

**ԿԱՆՈՆՆԵՐ
ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ**

**TERMS AND CONDITIONS OF
TRAVEL INSURANCE**

Սույն Կանոնները հանդիսանում են ճամփորդության մեկնող անձանց բժշկական, բժշկա-տրանսպորտային և սույն Կանոններով նախատեսված քաղաքացիների այլ ծախսերի ապահովագրության պայմանագրի անբաժանելի մասը:

The present Conditions are part and parcel of the Insurance Contract of medical, medical-transport and other expenses of the citizens during their travel outside stipulated by the present Conditions.

ԲԱԺԻՆ I. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

SECTION I. GENERAL PROVISIONS

1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒԲՅԵԿՏՆԵՐԸ

1. SUBJECTS OF INSURANCE

1.1 Աջակցության ապահովագրության սույն կանոնները, (այսուհետև՝ **Կանոններ**), մշակված են Հայաստանի Հանրապետության Օրենսդրության, մասնավորապես՝ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի, «Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի և այլ իրավական ակտերի համաձայն:

1.1 The rules of travel insurance (hereinafter referred to as "the Rules") are passed pursuant to the Republic of Armenia current Insurance Legislation, particularly the Civil Code of the Republic of Armenia on "Insurance and Insurance Activities" and other common laws.

1.2 Աջակցության ապահովագրությունը ներառվում է «Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի ոչ կյանքի ապահովագրության տեսակի «Աջակցության ապահովագրություն» դասի մեջ:

1.2 The rules of travel insurance for citizens during their travel outside the CIS countries are included in non-life insurance type, class of "Assistance Insurance" pursuant to the Republic of Armenia current insurance legislation on "Insurance and Insurance Activities".

1.3 Կանոնները հանդիսանում են Աջակցության ապահովագրության պայմանագրի կամ վկայագրի անբաժանելի մասը:

1.3 These rules are integral part of the Travel Insurance Contract.

1.4 Ապահովագրության պայմանագրում կողմերի համաձայնությամբ այլ պայմաններ ներառվելու դեպքում, այդ պայմանները չպետք է հակասեն Կանոններին, ՀՀ օրենսդրությանը և այլ իրավական ակտերին:

1.4 In case of bringing in other conditions in the policy by mutual consent, these conditions must not contradict the conditions, the civil code and other legal statements.

1.5 «ՌԱՍԿՈ» Ապահովագրական սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերությունը, այսուհետև՝ **Ապահովագրող**, գործելով իր Կանոնադրությամբ, ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց հետ կնքում է մշտական բնակության երկրների և այն երկրների, որոնց քաղաքացին է համարվում Ապահովագրված անձը, սահմաններից դուրս գտնվելու ընթացքում (ապահովագրության տարածք) բժշկական, բժշկա-տրանսպորտային և Կանոններով նախատեսված քաղաքացիների այլ ծախսերի ապահովագրության պայմանագրեր՝ տալով նրանց համապատասխան **Ապահովագրության վկայագիր կամ Ապահովագրության պայմանագիր (այսուհետև՝ Պայմանագիր)**:

1.5. The Limited Liability Company "RASCO" (hereinafter referred to as "The Insurer"), acting on the basis of the Charter, concludes with natural persons and legal entities the contracts of insurance of medical, medical-transport and other expenses of the citizens, stipulated by the present Conditions, for the period of their stay outside the CIS countries (covered territory), the country of constant residence and/or the country of citizenship of the Insured, and issues to them the **insurance policy** (hereinafter referred to as "the Insurance Contract").

1.5 Պայմանագրով **Ապահովադիրներ** են հանդիսանում Ապահովագրողի հետ Պայմանագիր կնքած իրավաբանական և գործունակ ֆիզիկական անձինք:

1.5. The legal entities and capable natural persons, concluding the contracts of insurance with the Insurer, are admitted as Insureds.

