

Razılaşdırılıb:

**Azərbaycan Respublikası
Mərkəzi Bankının
Baş direktoru**

Ziya Əliyev

İmza

Tarix: 18 mart 2022-ci il



Təsdiq edilmişdir:

**“Xalq Sığorta” ASC-nin
İdarə Heyətinin Sədri**

Rəşad Kurbanov

İmza

Tarix: 10 mart 2022-ci il



**KÖNÜLLÜ TİBBİ SİĞORTA
QAYDALARI**

Bakı 2022

MÜNDƏRİCAT 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.....	6
Maddə 5. Standart istisnalar	6
Maddə 6. Sığorta təminatında məhdudiyyətlər.....	10
Maddə 7. Sığortanın ərazisi	10
FƏSİL 3. SIĞORTA MÜQAVİLƏSİ (ŞƏHADƏTNAMƏ)	10
Maddə 8. Sığorta müqaviləsinin bağlanması.....	10
Maddə 9. Sığorta müqaviləsinin yenilənməsi.....	11
Maddə 10. Sığorta müqaviləsinin Qaydalar üzərində üstünlüyü.....	11
Maddə 11. Mühüm şərtlər	11
Maddə 12. Sığorta təminatının müddətinin başlanması və sonu	11
Maddə 13. Sığorta riskinin artması	11
Maddə 14. Sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi.....	12
FƏSİL 4. SIĞORTA MƏBLƏĞİ VƏ SIĞORTA HAQQI.....	12
Maddə 15. Sığorta məbləği.....	12
Maddə 16. Sığorta haqqı.....	13
Maddə 17. Sığorta haqqının ödənilməsi.....	13
Maddə 18. Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verilməsi	13
FƏSİL 5. TİBBİ XİDMƏTİN TƏŞKİLİ QAYDASI	14
Maddə 19. Məlumat vermək vəzifəsi.....	14
Maddə 20. Müqavilənin qüvvədə olduğu müddətdə tərəflərin hüquq və vəzifələri	15
Maddə 21. Sığortaçı tərəfindən nəzarət.....	17
FƏSİL 6. SIĞORTA ÖDƏNİŞİ.....	17
Maddə 22. Sığorta ödənişi və onun həyata keçirilməsi qaydası	17
Maddə 23. Sığorta ödənişindən imtinanın əsasları	19
Maddə 24. Subroqasiya hüququ.....	19
Maddə 25. Valyuta haqqında qeyd-şərt.....	19
Maddə 26. Ödənilməmiş sığorta haqqının nəzərə alınması.....	20
Maddə 27. Mübahisələrin həlli qaydası	20

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

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, Sığortaçı tərəfindən Sığortalıya təqdim edilən və həmin müqavilənin əsas məzmununu əks etdirən sənəddir.

Sığorta müddəti – sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət. Sığortanın müddəti sığorta müqaviləsi ilə müəyyən olunur.

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 “Xalq Sığorta” ASC nəzərdə tutulur.

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

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

Faydalanan şəxs - sığorta müqaviləsinə uyğun olaraq sığorta ödənişi verilməli olan şəxs.

Sığorta tələbi – sığorta hadisəsi baş verdikdə sığortalının, sığorta olunanın və ya faydalanan şəxsin sığortaçıya öz vəzifələrini müvafiq qanunvericiliyə və sığorta müqaviləsinə uyğun olaraq icra etməsi barədə müraciəti.

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 və limit cərcivəsində tibbi və digər xidmətlər alması ilə əlaqədar olan əmlak maraqları.

Sığortanın ərazisi-Sığorta müqaviləsində göstərilən və hüdudlarında sığorta predmetinin 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 mənafe-dir.

