. SIĞORTA MƏBLƏĞİ VƏ SIĞORTA HAQQI ... 9

Maddə 15. Sığorta məbləği ... 9
Maddə 16. Sığorta haqqı ... 9
Maddə 17. Sığorta haqqının ödənilməsi ... 10
Maddə 18. Sığorta haqqının qaytarılması ... 10

FƏSİL 5. TİBBİ XİDMƏTİN TƏŞKİLİ QAYDASI ... 10

Maddə 19. Məlumat vermək vəzifəsi ... 10
Maddə 20. Müqavilənin qüvvədə olduğu müddətdə tərəflərin hüquq və vəzifələri ... 11
Maddə 21. Sığortaçı tərəfindən nəzarət ... 12

FƏSİL 6. SIĞORTA ÖDƏNİŞİ ... 12

Maddə 22. Sığorta ödənişi və onun həyata keçirilməsi qaydası ... 12
Maddə 23. Sığorta ödənişindən imtinanın əsasları ... 13
Maddə 24. Subroqasiya hüququ ... 13
Maddə 25. Valyuta haqqında qeyd-şərt ... 14
Maddə 26. Ödənilməmiş sığorta haqqının nəzərə alınması ... 14
Maddə 27. Mübahisələrin həlli qaydası ... 14

KÖNÜLLÜ TİBBİ SIĞORTA ÜZRƏ ORTA TARİF DƏRƏCƏLƏRİNİN HESABLANMASI METODİKASI ... 15

Bundan sonra mətn üzrə “Qaydalar” adlanacaq “Azərbaycan Sənaye Sığorta” ASC-nin Könüllü Tibbi Sığorta Qaydaları, “Sığorta fəaliyyəti haqqında” və “Tibbi Sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunlarına, digər hüquqi normativ aktlarına müvafiq olaraq işlənib hazırlanmışdır və bundan sonra mətn üzrə “Sığorta müqaviləsi” adlanacaq “Azərbaycan Sənaye Sığorta” ASC-nin bağladığı bütün Könüllü Tibbi Sığorta müqavilələrinin ayrılmaz tərkib hissəsidir.

SIĞORTA SİNİFİ

Bu sığorta qaydaları ilə müəyyən olunan sığorta növü tibbi sığorta sinfinə aiddir.

ANLAYIŞLAR

Könüllü tibbi sığorta-tibbi sığorta proqramına daxil edilən tibbi xidmətlərə görə Sığorta olunanın tibb müəssisələrinin ona göstərdiyi xidmətlərlə əlaqədar yaranan xərclərinin əvəzinin tam və ya qismən ödənilməsi miqdarında sığorta ödənişinin həyata keçirilməsini nəzərdə tutan sığorta sinfi.

Tibbi Sığorta müqaviləsi-qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada Sığortalı ilə Sığortaçı arasında bağlanan, Sığortalının müvafiq sığorta haqqı ödəməsi müqabilində sığorta hadisəsinin baş verməsi əsasında Sığorta olunana seçilmiş tibbi sığorta proqramına uyğun olaraq göstərilən tibbi yardımın təşkilini və sığorta ödənişinin həyata keçirilməsini, eyni zamanda tərəflərin hüquq və vəzifələrini müəyyən edən yazılı razılaşmadır.

Sığorta şəhadətnaməsi-Sığortalı ilə Sığortaçı arasında sığorta müqaviləsinin bağlanması faktını təsdiq edən və həmin müqavilənin əsas məzmununu əks etdirən sənəddir.

Sığortaçı-Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan sığorta hadisəsi baş verdiyi halda qanunvericiliklə və ya müqavilə ilə müəyyən olunmuş qaydada sığorta ödənişini vermək öhdəliyi daşıyan sığorta müqaviləsinin tərəfidir. Bu Qaydaların məqsədləri üçün Sığortaçı qismində “Azərbaycan Sənaye Sığorta” ASC nəzərdə tutulur.

Sığortalı-sığorta haqqı ödəyən, sığorta obyektinin sığorta etdirilməsində sığorta marağı olan sığorta müqaviləsinin tərəfidir.

Sığorta olunan-sığorta müqaviləsinə əsasən sığortalanan və sığorta hadisəsi baş verdikdə sığorta müqaviləsindən doğan haqları istifadə edən şəxs.

Fərdi sığorta-bir şəxsin tək başına və ya həyat yoldaşı, uşaqları, ata və anası, qəyyumluğunda olan şəxslərlə birlikdə sığortalanmasıdır.

Qrup halında sığorta-eyni hüquqi şəxsdə fəaliyyət göstərən əməkdaşların birlikdə sığortalanmasıdır.

Sığorta obyekti-Sığorta olunanın Sığorta müqaviləsində və bu Qaydalarda göstərilən sığorta hadisəsinin baş verməsi ilə tibbi sığorta proqramında nəzərdə tutulan həcmdə tibbi və digər xidmətlər alması ilə əlaqədar olan əmlak maraqları.

Sığortanın ərazisi-Sığorta müqaviləsində göstərilən və hüdudlarında sığorta pedmetinin sığortalanmış hesab olunduğu ərazi.

Sığorta haqqı-risklərin qəbul edilməsi və ya bölüşdürülməsi müqabilində sığorta qanunvericiliyinə uyğun olaraq, sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan qaydada Sığortalının Sığortaçıya ödəməli olduğu pul məbləği.

Sığorta məbləği-sığorta məbləği Sığorta müqaviləsinə əsasən Sığortaçının həyata keçirməli olduğu sığorta ödənişinin və sığortalanmış risklər üzrə məsuliyyətinin maksimal həddini ifadə edir.

Sığorta riski-Sığorta olunanın tibb müəssisəsində tibbi xidmət alması ilə əlaqədar xərclərin yaranmasına səbəb olan hadisənin baş verməsi ehtimalı, həmçinin bu ehtimala qarşı Sığortaçının üzərinə götürdüyü öhdəlik.

Sığorta marağı-sığorta hadisəsinin baş verəcəyi təqdirdə Sığortalının maliyyə itkisinə məruz qalması ehtimalı ilə şərtlənən və onun sığorta obyektini sığorta etdirmək hüququnun əsaslandığı mənafedir.

Sığorta ödənişi-sığorta hadisəsi nəticəsində Sığorta olunanın sağlamlığına dəyən zərərə görə tibb müəssisəsinin göstərdiyi xidmətlər müqabilində Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş qaydada və müddətdə Sığortaçı tərəfindən tibb müəssisəsinə, belə xidmətlərin əvəzi Sığorta olunan tərəfindən ödənildiyi halda isə Sığorta olunana ödənilən məbləğ.

Şərtsiz azadolma məbləği-Sığorta müqaviləsində (şəhadətnaməsində) yazılan nisbətlər daxilində sığorta ödənişindən Sığorta olunan üzərinə düşən hissə. Şərtsiz azadolma məbləği nəzərdə tutulduqda, həmin məbləğ hər bir halda zərər məbləğindən çıxılır.

Şərtsiz gözləmə müddəti-bu müddət ərzində sığorta tələbi və ya sığorta ödənişi sığorta hadisəsinin baş verməsindən keçən həmin müddət qədər vaxt ərzində yaranan itkilərə şamil edilmir.

Mövcud xəstəliklər-Əlamət və simptomlarını sığorta müqaviləsinin(şəhadətnaməsinin) hüquqi qüvvə qazandığı tarixdən əvvəl büruzə verən və Sığorta olunana məlum olan xəstəliklər.

Xroniki xəstəlik və ya vəziyyət-elə bir xəstəlik, yaxud zədələnmədir ki, aşağıdakı əlamətlərdən birini daşıyır:

- uzun müddət davam edir və müalicəsi bəlli deyil;
- residiv verir, yaxud residiv vermə ehtimalı var (Vaxtaşırı xəstəliyin simptomları geri qayıdır);
- daimi xəstəlikdir (xəstəliyin əlamətləri bəzən azalıb, bəzən artsa da hər zaman mövcuddur);
- xəstəliyi aradan qaldırmaq üçün reabilitasiyaya ehtiyac vardır;
- xəstəliyin uzun müddətli müayinələrə, diaqnostik testlərə, həkim baxışlarına və həkim nəzarətinə ehtiyacı var.