1.6 Անձը, ում օգտին կնքված է Պայմանագիրը, հանդիսանում է **Ապահովագրված անձ**:

1.6. The person, in whose favour the Contract is concluded, is admitted as the Insured.

Այն դեպքում, երբ Պայմանագիրն Ապահովադրի կողմից կնքված է իր իսկ օգտին, ապա նրա վրա տարածվում են Ապահովագրված անձի համար Կանոններով նախատեսված բոլոր իրավունքներն ու պարտականությունները:

In case if the Insurance Contract is concluded by the insured in its favour, all rights and obligations of the insured, stipulated in the present conditions, apply to it in full volume.

1.7 Ապահովագրված անձ կարող են համարվել մինչև 70 տարեկան Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիները, օտարերկրյա քաղաքացիները, քաղաքացիություն չունեցող անձինք:

1.7. The Insured persons could be the persons in the age up to 70 years: citizens of the Republic of Armenia, foreign citizens and persons without citizenship.

1.8 70 տարեկան, բայց 85-ից ոչ ավել տարիք ունեցող անձի կարող են համարվել ապահովագրված անձ, հետևյալ պայմանի դեպքում՝

1.8. Persons, whose age is more than 70 years, but less than 85 years, can also be insured on the following conditions:

1.8.1. Հատուցվում է միայն Կանոնների 10.2.4 կետով նախատեսված Ապահովագրված անձի աճյունի տեղափոխման հետ կապված ծախսերը:

1.8.1 only expenses related to repatriation of a body (mortal remains) of the Insured (10.2.4 point of this rules);

1.9 Կանոնների հիման վրա կնքված Պայմանագրով Ապահովագրողը պարտավորվում է Պայմանագրում նշված պատահարի (ապահովագրական դեպքի) տեղի ունենալու դեպքում, պայմանագրով վճարի (ապահովագրավճարի) դիմաց և

1.9. Under the Insurance Contract, concluded on the basis of the present Conditions, one Party (the Insurer) obliges for the payment, stipulated by the contract (the insurance premium), paid by the other Party (the Insured), upon occurrence of the event, stipulated in the Contract (the insurance case,

Պայմանագրով սահմանված գումարի (ապահովագրական գումարի) սահմաններում (Կանոնների 11-րդ կետով սահմանված), իր ներկայացուցչի (սերվիսային (սպասարկող) ընկերության) միջոցով հատուցել Ապահովագրված անձին՝ Կանոնների 9-րդ կետում նշված պատահարների հետևանքով ապահովագրված անձին պատճառված վնասների առնչությամբ նրա կողմից կատարված բժշկական, բժշկա-տրանսպորտային և ապահովագրության պայմանագրով սահմանված մատուցված այլ ծառայությունների համար:

1.10 Այն դեպքում, երբ ապահովագրված անձը ինքնուրույն է վճարել բժշկական, բժշկա-տրանսպորտային և այլ ծառայությունների համար, ապա Ապահովագրողը, Կանոնների պայմանների պահպանման դեպքում, կհատուցի Ապահովագրված անձի կատարված ծախսերը Ապահովադրի (նրա կողմից լիազորված անձի) կողմից գրավոր դիմումի և բնօրինակ փաստաթղթերի հիման վրա:

2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐ, ԳՐԱ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐ ԶՎՃԱՐԵԼՈՒ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

2.1 Ապահովագրավճար է համարվում ապահովագրության համար նախատեսված վճարը, որն Ապահովադրի պարտավոր է մուծել Ապահովագրողին կամ նրա կողմից լիազորված անձին Պայմանագրի կնքման ժամանակ, բայց ոչ ուշ քան Պայմանագրի գործողության ժամկետի սկիզբը, եթե Պայմանագրով այլ բան նախատեսված չէ:

2.2 Ապահովագրավճարն Ապահովադրի կողմից վճարվում է միանվագ և ամբողջությամբ ապահովագրության ամբողջ ժամկետի համար:

2.3 Ապահովագրավճարը կարող է վճարվել կանխիկ կերպով Ապահովագրողի դրամարկղ կամ նրա լիազորված ներկայացուցչին, անկանխիկ հաշվարկների ձևով ՀՀ դրամով՝ վճարման օրը ՀՀ կենտրոնական բանկի կողմից սահմանված արտարժույթի փոխարժեքի հաշվարկային կուրսին համապատասխան:

2.4 Ապահովագրավճարի վճարման օր է համարվում՝

2.4.1 կանխիկ հաշվարկների դեպքում՝ Ապահովագրողի լիազոր ներկայացուցչին, կամ Ապահովագրողի դրամարկղ գումարի մուծման օրը,

2.4.2 անկանխիկ հաշվարկների դեպքում՝ Ապահովագրողի լիազոր ներկայացուցչի հաշվարկային հաշվին գումարի փոխանցման կամ Ապահովագրողի հաշվարկային հաշվին գումարի փոխանցման օրը:

2.5 Եթե ապահովագրական պատահարը տեղի է ունեցել մինչև հերթական ապահովագրավճարի վճարումը, որը կետանցվել է, ապա ապահովագրողն իրավունք ունի վճարման ենթակա ապահովագրական հատուցման չափը որոշելիս հաշվանցելու կետանցված ապահովագրավճարի չափը:

2.6 Եթե Ապահովադրի Պայմանագրով սահմանված կարգով և ժամկետում չի վճարել ապահովագրավճարը, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի ապահովագրավճարի վճարման համար սահմանված ժամկետից երեք օր (լրացուցիչ ժամկետ) հետո միակողմանի լուծելու ապահովագրության պայմանագիրը՝ առանց այդ մասին Ապահովադրին ծանուցելու:

3. ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ, ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՔԸ ԵՎ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ

3.1 Պայմանագիրն Ապահովագրողի և Ապահովադրի (այսուհետև՝ կողմեր) միջև կնքվող գրավոր համաձայնագիր է, ըստ որի Ապահովագրողը պարտավորվում է ապահովագրական պատահարի առաջացման ժամանակ իրականացնել ապահովագրական հատուցում այն անձին ուն օգտին կնքվել է Պայմանագիրը, իսկ Ապահովադրի պարտավորվում է Պայմանագրում սահմանված ժամկետներում վճարել ապահովագրավճար:

3.2 Պայմանագիրը գործում է Պայմանագրում նշված երկրներում բացառությամբ Ապահովագրված անձի մշտական ապրելավայր հանդիսացող երկրների և այն երկրների, որոնց քաղաքացին է համարվում Ապահովագրված անձը:

3.3 Պայմանագրի գործողության տարածքից բացառվում են նաև՝

– պետությունները, որոնց տարածքում տեղի են ունենում ռազմական գործողություններ կամ անցկացվում են ռազմական հակահարեկչական միջոցառումներ.

– պետությունները, որոնց նկատմամբ կիրառվում են ՄԱԿ-ի տնտեսական և (կամ) ռազմական պատժամիջոցներ.

article 9 of the present Conditions) to pay through its representative (the assistance company) the expenses for the rendered to the Insured persons medical, medical-transport and other expenses, stipulated by the Insurance Contract, in the limits of the sum insured, stipulated by the Contract (the sum insured) and the limits of responsibility (article 11 of the present Conditions).

1.10 In case if the Insured person pays the medical, medical-transport and other expenses himself/herself, the Insurer, under the condition of observance of the regulations of the present Conditions, will reimburse the above-mentioned expenses on the basis of a written application of the Insured person (another authorized by insurer persons) and the original documents.

2. INSURANCE PREMIUM AND ORDER OF ITS PAYMENT, CONSEQUENCES OF NOT PAYING INSURANCE PREMIUM

2.1. The insurance premium is a payment for insurance, which the Insurant should pay to the Insurer or its authorized representative at conclusion of the Insurance Contract, but not later than the beginning of the period of insurance, if the Insurance Contract does not stipulate other conditions.