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 (Sığortalı) tərəfindən ödənilməsi halda isə Sığorta olunana (Sığortalıya) 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, ən azından aşağıdakı əlamətlərdən birini daşıyır:

- uzun müddət davam edir;
- 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. “Xalq Sığorta” ASC tərəfindən müəyyən edilən təcili və təxirəsalınmaz hallar aşağıdakılardır:

- | | |
|--|--|
| • Avtomobil qəzası; | • İkinci və daha yüksək dərəcəli yanıqlar; |
| • Miokard infarktı və ritm pozğunluqları; | • Ciddi göz zədələnmələri; |
| • Hipertonik krizlər; | • İsti vurma; |
| • Astmatik status və kəskin tənəffüs çatışmazlığı; | • Suda boğulma; |
| • Tənəffüs və həzm yollarının yad cismi; | • Sınıqlar və çıxıqlar; |
| • Güclü və kəskin qanaxma; | • Ciddi iş qəzaları, üzvlərin travmatik amputasiyası; |
| • Yüksəklikdən yıxılma və ya üzərinə əşya düşməsi; | • Meningit, ensefalit; |
| • Elektrik vurması; | • Zəhərlənmələr; |
| • Donma; | • Kəskin qarın sancıları; |
| • Şüurun itməsinə səbəb olan hallar (istisna hallar nəticəsində baş verən şüur itməsi təminat xaricindədir); | • 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 Qeyri-həyat sığortası sahəsinin şəxsi sığorta növünə aid olan künüllü Tibbi sığorta Qaydalarına uyğun olaraq tibbi sığorta münasibətlərinin subyektləri dedikdə Sığortaçı, Sığortalı, Sığorta olunanlar, tibb müəssisələri və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada özəl tibbi praktika ilə məşğul olan 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

- 2.1 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 təsadüflük 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:

- ödəkisi və ödək 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 kisi və sidik yollarının daş xəstəliyinin müalicəsi;
- qalxanvarı və paratiroid vəzi xəstəliklərinin müalicəsi;
- prostat vəzi xəstəliklərinin diaqnostika və müalicəsi;
- ağırlı diz oynaq problemlərinin(menisk, vətər, bağ və qığırdaq patologiyaları) diaqnostika və müalicəsi;
- katarakta, qlaukoma, retinal deformasiyalar/patologiyalar 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, yumurtalıqın kistası və s.), lipoma, hiqroma, uşaqlığın mioması ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- böyrək, dalaq və mədəaltı vəzi xəstəliklərlə 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 lisenziyalasdırılmamış dərman preparatları;
- bioaktiv qida əlavələri, homeopatik və antihomotoksikoloji preparatlar;
- bütün növ sabun və şampunlar, kosmetik vasitələr, losyonlar;
- kontraseptiv (hamiləliyin qarşısını alan) preparatlar;
- çəki almaq və çəki atmaq məqsədi ilə istifadə olunan preparatlar;
- potensiyayı (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;
- kontakt linza məhlulları;
- gigiyenik vasitələr, dərman maddəsi xüsusiyyətindən məhrum olan məhsullar;
- sığorta təminatına daxil olmayan xəstəliklərin müalicəsi üçün yazılan dərman preparatları;
- hialuron turşusu və onun istifadəsi.