Təcili və təxirəsalınmaz hallar-bu Qaydalarda göstərilən standart istisnalar arasında yer almayan, ani bir xəstəlik və ya yaralanma nəticəsində ortaya çıxan və həyat üçün təhlükə yaradan hallara deyilir. "Azərbaycan Sənaye Sığorta" ASC tərəfindən müəyyən edilən təcili və təxirəsalınmaz hallar aşağıdakılardır:

- Avtomobil qəzası;
- Miokard infarktı və ritm pozğunluqları;
- Hipertonik krizlər;
- Astmatik status və kəskin tənəffüs çatışmazlığı;
- Tənəffüs və həzm yollarının yad cismi;
- Güclü və kəskin qanaxma;
- Yüksəklikdən yıxılma və ya üzərinə əşya düşməsi;
- Elektrik vurması;
- Donma;
- Şüurun itməsinə səbəb olan hallar(istisna hallar nəticəsində baş verən şüur itməsi təminat xaricindədir);
- İkinci və daha yüksək dərəcəli yanıqlar;
- Ciddi göz zədələnmələri;
- İsti vurma;
- Suda boğulma;
- Sınıqlar və çıxıqlar;
- Ciddi iş qəzaları, üzvlərin travmatik amputasiyası;
- Meningit, ensefalit;
- Zəhərlənmələr;
- Kəskin qarın sancıları;
- Bədən temperaturunun yüksəlməsi (38,5 və daha yüksək).

Bədbəxt hadisə-sığorta müddəti ərzində Sığorta olunanın iradəsi xaricində baş verən və bədən xəsarəti ilə nəticələnən ani, gözlənilməyən hadisə.

Sağlamlıq haqqında məlumat forması-Sığorta müqaviləsi (şəhadətnaməsi) Sığortalı (Sığorta olunan) tərəfindən doldurulmuş məlumat forması əsasında bağlanır və bu forma sığorta müqaviləsinin (şəhadətnamənin) ayrılmaz tərkib hissəsi hesab edilir.

İlkin müayinə-Sığorta olunacaq şəxsin sığorta olunub-olunmayacağını və ya hansı şərtlərlə sığorta olunacağını müəyyən etmək üçün Sığortaçının təyin etdiyi tibb müəssisəsində müayinə.

Tibb müəssisəsi-Sığortaçı ilə bağladığı müqaviləyə əsasən sığorta hadisəsi baş verdikdə Sığorta olunana tibbi yardım və müqavilədə nəzərdə tutulmuş digər xidmətlər göstərən və göstərdiyi xidmətlərə görə Sığortaçıdan haqq alan müvafiq xüsusi icazəsi olan hüquqi şəxslər, həmçinin qanunvericiliklə nəzərdə tutulmuş qaydada özəl fəaliyyət göstərən fiziki şəxslər.

FƏSİL 1. ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Maddə 1. Sığorta münasibətlərinin subyektləri

1.1 Bu Qaydalara uyğun olaraq tibbi sığorta münasibətlərinin subyektləri dedikdə, Sığortaçı, Sığortalı, Sığorta olunanlar, tibb müəssisələri və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada özəl tibbi praktika ilə məşğul olan fiziki şəxslər başa düşülür.

1.2 Sığortalı hüquqi şəxsdirsə, onun işçilərinin, vəzifəli şəxslərinin və qanunvericiliyə, müqaviləyə yaxud etibarnaməyə müvafiq olaraq onun adından çıxış etməyə səlahiyyəti olan digər nümayəndələrinin hərəkətləri Sığortalının hərəkətləri hesab edilir.

1.3 Sığorta müqaviləsinin başqa şəxsin xeyrinə bağlanması Sığortalını həmin müqavilə üzrə öhdəliklərini yerinə yetirməkdən azad etmir.

1.4 Əgər sığorta müqaviləsində digər Sığorta olunan göstərilməmişdirsə, həmin müqavilə üzrə Sığortalı həm də Sığorta olunan hesab edilir.

Maddə 2. Sığorta müqaviləsinin predmeti

Bu Qaydalar üzrə sığorta predmeti sığorta müqaviləsi üzrə sığortalanan əmlak mənafelərinin aid olduğu fiziki şəxsdir.

FƏSİL 2. SIĞORTA TƏMİNATI

Maddə 3. Sığorta hadisəsi

3.1 Sığorta olunanın sığorta müddəti ərzində təsadüfilik əlaməti daşıyan, istisnalar arasında yer almayan xəstəliyə məruz qalması və bədbəxt hadisə nəticəsində yaralanması ilə əlaqədar tibbi yardım almaq məqsədi ilə Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş tibb müəssisələrinə müraciəti sığorta hadisəsi hesab olunur. Sığorta olunanın mövcud xəstəliklərlə əlaqədar tibb müəssisələrinə müraciəti sığorta hadisəsi hesab edilmir.

3.2 Sığorta müqaviləsində şərtsiz gözləmə müddəti təyin oluna bilər. Bu müddət ərzində Sığorta olunanın Sığorta müqaviləsində və bu Qaydalarda göstərilən hadisələrlə əlaqədar tibbi yardım almaq üçün tibb müəssisəsinə müraciəti sığorta hadisəsi hesab olunmur.

3.3 Sığortaçı, Sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət ərzində Sığorta olunanın, sığorta hadisəsi nəticəsində yaranan tibbi xərclərinin, bu Qaydalara müvafiq olaraq və Sığorta müqaviləsində (Şəhadətnaməsində) göstərilmiş məbləğ həddində ödənilməsinə təminat verir.

Maddə 4. Gözləmə müddəti

4.1 Gözləmə müddəti yalnız sığorta müqaviləsinin ilk ilində tətbiq olunur və sığorta müqaviləsinin yenilənməsi ilə ortadan qalxır. Gözləmə müddəti şərtinin tətbiq olunduğu hallar aşağıdakılardır:

- öd kisəsi və öd yollarının daş xəstəliyi ilə əlaqədar tibbi xərclər;
- dermoid kista, anorektal xəstəliklər (anal çat, anal fistula, paraproktit, babasil və s.)
- bütün növ yırtıqlar, onurğa sütunu cərrahiyyəsi ilə əlaqədar bütün tibbi xərclər;
- böyrək, sidik kisəsi və sidik yollarının daş xəstəliyinin müalicəsi;
- qalxanvarı və paratiroid vəzi xəstəliklərinin müalicəsi;
- prostat vəzi xəstəliklərinin diaqnostika və müalicəsi;
- ağrılı diz oynağı problemlərinin (menisk, vətər, bağ və qığırdaq patologiyaları) diaqnostika və müalicəsi;
- katarakta, qlaukoma, retinal deformasiyalar/patalogiyalar ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- burun polipləri, burun balıqqulaqlarının hipertrofiyası, adenoid (udlaq badamcığının hipertrofiyası), damaq badamcıqlarının hipertrofiyası, haymorit ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- hidrosele, sistosele, rektosele, spermatosel, varikosele ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- bütün növ kistalar (dəri, dərialtı, böyrək, vaginal, yumurtalığın kistası və s.), lipoma, hiqroma, uşaqlığın mioması ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- böyrək, dalaq və mədəaltı vəzi xəstəlikləriylə əlaqədar cərrahi əməliyyatlar (bədbəxt hadisə zamanı alınan travmalarla əlaqədar cərrahi əməliyyatlar xaric);
- hipertoniya xəstəliyi;
- doğum təminatı verilən Sığorta müqavilələrində hamiləlik, fizioloji və operativ doğuş, düşük və bunların fəsadları ilə əlaqədar bütün növ tibbi xərclər.