2.2. The insurance premium should be paid by the Insurant simultaneously by a single payment for the whole period of insurance.

2.3. The insurance premium can be paid by cash to the cash desk of the Insurer or to an authorized representative of the Insurer or by bank transfer in Armenian drams according to the official rate of currencies of the Central Bank of Armenia on the date of payment.

2.4. The day of payment of the insurance premium is the following:

2.4.1. Day of receipt of the money sums by an authorized representative of the Insurer or day of payment of money sums to the cash desk of the Insurer – in case of payment in cash;

2.4.2. day of bank transfer of the money sums to the account of the authorized representative of the Insurer or day of bank transfer of the money sums to the bank account of the Insurer – in case of non-cash payment.

2.5. In a case of occurrence of insured event before installment payment of insurance premium, the Insurer is entitled to determine appropriate sum insured after deduction of the costs of unpaid premium.

2.6 If Insured does not pay the insurance premium by the appropriate due date set in the insurance contract, then the Insurer shall have a right to cancel insurance contract in a unilateral way without a written notification to the Policyholder after 3 days of the following due date of payment of insurance premium.

3. TERRITORIAL SCOPE AND TERM OF THE INSURANCE CONTRACT

3.1 “Insurance contract” means a written agreement between the Insurer and the Insured (hereafter Parties), whereby the Insurer undertakes to pay insurance indemnity to the Insured in case of the occurrence of an insured event and the Insured is obliged to pay the insurance premium according to the appropriate due date set in the agreement.

3.2. The Insurance Contract is valid on territory of all countries stipulated in the insurance contract, except the country of the constant residence and/or the country of citizenship of the Insured.

3.3. The following states are excluded from the territorial scope of the Insurance Contract:

- The states, on territory of which military actions are conducted or is taking place an antiterroristic events;

- The states, on which economic and/or military sanctions of the United Nations are imposed;

– տարածքներ, որտեղ հայտնաբերված են համաճարակի օջախներ.

– պետությունների տարածքներ, որտեղ այցելությունը ակնհայտորեն կարող է վնաս հասցնել մարդկանց առողջությանը:

3.4 Պայմանագրի գործողության ժամկետը Կանոնների 2-րդ կետում սահմանված դեպքերի պահպանմամբ հաշվարկվում է Երևանյան ժամանակով և սկսվում է ոչ շուտ, քան Պայմանագրում (ապահովագրության վկայագրում), որպես ապահովագրության ժամկետի սկիզբ նշված ամսաթվի 00:00 ժամը, և ավարտվում է ոչ ուշ, քան Պայմանագրում (ապահովագրության վկայագրում) որպես ապահովագրության ժամկետի ավարտ նշված ամսաթվի 24:00 ժամը:

3.5 30 օր և ավել ժամկետով Պայմանագրի կնքման դեպքում Ապահովագրողը պատասխանատվություն է կրում միայն այնքան օրերի համար, որոնք նշված են Պայմանագրի «օրերի քանակ» սյունակում: Յուրաքանչյուր ապահովագրության տարածք մեկնելու դեպքում Պայմանագրի «օրերի քանակ» սյունակում նշված ապահովագրության ժամկետը ինքնաշխատ կերպով փոքրանում է ապահովագրության տարածքում անցկացրած ժամկետի օրերի քանակով: Ընդ որում Ապահովագրողի պատասխանատվությունը դադարում է «օրերի քանակ» սյունակում սահմանված ժամկետի ավարտմամբ:

3.6 Պայմանագրի գործողության նվազագույն ժամկետ է 3 օրը, առավելագույնը՝ 1 տարին, եթե Պայմանագրով այլ բան նախատեսված չէ:

4. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԿՆՔՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