- 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 (Hallux valgus, pectus excavatum, peyroni xəstəliyi, trigger finger və s.), onurğa əyrilikləri (lordoz, kifoz, skolioz), bətdaxili inkişaf qüsurları (dermoid (pilonidal) kistlər), endometrial kistlər, daxili orqanların hemangiomaları, arterio-venoz malformasiyalar və s.;
- 5.1.4 Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyinin Dövlət Tibbi proqramları sırasına düşən və xüsusi ixtisaslaşdırılmış dövlət xəstəxanalarında müalicəsi tələb olunan xəstəliklərin müalicəsi;
- 5.1.5 bütün növ xroniki xəstəlik və vəziyyətlər, xroniki yorğunluq sindromu, qeyri-spesifik xoralı kolit, kron xəstəliyi;
- 5.1.6 alkoqolizm, narkomaniya, toksikomaniya; spirtli içkilərin, narkotik və toksik(zəhərləyici) maddələrin qəbulu nəticəsində ortaya çıxan xəstəliklər və həmin maddələrin təsiri nəticəsində yarana bilən xəsarətlər, həmçinin onların qəbulu nəticəsində sərxoş vəziyyətdə nəqliyyat vasitəsinin idarə edilməsi və ya onun belə vəziyyətdə olan bir şəxsin idarəsinə verilməsi;
- 5.1.7 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;
- 5.1.8 çəpgözlük, keratokonus, qlaukoma, retina və şüşəvari cism (*corpus vitreum*) patologiyalarında aparılan əməliyyatlar, gözdə refraksiya qüsurlarının (miopiya, hipermetropiya, astigmatizm, presbiopiya) cərrahi və lazer üsulu ilə müalicəsi;
- 5.1.9 eynək, şüşə çərçivə, kontakt linza, eşitmə cihazları;
- 5.1.10 psixoloqun, psixiatrın və psixoterapevtin, loqopedin, androloqun, həkim-ekstrasensin, narkoloqun, və seksopatoloqun xidmətləri;
- 5.1.11 qeyri-ənənəvi (alternativ) müalicə və müayinə üsulları (hipnoz, aromaterapiya, fitoterapiya, akupunktura, termopunktura, elektropunktura və s.), rehabilitasiya, sanatoriya-kurort müalicəsi, manual terapiya və osteopatiya;
- 5.1.12 kəskin və xroniki şüa xəstəliyi, birləşdirici toxumanın sistem və diffuz xəstəlikləri (qırmızı qurdeşənəyi, dermatomiozit, sklerodermiya və s.) və differensiasiya olunmamış kollagenozlar, autoimmun xəstəliklər, bronxial astma, allergik xəstəliklər zamanı aparılan dəri testləri, demielinizasiyaya səbəb olan xəstəliklər, beyin iflici (və başqa paralitik sindromlar), dağınıq skleroz, yan amiotrofik skleroz, neyromuskulyar sinaps və əzələ xəstəlikləri (Miasteniya), Giyen Barre sindromu (GBS);
- 5.1.13 vərəm, sarkoidoz, mukovistsidoz, peşə xəstəlikləri;
- 5.1.14 hər cür rekonstruktiv və köməkçi protezlər, cihazlar (ortopedik ayaqqabı, daban, tərlik, hər cür korsetlər) bütün növ implant, süni oynaq və stentlərin satınalma xərcləri, endoprotezləşdirmə əməliyyatları, İlizarov aparatı;
- 5.1.15 orqan və toxumaların transplantasiyası, burun çəpərinin əyriliyi, septoplastika, implantasiya, lazer üsulu ilə aparılan əməliyyatlar və manipulyasiyalar, yuxu ilə bağlı tənəffüs pozğunluqlarının

müalicəsi, o cümlədən xoruldama, yuxu apnoesi, gecə-gündüz ritminin pozulması və ya işlə bağlı stress və digər hallar;