Maddə 5. Standart istisnalar

5.1 Sığorta müqaviləsində digər hallar nəzərdə tutulmayıbsa, aşağıda göstərilənlər və ya onların bilavasitə nəticəsi olaraq meydana gələn xəstəlik, fəsadlaşma, bədbəxt hadisə və digər hallarla əlaqədar Sığorta olunana göstərilən tibbi yardım və digər xidmətlərlə bağlı xərclər sığorta təminatına daxil edilmir:

5.1.1 Aşağıdakı dərman preparatları sığorta təminatına daxil deyil:

- Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən lisenziyalaşdırılmamış dərman preparatları;
- psixotrop preparatlar, bioaktiv qida əlavələri, homeopatik və antihomotoksikoloji preparatlar;
- bütün növ sabun və şampunlar, kosmetik vasitələr, losyonlar;
- kontraseptiv (hamiləliyin qarşısını alan) preparatlar;
- arıqlamaq məqsədi ilə istifadə olunan preparatlar;
- potensiyanı (cinsi fəaliyyəti) stimulyasiya edən preparatlar;
- müalicəvi mineral sular;
- diş pastaları;
- saç tökülməsinin və kəpəklənmənin qarşısını alan preparatlar;
- tütün məhsullarından asılılığı aradan götürmək üçün istifadə olunan preparatlar;
- allergik xəstəliklərin dəri testləri;
- kontakt linza məhlulları;
- gigiyenik vasitələr, dərman maddəsi xüsusiyyətindən məhrum olan məhsullar;
- sığorta təminatına daxil olmayan xəstəliklərin müalicəsi üçün yazılan dərman preparatları.

5.1.2 Sığorta müqaviləsinin hüquqi qüvvə qazandığı tarixdən əvvəl mövcud olan və Sığortaçıya bildirilməyən xəstəliklər ilə əlaqədar (diaqnozun qoyulması, müayinə və müalicə aparılmasından asılı olmayaraq) bütün tibbi xərclər;

5.1.3 sığorta təminatının başlanması tarixindən sonra müəyyən edilmiş olsa da, anadangəlmə xəstəlik və şikəstliklər, genetik xəstəliklər, bədən quruluşu pozğunluqları (Halluks valqus, pektus ekskavatum, peyroni xəstəliyi, triqqer finqer və s.), onurğa əyrilikləri (lordoz, kifoz, skolioz);

5.1.4 bütün növ xroniki xəstəlik və vəziyyətlər, xroniki yorğunluq sindromu;

5.1.5 alkoqolizm, narkomaniya, toksikomaniya; spirtli içkilərin, narkotik və toksik (zəhərləyici) maddələrin qəbulu nəticəsində ortaya çıxan xəstəliklər, həmçinin onların qəbulu nəticəsində sərxoş vəziyyətdə nəqliyyat vasitəsinin idarə edilməsi və ya onun belə vəziyyətdə olan bir şəxsin idarəsinə verilməsi;

5.1.6 epilepsiya, Parkinson xəstəliyi, psixiatrik və geriatrik xəstəliklər, demensiya sindromları (alsqeymer, pik xəstəliyi və s. qazanılmış ağıl zəifliyi), onların ağırlaşmaları, onların zəminində yaranmış müxtəlif zədələr və somatik xəstəliklərin müayinə və müalicəsi;

5.1.7 çəpgözlük, gözdə refraksiya qüsurlarının (miopiya, hipermetropiya, astiqmatizm, presbiopsiya) cərrahi və lazer üsulu ilə müalicəsi;

5.1.8 eynək, şüşə çərçivə, kontakt linza, eşitmə cihazları;

5.1.9 psixoloqun, psixiatrın və psixoterapevtin, loqopedin, androloqun, həkim-ekstrasensin, narkoloqun, və seksopatoloqun xidmətləri;

5.1.10 qeyri-ənənəvi (alternativ) müalicə və müayinə üsulları (hipnoz, aromatoterapiya, fitoterapiya, akupunktura, termopunktura, elektropunktura və s.), reabilitasiya, sanatoriya-kurort müalicəsi;

5.1.11 kəskin və xroniki şüa xəstəliyi, birləşdirici toxumanın sistem və diffuz xəstəlikləri (qırmızı qurdeşənəyi, dermatomiozit, sklerodermiya və s.) və diferensiasiya olunmamış kollagenozlar;

5.1.12 vərəm, sarkoidoz, mukovistsidoz, peşə xəstəlikləri;

5.1.13 hər cür rekonstruktiv və köməkçi protezlər, cihazlar (ortopedik ayaqqabı, daban, tərlik, hər cür korsetlər, endoprotezləşdirmə);

5.1.14 orqan və toxumaların transplantasiyası, burun çəpərinin əyriliyi, septoplastika, implantasiya;

5.1.15 dişlərin protezləşdirilməsi və ona hazırlıq, dental implantasiya, tibbi göstəriş olmadıqda köhnə diş plomblarının dəyişdirilməsi, kosmetik stomatologiya, dişlərin ftorlakla örtülməsi, ortodontik və kosmetik qüsurlar, periodontit, parodontoz, qinqivit;

5.1.16 ürək-damar cərrahiyyəsi, damar çatışmazlığı, aşağı ətraf damarlarının varikoz genişlənməsi, venaların skleroterapiyası, angioqrafiya, koronaroqrafiya;

5.1.17 xroniki böyrək və qaraciyər çatışmazlığı, plazmaferez, hemodializ, hemosorbsiya, ozonoterapiya, qanın ultrabənövşəyi şüalanması, lazeroterapiya, oksigenoterapiya, hidrokolonoterapiya;

5.1.18 sonsuzluq və impotensiyanın müalicəsi, spermoqramma, histerosalpinqoqrafiya, qeyri-tibbi məqsədlə aparılan abort xərcləri, kontrasepsiya, qısırlaşdırma, o cümlədən UDV-nin daxil edilməsi və çıxarılması, süni mayalanma və ondan sonra hamiləliyin aparılması, genetikin xidmətləri;

5.1.19 bədxassəli onkoloji xəstəliklər, prostat vəzinin adenoması, radioizotop müalicə və müayinə üsulları, kimyəvi və şüa terapiyası;

5.1.20 şəkərli diabet, hemofiliya, enurez, Layell sindromu, hepatit C, hepatit B;

5.1.21 bütün növ plastik cərrahiyyə əməliyyatları, ginekomastiya, cinsiyyəti dəyişdirmə əməliyyatları, eləcə də estetik məqsədli müayinə və müalicələr, lazer epilyasiyası, hər cür dəri xəstəlikləri ilə əlaqədar aparılan lazer və fototerapiya xərcləri;

5.1.22 dəridə olan papillomalar, teleangiektaziya və hemangiomalar, nevuslar, ocaqlı dazlıq (alopesiya), psoriaz, AİDS, atipik pnevmoniya, genital herpes, cinsi yolla yoluxan xəstəliklər qrupuna daxil olan xəstəliklərlə əlaqədar aparılan müayinə və müalicə xərcləri;

5.1.23 klimaks dövrü (yeni və keçmiş klimaks dövrü də daxil olmaqla) və onunla əlaqədar ağırlaşmalar, eləcə də klimaks ilə əlaqədar osteoporoz xəstəliyinin müalicə xərcləri;

5.1.24 piylənmə, arıqlamaq məqsədilə qəbul edilən müalicələrə çəkilən xərclər, müalicə vannası, pəhriz mütəxəssisləri, palçıq vannaları, gimnastika salonları, Sığortaçının Azərbaycanda mövcud olan təcrübəyə əsaslanaraq eksperimental və ya təsdiq edilməmiş hesab etdiyi müalicə;

5.1.25 sünnət (Phimosis), uşaq yeməkləri, əmziklər, uşaq bezi xərcləri;

5.1.26 təcili və təxirəsalınmaz yardımın saxta və əsaslandırılmamış çağırışı, xəstənin göstərilən ünvanda olmaması;

5.1.27 arayış, yaxud digər sənəd almaq məqsədi ilə aparılan müayinələr (DYP üçün, silah gəzdirmə, xaricə getmə, təhsil müəssisəsinə daxil olma, müəyyən edilmiş əlillik qrupu olan Sığorta olunanlar üçün əlilliyə səbəb olan xəstəliklə əlaqədar müayinələr);

5.1.28 Sığortaçı ilə razılaşdırmadan Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmamış tibb müəssisələrində göstərilən tibbi xidmətlər və həmçinin, müqavilədə nəzərdə tutulmamış tibb müəssisələrində aparılan müalicə və ya müayinə nəticəsində əmələ gələn patologiyaların müalicəsi;

5.1.29 Sığorta olunanın həkim göstərişinə riayət etməməsi nəticəsində əmələ gələn ağırlaşmalar;

5.1.30 Sığorta olunanın sağlamlığını təhlükəyə atmamaq şərti ilə ambulator şəraitdə müalicə və müayinəsi mümkün olan xəstəliklərin stasionar şəraitdə müayinə və müalicə xərcləri;

5.1.31 planlaşdırılmış vaksinasiyalar (proqrama daxil olmadığı halda);

5.1.32 Azərbaycan Respublikası ərazisində müəyyən reyslə uçan təyyarədə biletli sərnişin olma halları istisna edilməklə, istənilən növ hava nəqliyyatı vasitəsi ilə səyahətin səbəb olacağı zədələnmələr və bununla əlaqədar müayinə və müalicə xərcləri;

5.1.33 Sığorta olunan hər hansı xəstəliyə tutulmadan həkim, laborator/rentgen və s. müayinələrdən keçməsi, tam tibbi müayinə xərcləri (əlavə təminat olaraq verilməmişsə);

5.1.34 hamiləliklə əlaqədar, doğuş da daxil olmaqla, bütün növ xərclər təminat xaricindədir (sığorta proqramına daxil olmadığı halda).