4.1 Պայմանագրի կնքման համար հիմք է հանդիսանում Ապահովագրողի հայտարարությունը (գրավոր կամ բանավոր), որում վերջինս հայտնում է Պայմանագրի կնքման և ապահովագրական ռիսկի գնահատմանն առնչվող անհրաժեշտ տվյալներ:

4.2 Պայմանագրի կնքման փաստը հաստատվում է Պայմանագրի (ապահովագրության վկայագրի) տրամադրմամբ, որին որպես անբաժանելի մաս կցված են Կանոնները:

5. ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԵՐԸ

5.1 Ապահովադիրը (Ապահովագրված անձն) իրավունք ունի՝

5.1.1 ցանկացած ժամանակ հրաժարվել Պայմանագրից, եթե հրաժարման պահին ապահովագրական պատահար տեղի ունենալուց բացի այլ հանգամանքներով պայմանավորված ապահովագրական դեպքի տեղի ունենալու հավանականությունը չի վերացվել,

5.1.2 Պայմանագրի կորստի դեպքում ստանալ դրա կրկօրինակը,

5.1.3 Ապահովագրողից ստանալ Կանոնների և ապահովագրական հատուցման վճարման կարգի մասին պարզաբանումներ,

5.1.4 անձամբ կամ ներկայացուցչի միջոցով դիմել Ապահովագրողին (այս դեպքում ճիշտ ձևակերպված և հաստատված լիազորագրի կամ իրավունքը հաստատող այլ փաստաթղթի առկայությունը պարտադիր է) Կանոններով նախատեսված և Պայմանագրում նշված ապահովագրության տարածքում գտնվելու ժամանակ բժշկական ծառայության ծախսերի ձևով կատարված դրամական միջոցների հատուցման համար:

5.2 Ապահովագրողն իրավունք ունի՝

5.2.1 ստուգել Պայմանագրի կնքման կամ ապահովագրական պատահարին առնչվող Ապահովադիր (Ապահովագրված անձի) կողմից հայտնած տեղեկատվությունը,

5.2.2 ստուգել Ապահովադիր (Ապահովագրված անձի) կողմից Պայմանագրի պահանջների և պայմանների կատարումը,

5.2.3 Ապահովադիր (Ապահովագրված անձի) կողմից Պայմանագրի պայմանների չկատարման դեպքում լուծել Պայմանագիրը՝ վերջինիս տեղյակ պահելով Պայմանագրի լուծման պատճառների մասին, ընդ որում Ապահովադիր կողմից վճարված ապահովագրավճարը վերադարձման ենթակա չէ,

5.2.4 նախքան Ապահովագրված անձին (նրա օրինական ներկայացուցչին) ապահովագրական հատուցում վճարելու մասին որոշման ընդունումը Ապահովագրված անձից (կամ բժշկական հաստատությունից, բժշկից) ստանալ բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը և օգնություն ցույց տալու անհետաձգելիության ապացույցը,

5.2.5 մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը, եթե Պայմանագրի կնքման պահին Ապահովադիրը (Ապահովագրված

- The states, on territory of which the centres of epidemics are revealed.

- Territories of the states, visiting of which can be obviously harmful for the health of the people.

3.4. The period of validity of the Insurance Contract, under the condition of observance of article 2 of the present Conditions, is calculated due to the Yerevan time and begins not earlier than 00:00 hours of the day, indicated in the insurance policy as a start date of the period of insurance, and terminates not later than 24.00 hours of the day, indicated in the insurance policy as a termination date of the period of insurance.

3.5. If the Insurance Contract is concluded for the period exceeding 30 days, the Insurer bears responsibility only in the limits of the quantity of days, which is determined in the insurance policy in the column days”. During each travel to the territory of insurance, the period of insurance, indicated in the insurance policy in the column days”, is automatically reduced on the quantity of days, spent on the territory of insurance. At that the responsibility of the Insurer terminates after expire of the limit of time, indicated in the column “days”.