- 5.1.16 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;
- 5.1.17 ürək-damar cərrahiyyəsi, damar çatışmazlığı, aşağı ətraf damarlarının varikoz genişlənməsi və trombozu, venaların skleroterapiyası, damarlarda terapeutik prosedurlar, damar stenozunun genişlənməsi və şuntlama (xüsusi preparatlarla), endovaskulyar cərrahiyyə, (invaziv kardiologiya (koronar angioplastika, stend, balon valvuloplastika , ablasiya, ritm tənzimləyicisi, implantasiya edilən avtomatik ürək elektroşok cihazı, ürəyin elektrofizioloji müayinəsi, hər növ angiografiya, koronaroqrafiya (DSA, 3D-DNA, Rəngli-DNA və s.) , fetal cərrahiyyə , robotlaşdırılmış cərrahiyyə və s.)
- 5.1.18 xroniki böyrək və qaraciyər çatışmazlığı, plazmaferez, hemodializ, ekstrakorporal membran oksigenasiya (ECMO), hemosorbsiya, ozonoterapiya, qanın ultrabənövşəyi şüalanması, lazeroterapiya, oksigenoterapiya, hidrokolonoterapiya;
- 5.1.19 sonsuzluq və impotensiyanın müalicəsi, kişi və qadın ailə planlaşdırılması, nəsil törətmə, spermoqramma, follikulometriya, histerosalpinqografiya, qeyri-tibbi məqsədlə aparılan abort xərcləri, kontrasepsiya, genetik xidmətləri, sterilizasiya və ya ondan sonra lazım olan bərpa, o cümlədən UDV-nin daxil edilməsi və çıxarılması, ekstrakorporal mayalanma və uşaqlıqdaxili inseminasiya, ondan sonra hamiləliyin aparılması və bununla bağlı operativ və fizioloji doğuş;
- 5.1.20 bədxassəli onkoloji xəstəliklər, prostat vəzinin adenoması (hiperplaziyası), radioizotop müalicə və müayinə üsulları, kimyəvi və şüa terapiyası, Pozitron Emissiya Tomografiyası (PET), radiocərrahiyyə (GammaKnife, CyberKnife, TrueBeam STx, Novalis Tx və s.);
- 5.1.21 Metabolik sindrom, şəkərli diabet, prediabet, hiperlipidemiya, qaraciyərin piy distrofiyası (hepatosteatoz), hemofiliya, enurez, Layell sindromu, bütün növ hepatitlər (virus mənşəli hepatit A, hepatit C, hepatit B və s., toksiki hepatitlər və s.), kəskin bağırsaq infeksiyaları;
- 5.1.22 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;
- 5.1.23 Papillomavirus mənşəli xəstəliklər (dəridə olan papillomalar, ziyillər və s.), iti uclu kondilomalar, teleangiektaziya və hemangiomalar, nevuslar, ocaqlı dazlıq (alopesiya), psoriaz, vitiliqo, neyrodermit, QİÇS və HIV infeksiyasının yaratdığı fəsadlar, atipik pnevmoniya, zöhrəvi - “cinsi yolla yoluxan xəstəliklər” (genital herpes, sifilis və s.) qrupuna daxil olan xəstəliklərlə əlaqədar aparılan müayinə və müalicə xərcləri;
- 5.1.24 klimaks dövrü (pre və post klimaks dövrü də daxil olmaqla) və onunla əlaqədar ağırlaşmalar, eləcə də klimaks ilə əlaqədar osteoporoz xəstəliyinin müalicə xərcləri;
- 5.1.25 piylənmə, arıqlamaq məqsədilə qəbul edilən müalicələrə çəkilən xərclər, müalicə vannası, pəhriz mütəxəssisləri, pəncir vannaları, gimnastika salonları, Sığortaçının Azərbaycanda mövcud olan təcrübəyə əsaslanaraq lisenziyalasdırılmamış, eksperimental, qeyri-effektiv və ya təsdiq edilməmiş hesab etdiyi müayinə, müalicə;
- 5.1.26 sünnət (circumcision) - tibbi göstəriş olmadan , uşaq yeməkləri, əmzilər, uşaq bezi xərcləri;
- 5.1.27 təcili və təxirəsalınmaz yardımın saxta və əsaslandırılmamış çağırışı, xəstənin göstərilən ünvanda olmaması;