5.1.35 peşəkar və ya həvəskar olaraq idmanla məşğul olma zamanı (alpinizm, planerizm, speleologiya, paraşütlə tullanma, sualtı idman növləri, qış idman növləri, döyüş sənətləri, motosiklet və at yarışları), idman yarışlarında və ya belə yarışlara hazırlıq məşqlərində meydana gələn xəstəlik və ya yaralanmalarla əlaqədar tibbi xərclər;

5.1.36 müharibə (elan edilib edilməməyindən asılı olmayaraq), hərbi əməliyyatlar, vətəndaş müharibəsi, xalq hərəkatları, iğtişaşlar, terror aktları, üsyan və qiyamlar, tətillər və bunların qarşısının alınması məqsədi ilə keçirilən inzibati və hərbi tədbirlər;

5.1.37 Sığorta olunanın cinayət törətməsi və ya cinayətə təşəbbüs etməsi, kriminal fəaliyyətdə iştirakı, özünə qəsdən bədən xəsarəti yetirməsi, intihara cəhd etməsi;

5.1.38 təhlükədə olan insan həyatını və əmlakı xilas etmək halları istisna olmaqla, Sığorta olunanın öz həyatını və sağlamlığını şüurlu surətdə təhlükəyə atması;

5.1.39 təbii fəlakətlər, o cümlədən zəlzələ, sel, vulkan püskürməsi, torpaq sürüşməsi, sunami, hər hansı nüvə partlayışı, radiasiya və ya radioaktiv çirklənmələr;

Maddə 6. Sığorta təminatında məhdudiyyətlər

6.1 Fərdi və qrup sığortasında sığortaya ilk daxil olma zamanı 16-65 yaş arasında olan şəxslər sığortalana bilər. Yaş hesablanmasında doğum ili ilə Sığorta müqaviləsinin başlanğıc tarixi arasındakı fərq (ay və gün nəzərə alınmır) nəzərə alınır.

6.2 40 gün (uşağın xəstəxanadan çıxmış olması şərti ilə) 16 yaş arasındakı uşaqlar valideynləri ilə birlikdə sığortalanır.

6.3 Qrup sığortasında sığorta olunanların ailə üzvləri və qəyyumluğunda olan şəxslər Sığorta müqaviləsinə yalnız risk dəyərləndirilməsi aparıldıqdan sonra daxil edilir. Risk dəyərləndirməsinin nəticəsində Sığortaçı sığorta tələbini qəbul edə bilər, istisna və ya əlavə sığorta haqqı tələb edə bilər yaxud sığorta etməkdən imtina edə bilər.

Maddə 7. Sığortanın ərazisi

7.1 Əgər Sığorta müqaviləsində sığortanın konkret ərazisi göstərilmişdirsə, Sığorta müqaviləsi yalnız həmin göstərilən ərazi hüdudlarında qüvvədədir.

7.2 Sığorta müqaviləsində konkret ərazi göstərilmədiyi halda, müqavilə Azərbaycan Respublikasının hüdudlarında qüvvədədir.

FƏSİL 3. SIĞORTA MÜQAVİLƏSİ (ŞƏHADƏTNAMƏSİ)

Maddə 8. Sığorta müqaviləsinin bağlanması

8.1 Tibbi sığorta onun subyektləri arasında bağlanmış müqavilələr formasında həyata keçirilir.

8.2 Tibbi Sığorta müqaviləsi yazılı formada aşağıdakı kimi bağlanır:

8.2.1 Sığortaçı və Sığortalının bu Qaydalar əsasında tərtib olunan sığorta müqaviləsini qarşılıqlı imzalaması yolu ilə (Sığortalı hüquqi şəxsdirsə möhürü ilə də təsdiq etməlidir);

8.2.2 Bu Qaydalarla Sığortalının razı olmasını təsdiq etməsi şərti ilə Sığortaçı tərəfindən ona Sığorta şəhadətnaməsinin verilməsi yolu ilə;

8.3 Sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmamışdırsa, sığorta müqaviləsi sığorta haqqının ilk hissəsinin və ya tam ödənilməsindən sonra qüvvəyə minir.

8.4 Sığortaçı Sığorta müqaviləsinin imzalanmasından sonra Sığortalıya Sığorta şəhadətnaməsi və sığorta kartı verir. Sığorta şəhadətnaməsi və sığorta kartı sığorta haqqının ilk hissəsinin və ya tam ödənildiyi gün, qrup halında sığorta zamanı isə sığorta haqqının ilk hissəsinin və ya tam ödənilməsindən sonra 3 iş günü müddətində verilir.

Maddə 9. Sığorta müqaviləsinin yenilənməsi

Sığorta müqaviləsi başa çatdıqdan sonra Sığortalının istəyi ilə 1 (bir) il müddətində yenilənir. Sığorta müqaviləsinin yeniləmə şərtləri aşağıdakı qaydadadır:

9.1 Sığorta müqaviləsinin başa çatmasından bir ay əvvəl qarşılıqlı razılaşma ilə müqavilənin başa çatma tarixindən etibarən yeni müqavilə bağlana bilər.

9.2 yenilənmə ən gec əvvəlki müqavilənin başa çatma tarixində bağlanmalıdır. Əks təqdirdə müqavilə bağlanan tarixə qədər sığorta təminatı verilmir və şərtsiz gözləmə müddəti yenidən qüvvəyə minir.

9.3 Sığortaçı yeni müqavilənin bağlanması zamanı Sığortalıdan sağlamlıq haqqında məlumat formasının doldurulmasını, ilkin tibbi müayinədən keçməsini tələb edə bilər, əlavə sığorta haqqı və istisnalar tətbiq edə bilər.

9.4 Sığortaçının tətbiq etdiyi standart istisnalar sığorta müqaviləsinin yenilənməsi zamanı davam edir (sığortanın ilk ilində tətbiq olunan gözləmə müddəti yeniləmə ilə ortadan qalxır).

Maddə 10. Sığorta müqaviləsinin Qaydalar üzərində üstünlüyü

10.1 Sığorta müqaviləsi bağlanarkən Sığortalı və Sığortaçı bu Qaydaların müəyyən müddəalarının dəyişdirilməsi və ya istisna edilməsi, həmçinin ona müəyyən əlavələr edilməsi barədə razılığa gələ bilərlər.

10.2 Bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş istisnalar və məhdudiyyətlər qanunvericiliyə zidd olmadığı hallarda tərəflərin razılığı ilə sığorta təminatına daxil edilə bilər.

Maddə 11. Digər şərtlər

Sığorta müqaviləsində qanunvericiliyə zidd olmayan şərtlər müəyyən edilə bilər.

Maddə 12. Sığorta təminatının müddətinin başlanması və sonu

Əgər Sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmamışdırsa, sığorta təminatının müddəti sığorta müqaviləsinin bağlandığı gün saat iyirmi dörddən başlanır və sığorta müqaviləsinə əsasən həmin müqavilənin qüvvədə olduğu sonuncu gün saat iyirmi dörddə başa çatır.

Maddə 13. Sığorta riskinin artması

13.1 Sığortalı Sığorta müqaviləsi bağlandıqdan sonra meydana çıxan və Sığortaçının müqavilədən imtina etmək, yaxud onu məzmunu dəyişdirilmiş şəkildə bağlamaq qərarına təsir göstərə bilən sığorta riskinin artması ilə bağlı bütün hallar barədə sığortaçıya məlumat verməlidir.

13.2 Sığorta riskinin artmasına təsir edən hallar barəsində məlumatı aldıqdan sonra Sığortaçı sığorta müqaviləsinin şərtlərinə dəyişiklik etmək və ya artan riskə mütənasib olaraq əlavə sığorta haqqının ödənilməsini tələb etmək hüququna malikdir.

13.3 Əgər Sığortalı Sığorta müqaviləsinə edilən dəyişikliklərlə razılaşmırsa və yaxud əlavə sığorta haqqı ödəməkdən imtina edirsə, 30 günlük müddəti gözləməklə Sığorta müqaviləsinə Sığortaçı xitam vermək hüququna malikdir.

Maddə 14. Sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi

14.1 Sığortalı müqavilənin müddətinin uzadılması haqqında əvvəlcədən Sığortaçıya yazılı məlumat verməmişdirsə, müddətin bitməsi ilə Sığorta müqaviləsi qüvvədən düşür.

14.2 Sığorta müqaviləsinə aşağıdakı hallarda vaxtından əvvəl xitam verilir:

14.2.1 Sığorta olunanın ölümü;

14.2.2 müqavilənin etibarsız olması haqqında məhkəmənin qüvvədə olan qərarı;

14.2.3 qüvvədə olan qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada Sığortaçının ləğv edilməsi;

14.2.4 Sığortalı hüquqi şəxs ləğv edildikdə, Sığorta olunanın sığorta haqqını ödəmək öhdəliyini öz üzərinə götürməməyi;

14.2.5 Sığortalı sığorta haqqını qanunvericilikdə və sığorta müqaviləsində müəyyən edilən qaydada ödəmədikdə;

14.2.6 sığorta predmeti ilə əlaqədar riskin dərəcəsinin artması ilə bağlı Sığortaçının sığorta müqaviləsinin şərtlərinə dəyişiklik edilməsi və ya artan riskə mütənasib olaraq əlavə sığorta haqqının ödənilməsi tələbləri Sığortalı tərəfindən qəbul edilmədikdə, Sığortaçının tələbi ilə;

14.2.7 Sığortaçının və ya Sığortalının tələbi ilə, yaxud tərəflərin qarşılıqlı razılığı ilə. Bu barədə bir tərəf digərinə ən azı 30 gün əvvəl (sığorta müqaviləsi beş ildən çox müddətə bağlanmış olduqda 60 gün, 3 aydan az müddətə bağlanmış olduqda isə 5 iş günü əvvəl) tələbini əsaslandırdığı yazılı bildiriş göndərməlidir.

14.2.8 Sığortaçı Sığortalı (Sığorta olunan) qarşısında öz öhdəliklərini yerinə yetirdikdə, yəni müqavilə müddəti ərzində baş vermiş bütün sığorta hadisələrinə görə Sığortaçının həyata keçirdiyi ödənişlərinin cəmi sığorta məbləğinə bərabər olduqda;

14.2.9 qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş digər hallarda.

FƏSİL 4. SIĞORTA MƏBLƏĞİ VƏ SIĞORTA HAQQI

Maddə 15. Sığorta məbləği

15.1 Sığorta məbləği Sığorta müqaviləsinə əsasən, Sığortalı tərəfindən müstəqil seçilmiş tibbi sığorta proqramına uyğun olaraq müəyyənləşdirilir.

15.2 Sığorta müqaviləsinə sonradan əlavə edilən Sığorta olunanların sığorta məbləği, stomatoloji yardım və dərman təchizatı limitləri illik sığorta məbləğinin, stomatoloji yardım və dərman təchizatı limitlərinin 16.2.1 bəndində göstərilən faizləri nisbətində hesablanır.

Maddə 16. Sığorta haqqı

16.1 Sığorta haqqı sığorta müqaviləsinin qüvvədə olma müddəti, tibbi sorğunun nəticəsi, Sığorta olunanın cinsi və yaşı, Sığortalı tərəfindən seçilmiş tibbi xidmətlər, tibb müəssisələri və müqavilədə nəzərdə tutulmuş digər hallar nəzərə alınmaqla hesablanır.

16.2 Sığorta müqaviləsinə sonradan əlavə edilən Sığorta olunanların sığorta haqqının hesablanma qaydası:

16.2.1 əgər müqavilədə başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa, sığorta müddəti ərzində Sığorta müqaviləsinə sonradan əlavə edilən Sığorta olunanlara görə ödəniləcək sığorta haqqı aşağıdakı cədvəl üzrə hesablanaraq Sığorta müqaviləsinin əlavəsində göstərilir. Bir ildən az olan müddətdə bağlanmış müqavilələr üzrə sığorta haqları illik haqqın aşağıdakı miqdarında hesablanır:

Sığorta müddəti	Sığorta haqqı, illik haqdan faizlə
Bir ay	25
İki ay	35
Üç ay	40
Dörd ay	50
Beş ay	60
Altı ay	70
Yeddi ay	75
Səkkiz ay	80
Doqquz ay	85
On ay	90
On bir ay	95

Maddə 17. Sığorta haqqının ödənilməsi

17.1 Sığorta haqqının ödənilməsinin qaydası və ardıcıllığı Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulur. Əgər sığorta haqqı və ya onun hissəsi müqavilədə müəyyən olunmuş vaxtda ödənilməzsə, Sığortaçı onun ödənilməsi üçün yazılı surətdə 15(on beş) günədək müddət müəyyən edə bilər.

17.2 Hər bir halda sığorta haqqı və ya onun razılaşdırılmış ilk hissəsi sığorta müqaviləsi bağlandığı gündən 1 aydan gec olmayaraq ödənilməlidir.

17.3 Əgər sığorta haqqı və ya onun hissəsi müqavilədə müəyyən olunmuş vaxtda ödənilməzsə, Sığortaçının Sığorta olunanlara tibbi xidmətlərin göstərilməsini dayandırmaq hüququ yaranmaqla, Sığorta müqaviləsi ödənilmiş sığorta haqqına mütənasib dövr bitdiyi andan qüvvədən düşmüş hesab edilir.

17.4 Sığorta haqqının ödənildiyi gün aşağıdakılar hesab olunur:

a. nağd ödəniş halında – sığorta haqqının Sığortaçının kassasına və ya Sığorta agentinə və ya brokerinə ödənildiyi gün;
b. qeyri-nağd ödəniş (köçürmə) halında – pul vəsaitinin Sığortaçının və ya Sığorta agentinin, yaxud brokerin bank hesabına daxil olduğu gün.

Maddə 18. Sığorta haqqının qaytarılması

18.1 Sığorta müqaviləsinə (qrup halında sığorta zamanı həm də müqaviləyə hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) Sığortalının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verildikdə, sığorta qanunvericiliyində nəzərdə tutulmuş hallar istisna olmaqla, Sığortaçı həmin müqavilə üzrə işlərin aparılması xərclərini çıxmaqla müqavilənin (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) qurtarmamış müddəti üçün sığorta haqlarını ona qaytarır; əgər bu tələb Sığortaçının sığorta müqaviləsi üzrə vəzifələrini yerinə yetirməməsi ilə bağlıdırsa, Sığortaçı sığorta haqlarını (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarını) bütünlüklə Sığortalıya qaytarır.

18.2 Sığorta müqaviləsinə (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqaviləyə hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) sığortaçının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verildikdə o, sığorta haqlarını (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarını) bütünlüklə Sığortalıya qaytarır; əgər bu tələb Sığortalının sığorta müqaviləsi üzrə vəzifələrini yerinə yetirməməsi ilə bağlıdırsa, Sığortaçı həmin müqavilə üzrə işlərin aparılması xərcləri çıxılmaqla, müqavilənin qurtarmamış müddəti üçün sığorta haqlarını (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarını) qaytarır.