- 5.1.28 arayış yaxud digər sənəd almaq məqsədi ilə aparılan müayinələr (DYP üçün, silah gəzdirmək, xaricə getmək, təhsil müəssisəsinə daxil olmaq, ipoteka almaq, digər sığorta növləri əldə etmək, müəyyən edilmiş əlillik qrupu olan Sığorta olunanlar üçün əlilliyə səbəb olan xəstəliklə əlaqədar müayinələr keçmək);
- 5.1.29 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;
- 5.1.30 Sığorta olunanın həkim göstərişinə riayət etməməsi nəticəsində əmələ gələn ağırlaşmalar;
- 5.1.31 Sığorta olunanın sağlamlığını təhlükəyə atmamaq şərti ilə ambulator şəraitdə müalicə və müayinəsi mümkün olan xəstəliklərin stasionar şəraitdə müayinə və müalicə xərcləri;
- 5.1.32 planlaşdırılmış vaksinasiyalar, müxtəlif allergenlərlə spesifik immunizasiya (ASİT);
- 5.1.33 Azərbaycan Respublikası ərazisində müəyyən reyslə uçuş təyyarədə biletsiz səfərin olma halları istisna edilməklə, istənilən növ hava nəqliyyatı vasitəsi ilə səyahətin səbəb olacağı zədələnmələr və bununla əlaqədar müayinə və müalicə xərcləri;
- 5.1.34 Sığorta olunan hər hansı xəstəliyə tutulmadan həkim, laborator/rentgen və s. müayinələrdən keçməsi, check-up-yəni tam tibbi müayinə xərcləri (əlavə təminat olaraq verilməmişsə);
- 5.1.35 hamiləliklə əlaqədar, (hamiləliyə nəzarət ,fizioloji və operativ doğuş, düşük təhlükəsi və s.) daxil olmaqla bütün növ xərclər təminat xaricindədir(sığorta proqramına daxil olmadığı halda);
- 5.1.36 ov, riskli əyləncələr (kvadrasikl, motosikl, kartinq, pointbol, strikebol, hardbol və s.), atıcılıq (odlu silahdan, arbaletdən ,kamandan və s), 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, velosport və s.), komanda idman növləri (futbol, basketbol, handbol, volleybol və s.) kimi idman yarışlarında və ya belə yarışlara hazırlıq məşqlərində meydana gələn xəstəlik və ya yaralanmalarla əlaqədar tibbi xərclər;
- 5.1.37 müharibə (elan edilib edilməməyindən asılı olmayaraq), hərbi əməliyyatlar, vətəndaş müharibəsi, xalq hərəkatları, iğtişaşlar, terror aktları, üsyan və qiyamlar, tətilər və bunların qarşısının alınması məqsədi ilə keçirilən inzibati və hərbi tədbirlər;
- 5.1.38 Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində nəzərdə tutulmuş məsuliyyəti istisna edən hallardan başqa, Sığorta olunanın cinayət törətməsi və ya cinayətə təşəbbüs etməsi, kriminal fəaliyyətdə iştirakı, özünə qəsdən bədən xəsarəti yetirməsi, intihara cəhd etməsi;
- 5.1.39 təhlükədə olan insan həyatını və əmlakı xilas etmək halları istisna olmaqla, Sığorta olunanın öz həyatını və sağlamlığını şüurlu surətdə təhlükəyə atması;
- 5.1.40 təbii fəlakətlər, o cümlədən zəlzələ, sel, vulkan püskürməsi, torpaq sürüşməsi, sunami, hər hansı nüvə partlayışı, radiasiya və ya radioaktiv çirklənmələr;
- 5.1.41 xüsusi təhlükəli infeksiyalarla bağlı (taun, tulyaremiya, vəba, sibir xorası (qara yara), Ebola və Marburq virusu, sarı qızdırma (viruslu hemorragik qızdırma), quş qripisi və s.) müayinə və müalicə;
- 5.1.42 rəsmi dövlət orqanları tərəfindən elan edilən epidemiyalar və pandemiyalar zamanı yaranan xərclər təminat xaricindədir;
- 5.1.43 Klinikaların təqdim etdiyi əlavə ödənişli xidmətlər (həkim fərqləri üzrə bütün xərclər, iş saati xaricində konkret həkimin (məsələn ginekoloqun) çağırışı, xarici mütəxəssislərin xidmətləri,

birnəfərlik palata, ödənişli telefon məsləhətləri və s.), valideynin və ya xəstə yaxınlarının xəstə yanında qalması;