18.3 Sığorta müqaviləsinə (qrup halında sığorta zamanı həm də müqaviləyə hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) vaxtından əvvəl xitam verildiyi halda, əgər xitam verilmə anınadək sığortaçı tərəfindən Sığortalıya ödənilmiş sığorta haqqına(qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarına) bərabər və ya ondan çox miqdarda sığorta ödənişi verilmişdirsə, sığorta haqqı (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqları) Sığortalıya qaytarılmır.

18.4 Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verildiyi halda, əgər xitam verilmə anınadək Sığortaçı tərəfindən Sığortalıya ödənilmiş sığorta haqqından(qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarından) az miqdarda sığorta ödənişi verilmişdirsə, həmin sığorta haqqı məbləği ilə sığorta ödənişi məbləği arasındakı fərq miqdarında sığorta haqqının Sığortalıya qaytarılması müvafiq olaraq bu Maddənin 18.1-ci və 18.2-ci bəndlərində nəzərdə tutulmuş qaydada həyata keçirilir.

18.5 Sığorta müqaviləsi Azərbaycan Respublikasının müvafiq qanunvericiliyində müəyyən edilmiş qaydada xitam verilmiş hesab edildikdə, Sığortaçı həmin müqavilə üzrə işlərin aparılması xərclərini çıxmaqla müqavilənin (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) qurtarmamış müddəti üçün sığorta haqlarını, bu Maddənin 18.3-cü və 18.4-cü maddələrinin tələbləri nəzərə alınmaqla, Sığortalının qanuni nümayəndəsinə qaytarır.

18.6 Əgər Sığorta müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmamışdırsa, işlərin aparılması xərcləri dedikdə, inzibati xərclər və sığorta ödənişi nəzərdə tutulur.

FƏSİL 5. TİBBİ XİDMƏTİN TƏŞKİLİ QAYDASI

Maddə 19. Məlumat vermək vəzifəsi

19.1 Sığorta hadisəsi baş verdikdə, Sığortalı (Sığorta olunan) sığorta kartında göstərilən əlaqə telefon nömrələri vasitəsilə dispetçer xidmətinə müraciət edir və sığorta müqaviləsinə əlavə edilən sənəddə göstərilən tibb müəssisələrindən birinə göndərilir.

19.2 Hər hansı diaqnostik, profilaktik və ya müalicəvi tədbirlər ancaq həkim təyinatı ilə həyata keçirilir.

19.3 Sığorta müqaviləsinə müvafiq olaraq Sığorta olunana göstərilən tibbi xidmətlərin haqqını Sığortaçı tibb müəssisələrinə ödəyir (Sığorta müqaviləsində şərtsiz azadolma məbləği nəzərdə tutulduğu halda azadolma məbləği çıxılmaq şərti ilə).

19.4 Sığorta olunan sərbəst şəkildə tibbi xidmətlərə görə haqq ödədiyi halda:

19.4.1 Sığorta olunan tərəfindən tibb müəssisəsi göstərilməklə, ödənilmiş hesabın əsli, göstərilən xidmətlərin siyahısı və qiymətləri, qəbz, göndəriş, ambulator və ya stasionar xəstənin tibbi kartından çıxarış əlavə olunmaqla ərizə təqdim edildikdə Sığortaçı tibbi xidmətlərə görə (əgər belə xidmət Sığortaçı tərəfindən təşkil edilmiş və ya razılaşdırılmışdırsa) Sığorta olunan tərəfindən ödənilmiş müvafiq tibbi xərclərin əvəzini ödəyir.

19.4.2 Sığorta olunanın ərizəsi tibbi xidmətlərin göstərildiyi vaxtdan bir aydan gec olmayan müddətdə Sığortaçıya təqdim edilir. Ödəniş Sığorta olunan tərəfindən bütün zəruri sənədlərin təqdim edilməsindən sonra 15 gün ərzində həyata keçirilir. Ödənişin məbləği sığorta müqaviləsinə əlavə olunan siyahıda göstərilən tibb müəssisələrində analoji xidmətlərin orta qiyməti nəzərə alınmaqla təyin edilir.

Maddə 20. Müqavilənin qüvvədə olduğu müddətdə tərəflərin hüquq və vəzifələri

20.1 Sığortalının hüquqları:

20.1.1 Sığortaçının Sığorta müqaviləsinin şərtlərinə əməl etməsini yoxlamaq, o cümlədən Sığortaçıdan maliyyə sabitliyi barədə, kommersiya sirri olmayan məlumatı əldə etmək;

20.1.2 Tibbi proqrama uyğun olaraq və Sığorta müqaviləsi şərtləri ilə razılaşdırılmış qaydada tibb müəssisələrində Sığorta olunanlara tibbi xidmətlərin göstərilməsini tələb etmək;

20.1.3 Əvvəlcədən əvəzini ödəmək şərti ilə sığorta proqramında göstərilməmiş tibbi xidmətlərin təşkil edilməsini Sığortaçıya sifariş etmək.

20.2 Sığortalının vəzifələri:

20.2.1 Sığorta haqqını Sığorta müqaviləsi ilə müəyyən edilmiş məbləğdə və müddətdə ödəmək;

20.2.2 Sığorta müqaviləsinin bağlanması üçün zəruri olan, eyni zamanda sığorta müqaviləsi ilə bağlı digər məlumatları Sığortaçıya təqdim etmək;

20.2.3 Sığorta müqaviləsi bağlanarkən Sığortalı özünə məlum olan və Sığortaçının müqavilədən imtina etmək, yaxud onu məzmunu dəyişdirilmiş şəkildə bağlamaq qərarına təsir göstərə bilən bütün hallar barədə Sığortaçıya məlumat vermək;

20.2.4 Sığorta müqaviləsinə aid olan sənədlərin qorunub saxlanmasını təmin etmək;

20.2.5 Sığorta olunanları sığorta müqaviləsi və ona olunan əlavələrlə tanış etmək;

20.2.6 Sığorta Müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddətdə Sığorta olunanların siyahısında edilən dəyişikliklər barədə yazılı şəkildə (məktub, e-mail, faks) Sığortaçıya dərhal məlumat vermək;

20.2.7 Sığorta müddəti bitdikdə və ya bu və ya digər Sığorta olunan sığorta olunanların siyahısından çıxarıldıqda, müvafiq sığorta kartını (və ya kartlarını) sığorta təminatının bitmə tarixindən etibarən 5(beş) təqvim günü ərzində Sığortaçıya qaytarmaq.

20.3 Sığorta olunanın hüquqları:

20.3.1 Tibbi xidmət almaq üçün Sığorta müqaviləsinə edilən əlavədə göstərilən tibb müəssisələrindən hər hansı birini seçmək;

20.3.2 Tibbi sığorta proqramının həyata keçirilməsi üçün cəlb edilmiş həkimlər arasında müalicə edən həkimi seçmək;

20.3.3 Tibbi təminatın xüsusiyyətləri barədə izahatlar və tibbi-təşkilati yardım almaq üçün sığorta kartında telefon nömrələri göstərilən Sığortaçıya müraciət etmək;

20.3.4 Bazar və bayram günləri istisna olmaqla hər gün saat 09:00-dan saat 18:00-dək ambulator-poliklinik xidmətlərə görə müraciət etmək;

20.3.5 Tibbi yardımın göstərilməsi ilə bağlı mübahisəli hallar yaranarsa, Sığortaçıya müraciət etmək;

20.3.6 Fiziki şəxs olan Sığortalı öldükdə, hüquqi şəxs olan Sığortalı qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş qaydada ləğv edildikdə, həmçinin Sığortaçı və Sığortalı bu barədə razılığa gəldikdə, Sığortalının öhdəliklərini yerinə yetirmək və müqaviləyə görə Sığortalının bütün hüquqlarını əldə etmək;

20.4 Sığorta olunanın vəzifələri:

20.4.1 Sığorta olunan qabaqcadan Sığortaçı ilə əlaqə saxlayaraq tibbi xidmət almaq üçün razılıq almalıdır. Təcili və təxirəsalınmaz vəziyyətlərdə Sığorta olunanın hospitalizasiya olunması halında, əgər əlaqə saxlamaq imkanı olmazsa, xəstəxanaya yerləşdirmə haqqında mümkün olan ən qısa müddətdə və hər halda, yerləşdirilmədən 48 saatdan gec olmayaraq, Sığortaçıya məlumat verməlidir.