5.1.44 Hava və dəniz vasitəsi ilə evakuasiya.

5.2 “Könüllü tibbi sığorta” qaydalarının 5.1.3, 5.1.4, 5.1.6 ,5.1.7, 5.1.10 (psixiatr və psixoterapevt istisna olmaqla); 5.1.11 (reabilitasiya və sanator kurort müalicə istisna olmaqla); 5.1.12 (bronxial astma və allergik xəstəliklər zamanı aparılan dəri testləri istisna olmaqla) , 5.1.13 , 5.1.20 (prostat vəzini adenoması istisna olmaqla); 5.1.37, 5.1.38, 5.1.39, 5.1.40, 5.1.41, 5.1.42. bəndləri istisna olmaqla əlavə sığorta haqqı ödənildikdə digər istisna halları sığorta təminatına daxil edilməsi mümkündür.

Maddə 6. Sığorta təminatında məhdudiyyətlər

6.1 Sığorta təminatı təcili və təxirəsalınmaz, ambulator poliklinik, stasionar, profilaktik tibbi, stomatoloji yardım, dərman təminatı, vaksinasıya və vitaminizasiya xidmətlərindən ibarətdir .

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

6.3 40 gün (uşağın xəstəxanadan çıxmış olması şərti ilə) 16 yaş arasındakı uşaqlar valideynləri ilə birlikdə sığortalanır.

6.4 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 həddlərində qüvvədədir.

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

FƏSİL 3. SIĞORTA MÜQAVİLƏSİ (ŞƏHADƏTNAMƏ)

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 müqaviləsinə 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;

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

- 8.3 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 Sığortaçının “Risk qəbul şərtləri” əsasında, mövcud 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 Sığorta müqaviləsinə ediləcək əlavələr və dəyişikliklər Tərəflərin qarşılıqlı müraciəti və razılaşması e-mail və ya rəsmi məktub) əsasında həyata keçirilir.
- 9.4 Sığortaçı yeni müqavilənin bağlanması zamanı Sığortalıdan sağlamlıq haqqında məlumat formasının doldurulmasını, ilkin tibbi müayinədən keçməsinə tələb edə bilər, əlavə sığorta haqqı və istisnalar tətbiq edə bilər.
- 9.5 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 Bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş istisnalar və məhdudiyyətlər qanunvericiliyə zidd olmadığı hallarda tərəflərin razılığı ilə sığorta təminatına daxil edilə bilər.

Maddə 11. Mühüm şərtlər

- 11.1 Sığorta müqaviləsində qanunvericiliyə və bu Qaydalara zidd olmayan Mühüm şərtlər müəyyən edilə bilər.
- 11.2 Sığortalı(Sığorta olunan) tərəfindən bu şərtlərin yerinə yetirilməməyi Sığortaçının ödəniş verməkdən imtina etməsi və ya sığorta müqaviləsini vaxtından əvvəl ləğv etməsi üçün əsasdır.

Maddə 12. Sığorta təminatının müddətinin başlanması və sonu

- 12.1 Əgər Sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmamışdırsa, sığorta təminatının müddəti sığorta müqaviləsinin bağlandığı gün saat iyirmi dördədən başlanır və sığorta müqaviləsinə əsasən həmin müqavilənin qüvvədə olduğu sonuncu gün saat iyirmi dördə 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 3 iş günü ərzində məlumat verməlidir.

- 13.2 Sığorta riskinin artmasına təsir edən hallar barəsində məlumatı aldıqdan sonra 7 iş günü ərzində 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 edərsə, Sığortalıya 30 gün əvvəl yazılı bildiriş göndərməklə, sığorta müqaviləsinə Sığortaçı tərəfindən xitam verilə bilər. Bildirişdə göstərilən müddətin sonunadək sığortalının sığorta təminatı qüvvədə qalır.