20.4.2 Tibbi yardımın göstərilməsi zamanı müalicə edən həkimin göstərişlərinə əməl etmək, tibb müəssisəsinin qaydalarına riayət etmək;

20.4.3 Sığorta sənədlərinə qayğı ilə yanaşmaq və tibbi xidmətlərin alınması məqsədi ilə həmin sənədlərin digər şəxslərə verilməsinə yol verməmək. Sığorta müqaviləsi üzrə tibbi xidmətlərin alınması məqsədi ilə sığorta kartının digər şəxsə verilmə faktı təsdiqlənərsə, bu qaydaların 18-ci maddəsinin müddəaları nəzərə alınmaqla Sığorta müqaviləsinin qüvvəsi Sığorta olunana qarşı həmin andan dayandırılır;

20.4.4 Sığorta müqaviləsinin şərtlərində nəzərdə tutulduğu halda, ilkin tibbi müayinədən keçmək;

20.4.5 Dispetçer üçün zəruri olan bütün məlumatları bildirmək.

20.4.6 Sığorta müqaviləsi ilə azadolma məbləği nəzərdə tutulduğu halda, azadolma məbləğini ona xidmət göstərən tibb müəssisəsinə ödəmək;

20.5 Sığortaçının vəzifələri:

20.5.1 Müəyyən edilmiş müddətdə Sığorta şəhadətnaməsi və sığorta kartını Sığortalıya (Sığorta olunana) verməlidir;
20.5.2 Sığortaçı və tibb müəssisəsi arasında bağlanmış xidmət göstərilməsi haqqında müqaviləyə uyğun olaraq sığorta hadisəsi baş verdiyi halda tibbi xidmətlərə görə müvafiq sənədlər əsasında ödənişi həyata keçirmək;
20.5.3 Sığortalı ilə münasibətlərdə məxfiliyi təmin etmək;
20.5.4 Sığorta müqaviləsinin vaxtından əvvəl xitam edilməsi halında, bu Qaydalarda müəyyən edilmiş qaydada hesablanmış məbləği 30 (otuz) bank günü ərzində Sığortalıya qaytarmaq;
20.5.5 Sığorta müqaviləsi çərçivəsində tibb müəssisələri ilə münasibətdə Sığorta olunanın hüquqlarını müdafiə etmək;
20.5.6 Qanunvericiliyə müvafiq olaraq Sığortaçı Sığorta müqaviləsi ilə bağlı məlumatların, o cümlədən həkim sirrinin öz işçiləri tərəfindən yayılmasına görə məsuliyyət daşıyır.

20.6 Sığortaçının hüquqları:
20.6.1 Sığortalı tərəfindən verilən məlumatları və həmçinin Sığortalı və Sığorta olunan tərəfindən Sığorta müqaviləsinin şərtlərinə riayət edilməsini yoxlamaq;
20.6.2 Bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş hallarda, o cümlədən Sığorta olunan tərəfindən sığorta kartı tibbi xidmət almaq üçün üçüncü şəxsə verildikdə, sığorta ödənişini həyata keçirməkdən imtina etmək, belə ödənişlərin həyata keçirildiyi hallarda Sığorta olunan və ya Sığortalı tərəfindən geri qaytarılmasını tələb etmək;
20.6.3 Sığortalı (Sığorta olunan) ona məlum olan riskin qiymətləndirilməsi üçün əhəmiyyətli hallar barəsində və sığorta hadisəsi haqqında Sığortaçıya qəsdən yanlış məlumat verməsi faktı aşkar olunarsa sığorta ödənişini həyata keçirməkdən imtina etmək;
20.6.4 Sığorta olunana dəymiş bədən zədəsi və ya onun səhhətinin başqa cür pozulmasına gətirib çıxaran hadisə və faktlar üzrə cinayət işi qaldırıldığı halda səlahiyyətli orqanların müvafiq qərarının qəbul olunmasına qədər tibbi xidmətlər üzrə ödənişləri təxirə salmaq;
20.6.5 Bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş qaydada və şərtlərlə Sığorta müqaviləsinə xitam vermək;
20.6.6 Sığorta haqqının ödənilməmiş hissəsi Sığorta müqaviləsində göstərilən müddət ərzində ödənilmədikdə, Sığorta olunanlara xidmətlərin göstərilməsini dayandırmaq, yaxud Sığorta müqaviləsinə xitam vermək;
20.6.7 Kifayət qədər əsas olmadığı təqdirdə müalicə həkiminin və ya tibb müəssisənin dəyişdirilməsində Sığortalının (Sığorta olunanın) müraciətini qəbul etməmək;
20.6.8 Sığorta olunanın zədə alması ilə bağlı tibbi xidmət üçün müraciət etdiyi halda onun alkoqol, narkotik və ya toksik maddələrin təsiri altında olub olmamasının yoxlanılmasını tələb etmək;
20.6.9 Sığorta olunanın alkoqol, narkotik və ya toksik maddələrin təsiri altında olub olmamasının yoxlanılmasına etiraz etdiyi halda, Sığortaçı dəymiş zədə ilə bağlı tibbi xidmətlərin haqqının ödənilməsindən imtina edə bilər;

Maddə 21. Sığortaçı tərəfindən nəzarət

Sığorta müqaviləsinin şərtlərinə uyğun olaraq Sığortaçının Sığorta olunana göstərilən tibbi xidmətlərin həcminə, müddətinə və keyfiyyətinə nəzarət etmək hüququ var.

FƏSİL 6. SIĞORTA ÖDƏNİŞİ

Maddə 22. Sığorta ödənişi və onun həyata keçirilməsi qaydası

22.1 Sığortaçı bu Qaydalar əsasında bağlanmış Sığorta müqaviləsinə əsasən Sığorta olunana göstərilən tibbi xidmətlərin haqqını (Sığorta müqaviləsində azadolma məbləği nəzərdə tutulduğu halda, azadolma məbləğinin çıxılması şərti ilə) tibb müəssisəsinə ödəyir.

22.2 Sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət ərzində Sığortaçının həyata keçirdiyi bütün ödənişlərin cəmi Sığorta müqaviləsində göstərilən sığorta məbləğini aşa bilməz.

22.3 Sığorta olunana göstərilən tibbi xidmətlərin əvəzinin ödənilmə qaydası Sığortaçı ilə tibb müəssisəsi və ya özəl tibbi fəaliyyətlə məşğul olan şəxs arasında müvafiq müqavilə ilə təyin edilir.

22.4 Sığortaçının yazılı razılığı olmadan Sığorta olunan tərəfindən özbaşına tibbi yardımın təşkil edilməsi halında Sığortaçı göstərilmiş tibbi xidmətlərin keyfiyyətinə və Sığorta olunanın çəkdiyi xərclərə görə heç bir məsuliyyət daşımır.

22.5 Sığortaçının yazılı razılığı olmadan Sığorta olunana, təxirəsalınmaz hallar istisna olmaqla, tibbi xidmətlərin müqavilədə razılaşdırılmamış tibb müəssisələrində göstərilməsinə görə Sığortaçı çəkilən xərclərin əvəzini ödəmək öhdəliyi daşımır. Sığortaçının yazılı razılığı olduqda, belə tibb müəssislərində göstərilmiş xidmətlər üçün ödəniş Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş tibb müəssisələrinin preyskurantları əsasında həyata keçiriləcəkdir.

22.6 Əgər Sığorta olunan tibbi təyinatlara, tibbi personalın məsləhətlərinə və tibb müəssisəsində müəyyən edilmiş daxili intizam qaydalarına riayət etməzsə, tibb müəssisəsi Sığortaçını məlumatlandıraraq

ambulator xidmətlərin göstərilməsini, yaxud stasionar yardımı dayandırdıqda, Sığortaçı artıq bu vaxta qədər göstərilmiş tibbi xidmətlərə görə xərclərin və həmçinin, bunun nəticəsində baş vermiş başqa əlavə xərclərin ödənilməsindən imtina edə bilər. Belə halda artıq bu vaxta qədər göstərilmiş tibbi xidmətlərin əvəzinin ödənilməsi öhdəliyi Sığortalının üzərinə düşür.