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 əsaslandırıdğı 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.
- 16.1.1 Sığorta müqaviləsinə sonradan əlavə edilən Sığorta olunanların sığorta haqqının hesablanma qaydası:
- 16.1.2 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 ardıcılığı 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 Pul vəsaitinin Sığortaçının və ya Sığorta agentinin, yaxud brokerin bank hesabına köçürüldüyü gün Sığorta haqqının ödənilməsi üçün hesab olunur:

Maddə 18. Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verilməsi

- 18.1. Sığorta müqaviləsinə (qrup halında sığorta zamanı həm də müqaviləyə hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) sığortalının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verildikdə, sığortaçı həmin müqavilə üzrə (qrup halında sığorta zamanı isə müqavilənin hər hansı sığorta predmeti ilə bağlı sığorta haqqına mütənasib olan) sığorta haqqının qaytarılan hissəsindən işlərin aparılması xərclərinin müqavilənin qurtarmamış müddətinə mütənasib hissəsini çıxmaqla həmin müddət üçün sığorta haqlarını ona qaytarır. Sığortalının sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi ilə bağlı tələbi 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 müqavilənin qurtarmamış müddəti üçün sığorta haqlarını (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarını) qaytarır. Bu halda sığortaçı sığorta müqaviləsi üzrə (qrup halında sığorta zamanı isə müqavilənin hər hansı sığorta predmeti ilə bağlı sığorta haqqına mütənasib olan) sığorta haqqının qaytarılan hissəsindən işlərin aparılması xərclərinin müqavilənin qurtarmamış müddətinə mütənasib hissəsini çıxı bilər.
- 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 qaytarılır.
- 18.4 Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verildiyi halda, əgər xitam verilmə anınadək 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, inzibati xərclər sığorta haqqının 25%-ə bərabərdir.
- 18.7 Inzibati xərclər dedikdə, Sığortaçı tərəfindən işlərin aparılmasına çəkilən xərclərin məcmusu 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 əsl, 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 7 iş günü 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 və ya sonradan 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 bütün 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 verməlidir;

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 7(yeddi) 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, 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 (şərtsiz) 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 ən gec 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 aşkar olunarsa sığorta ödənişini həyata keçirməkdən imtina etmək;
- 20.6.4 Sığorta olunana dəymiş travmatik zədə 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 müəssisəsinin 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

- 21.1 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 tibb müəssisəsinə ödəyir (Sığorta müqaviləsində azadolma məbləği nəzərdə tutulduğu halda, azadolma məbləğinin çıxılması şərti ilə).

- 22.2 Sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət ərzində Sığortaçının həyata keçirdiyi bütün ödənişlərin cəmi Sığorta müqaviləsində göstərilən sığorta məbləğindən artıq olmamalıdır.
- 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 Baş vermiş sığorta hadisəsi zamanı, Sığorta olunan, Sığortaçını öncədən məlumatlandırmazsa və müstəqil şəkildə hər hansı bir tibb müəssisəsində tibbi yardım alarsa, Sığortaçı göstərilmiş tibbi xidmətlərin keyfiyyətinə və Sığorta olunanın çəkdiyi xərclərə görə heç bir məsuliyyət daşımır.
- 22.5 Sığortaçının razılığı olmadan Sığorta olunana, təxirəsalınmaz hallar istisna olmaqla, tibbi xidmətlərin müqavilədə razılaşdırılmamış tibb müəssisələrində göstərilməsinə görə Sığortaçı çəkilən xərclərin əvəzinə ödəmək öhdəliyi daşımır. Sığortaçının yazılı razılığı olduqda, belə tibb müəssisələrində 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 yardımını 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 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 həcmi müəyyənləşdirmək imkanından tam və ya qismən məhrum olması;

23.1.3 20.4.1 bəndinin tələblərinə əməl edilməməsi nəticəsində Sığortaçının hadisənin səbəblərini və/və ya dəyən zərərin həcmi 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 Subroqasiya hüququ sığorta ödənişi almış şəxsin ona dəymiş zərərə görə məsuliyyət daşıyan şəxsə qarşı malik olduğu hüquqlardan və vasitələrdən həmin ödənişi vermiş Sığortaçının istifadə etmək hüququdur

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 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 hüququunu 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 Respublikasının 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 Respublikasının Mərkəzi Bankının həmin sənədin tərtib olunduğu tarixə uyğun rəsmi məzənnəsi əsasında həyata keçirilir.