22.7 Əgər Sığorta olunan həkim təyinatına əsasən xəstəxanada yerləşdirilməkdən imtina edərsə, Sığortaçı bu xəstəliyin ağırlaşmalarına görə Sığorta olunanın müalicəsinə yönəldilən tibbi xidmətlərə təminat verməkdən imtina edə bilər.

22.8 Əgər Sığorta olunan xəstəxanada yerləşdirildikdən və ya ambulator xidmət almaq üçün müraciət etdikdən sonra baş vermiş hadisənin Sığorta müqaviləsinə əsasən sığorta hadisəsi olmamağı məlum olursa, tibb müəssisəsində göstərilən xidmətlərin ödənilməsi Sığorta olunanın öhdəliyidir.

22.9 Sığorta müqaviləsi qüvvədə olduğu müddətdə baş vermiş sığorta hadisəsinin nəticələrinə görə tibbi yardım göstərilməsi zərurəti sığorta müqaviləsi qüvvədən düşdükdən sonra da mövcud olduqda, tibbi xidmətlərə görə sığorta ödənişləri aşağıdakı qaydada həyata keçirilir:

22.9.1 Ambulator müalicə zamanı xəstəliyin kəskin dövründə-sığorta müddətinin bitməsindən sonra 3 (üç) təqvim günündən artıq olmamaq şərti ilə, xəstəlik vərəqəsi bağlananadək;

22.9.2 Xəstəxanaya təxirəsalınmaz yerləşdirilmə zamanı-sığorta müddətinin bitməsindən sonra 5 (beş) təqvim günündən artıq olmamaq şərti ilə xəstənin xəstəxanadan çıxmasınadək;

22.9.3 Xəstəxanaya planlı yerləşdirilmə zamanı-Sığorta müqaviləsinin qüvvədən düşməsinə qədər.

22.10 Sığortalı bilavasitə onun (və ya Sığorta olunanın) təqsiri üzündən sığorta kartından qanunsuz istifadə edən şəxsə göstərilən xidmətlər üçün xərclənmiş məbləği Sığortaçıya qaytarmalıdır.

22.11 Sığorta olunan həkim qəbuluna təyin edilən vaxtda gəlmədikdə, təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım briqadasının çağırılması zamanı göstərilən ünvanda olmadıqda, Sığortalı (Sığorta olunan) Sığortaçının tibb müəssisəsinə ödədiyi xərcləri ona qaytarmalıdır.

Maddə 23. Sığorta ödənişindən imtinanın əsasları

23.1 Sığortaçı sığorta ödənişinin verilməsindən aşağıdakı hallarda imtina edir:

23.1.1 baş vermiş hadisənin qanunvericiliyə, bu Qaydalara və Sığorta müqaviləsinə görə sığorta hadisəsi hesab edilməməsi;

23.1.2 bu qaydaların 20.2.3 bəndi nəzərə alınmaqla, sığorta olunan şəxs və/və ya sığorta hadisəsi barəsində Sığortalının/Sığorta olunanın Sığortaçıya qəsdən yanlış məlumat verməsi nəticəsində Sığortaçının sığorta riskini qiymətləndirmək, həmçinin sığorta hadisəsinin səbəblərini və ya dəyən zərərin həcmini müəyyənləşdirmək imkanından tam və ya qismən məhrum olması;

23.1.3 bu qaydaların 20.4.1 bəndinin tələblərinə əməl edilməməsi nəticəsində Sığortaçının hadisənin səbəblərini və/və ya dəyən zərərin həcmini müəyyənləşdirmək imkanından tam və ya qismən məhrum olması ilə əlaqədar onun mənafeləri əhəmiyyətli dərəcədə pozulduqda;

23.1.4 Sığortaçının sığorta hadisəsinin baş verməsi səbəblərini araşdırmasına Sığortalı və ya Sığorta olunan tərəfindən maneçilik törədilməsi;

23.1.5 sığorta hadisəsinin sığorta haqqı və ya onun hər hansı bir hissəsinin qanunvericilikdə və ya müqavilədə nəzərdə tutulmuş ödənilməsi müddəti başa çatdıqdan 15 gün sonra, Sığortaçının Sığortalını yazılı surətdə xəbərdarlıq edərək müddət müəyyən etdiyi halda müəyyən edilən müddətin başa çatmasından 3 gün sonra baş verməsi halında sığorta haqqı və ya onun müvafiq hissəsi ödənilmədikdə.

Maddə 24. Subroqasiya hüququ

24.1 Sığorta ödənişinin həyata keçirilməsindən sonra, Sığorta olunanın səhhətinə vurulan zərərə görə məsuliyyət daşıyan üçüncü şəxsə qarşı subroqasiya qaydasında tələb irəli sürmək hüququ həmin ödəniş məbləği həddində Sığortaçıya keçir.

24.2 Sığortalı (Sığorta olunan) Sığortaçının subroqasiya hüququnun təmin edilməsi üçün öz imkanları çərçivəsində ona hər cür kömək göstərməli və Sığortaçını tələb irəli sürmək üçün zəruri olan bütün sənədlər, sübut və məlumatlarla təmin etməlidir.

24.3 Sığortalının (Sığorta olunanın) hər hansı məhkəmədən kənar razılaşma və ya məhkəmə qərarı əsasında zərərə görə məsuliyyət daşıyan şəxslərdən aldığı təminat məbləğləri, ilk növbədə Sığortaçının sığorta müqaviləsi üzrə həyata keçirdiyi sığorta ödənişlərinin əvəzinin ödənilməsinə xərclənəcək.

24.4 Sığortaçı ilə Sığortalı arasında başqa cür razılaşdırıldığı və belə razılaşmanın Sığorta müqaviləsində təsbit olunduğu hallar istisna olmaqla, Sığortalı (Sığorta olunan) zərərvuran şəxsə qarşı iddiadan və ya tələbi təmin edən hüquqlardan, yaxud lazımi sənədləri Sığortaçıya verməkdən imtina etdikdə, Sığortaçı sığorta ödənişi verməkdən zərərvuran şəxsdən subroqasiya qaydasında ala biləcəyi məbləğ həcmində azad edilir və ödənilmiş sığorta ödənişinin tam və ya müvafiq hissəsinin qaytarılması hüququnu əldə edir.

Maddə 25. Valyuta haqqında qeyd-şərt

25.1 Sığorta məbləğlərinin, sığorta haqlarının və azadolma məbləğinin xarici valyuta ilə ifadə olunduğu hallarda, bütün ödənişlər Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Bankının ödənişin həyata keçirildiyi tarixə və ya ödənişə əsas verən sənədin tərtib edilməsi tarixinə olan rəsmi məzənnəsi əsasında Azərbaycan manatı ilə və ya Azərbaycan Respublikasının valyuta qanunvericiliyinə müvafiq olduğu hallarda hər hansı xarici valyuta ilə həyata keçirilə bilər.

25.2 Əgər sığorta ödənişinin verilməsi üçün əsas olan sənədlər Azərbaycan manatı və ya şəhadətnamənin valyutasından fərqli valyutada ifadə olunmuşdursa, Sığorta müqaviləsinin ifadə olunduğu valyutaya çevirmə Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Bankının həmin sənədin tərtib olunduğu tarixə uyğun rəsmi məzənnəsi əsasında həyata keçirilir.

Maddə 26. Ödənilməmiş sığorta haqqının nəzərə alınması

Sığorta ödənişinin ödənilməsi zamanı sığortaçı sığorta ödənişi məbləğindən sığortalının ona ödəməli olduğu, vaxtı çatmış və ya gecikdirilmiş sığorta haqqı məbləğini tutmaq hüququna malikdir.

Maddə 27. Mübahisələrin həlli qaydası

27.1. Sığorta müqaviləsi üzrə ortaya çıxan mübahisələr tərəflərin danışıqlar yolu ilə həll edilir.

27.2. Razılığa gəlinmədiyi təqdirdə mübahisələrə Azərbaycan Respublikasının mövcud qanunvericiliyində müəyyən olunmuş qaydada aidiyyatı üzrə məhkəmədə baxılır.

27.3. Sığorta müqaviləsindən irəli gələn bütün tələblər Azərbaycan Respublikasının mülki qanunvericiliyi ilə müəyyənləşdirilmiş müddətdə həll edilir.