Maddə 26. Ödənilməmiş sığorta haqqının nəzərə alınması

- 26.1 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 Bu Qaydalar əsasında bağlanmış Sığorta müqaviləsindən irəli gələn bütün mübahisələr ilkin olaraq danışıqlar yolu ilə, pretenziya qaydasında, tərəflər arasında razılığa gəlinmədiyi təqdirdə isə qüvvədə olan Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə müvafiq olaraq məhkəmə vasitəsilə həll edilir.
- 27.2 Tərəflər, Sığorta müqaviləsindən irəli gələn öhdəliklərin və şərtlərin yerinə yetirilməməsinə və ya lazımı qaydada yerinə yetirilməməsinə görə qanunvericiliklə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

“Xalq Sığorta” ASC-nin

Könüllü Tibbi Sığorta üzrə tarif dərəcələrinin əsaslandırılması

Tarif dərəcələrinin əsaslandırılması “Qeyri-həyat sığortası üzrə sığorta tariflərinin hesablanması haqqında” metodikadan istifadə edilməklə aparılır. Tarif dərəcəsini hesablayarkən əvvəlcə netto-dərəcəni hesablayırlar. Netto-dərəcənin hesablanmasında aşağıdakı məlumatlardan istifadə edilir:

- 1) Sığorta hadisəsinin baş verməsi ehtimalı(q)-0,58;
- 2) Bir sığorta müqaviləsi üzrə orta sığorta məbləği(S_o)- 8818,56 manat;
- 3) Bir sığorta hadisəsi üzrə orta sığorta ödənişi($S_ö$)- 850 manat;
- 4) Bağlanılacaq sığorta müqavilələrinin sayı(n)-15000.

T_n, T_θ və T_r ilə müvafiq olaraq netto-dərəcəni, onun əsas hissəsini və risk üstəliyini işarə edək. Netto-dərəcənin əsas hissəsi 100 manat sığorta məbləğinə uyğun olaraq aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$T_\theta = 100qS_\theta/S_0 = 0,58 \cdot 100 \cdot 850 / 8818,56 = 5,556 \text{ manat.}$$

Risk üstəliyini hesablamaq üçün təminat ehtimalını 0,98 götürək. Bu halda həmin ehtimala uyğun əmsal $\alpha = 2$ olur. Risk üstəliyi aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$T_r = 1,2 \cdot T_\theta \cdot \alpha \cdot ((1-q)/nq))^{1/2} = 1,2 \cdot 5,556 \cdot 2 \cdot ((1-0,58)/(0,58 \cdot 15000))^{1/2} = 0,093 \text{ manat.}$$

$$T_n = T_\theta + T_r = 5,556 + 0,093 = 5,649 \text{ manat.}$$

Tarif dərəcəsinin strukturu: netto-dərəcə-75%, yüklənmə-30%. O cümlədən işlərin aparılması xərcləri-28%, tarif mənfəəti -2%.

Brutto-dərəcəni T_b ilə işarə edək.

Onda brutto-dərəcənin hesablanması düsturuna əsasən

$$T_b = T_n / (100 - f) = 5,649 / (1 - 0,3) = 8,070 \text{ manat.}$$

Sığortanın şərtlərindən asılı olaraq baza tarif dərəcəsinə azaldıcı və artırıcı əmsallar tətbiq edilir. Nəticədə, yekun tarif dərəcələri 0,2%-15% aralığında dəyişir.