3.6. Minimum period of validity of the Insurance Contract is a 3 day, maximum - 1 year.

4. ORDER OF CONCLUSION OF THE INSURANCE CONTRACT

4.1. For conclusion of the Insurance Contract the Insured addresses to the Insurer an application (oral or in writing), in which he/she indicates the data, necessary for conclusion of the Insurance Contract and an estimation of insurance risk.

4.2. The fact of conclusion of the Insurance Contract is certified by the insurance policy with attached application of the present Conditions.

5. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

5.1. The Insurant (the Insured) has the right:

5.1.1. to decline the Insurance Contract at any time, if up to the moment of such decline the possibility of occurrence of an insurance event is not longer relevant due to the circumstances other than an insurance event;

5.1.2. to receive a duplicate of the insurance contract in case of its loss;

5.1.3. to receive explanations about the terms and Conditions of insurance and orders for receiving Insurance indemnity;

5.1.4. to contact the Insurer directly or through its representative (the presence of a correctly registered and certified Power of Attorney or another right-establishing document is obligatory) subject to compensation of the money sums, suffered as expenses on medical services, rendered during the stay on the territory of insurance, indicated in the present Conditions.

5.2. The Insurer has the right:

5.2.1. to check the information, submitted by the Insurant (Insured), related to conclusion of the Insurance Contract and the insurance case;

5.2.2. to check fulfilment of requirements and conditions of the Insurance Contract by the Insurant (Insured);

5.2.3. to cancel the Insurance Contract if the Insurant (Insured) didn't fulfil term(s) of the Insurance Contract with notification of the last about the reasons of cancellation of the Contract; the paid insurance premium is not a subject to return;

5.2.4. to receive from the Insured (medical establishment, doctor) all necessary documents and proofs of emergency medical assistance, before taking a decision about payment of insurance reimbursement to the Insured (or his/her authorized representative);

5.2.5. the cases of refusal in insurance indemnity, if the Insurant (the

անձը) նախօրոք հայտնել է աղավաղված տեղեկություններ Ապահովագրված անձի մասին, ներկայացրել է սխալ կամ աղավաղված ապացույցներ ապահովագրական դեպքի տեղի ունենալու մասին, Ապահովագրողի քննարկմանն է ներկայացրել Կանոնների 14.2 կետին և (կամ) Հայաստանի Հանրապետության և (կամ) ժամանակավոր գտնվելու երկրի օրենսդրության պահանջներին հակասող և չհամապատասխանող փաստաթղթեր,

5.2.6 մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը Կանոնների 5.3.4, 5.3.5, 5.4.2, 5.4.3, 5.4.4 և 12-րդ կետերում նախատեսված հիմքերով:

5.3 Ապահովադիրը պարտավոր է՝

5.3.1 վճարել ապահովագրավճարը Կանոնների 2.1-2.4 կետերում նշված ժամկետներում և կարգով,

5.3.2 Ապահովագրողին հայտնել ապահովագրական ռիսկի գնահատման համար նշանակություն ունեցող հավաստի տեղեկատվություն,

5.3.3 ապահովել Պայմանագրով նախատեսված փաստաթղթերի ապահովությունը,

5.3.4 ապահովագրական պատահարի մասին հայտնի դառնալուց անմիջապես հետո, ամհապաղ, հեռախոսով կամ տեղեկացման փաստը հավաստող այլ ճանապարհով հայտնել սերվիսային ընկերությանը (եթե դա Ապահովագրված անձը չի կատարել) կամ Ապահովագրողին Պայմանագրում (ապահովագրության վկայագրում) նշված հեռախոսահամարներով՝ սերվիսային ընկերության (Ապահովագրողի) հետ Ապահովագրված անձի բժշկական և (կամ) բժշկատրանսպորտային օգնությունը և դրա հետ կապված ծախսերը համաձայնեցնելու նպատակով: Սույն դրույթի չկատարումը հանգեցնում է Կանոնների 12.1.2 կետով նախատեսված հետևանքների առաջանալուն:

5.3.5 Ապահովագրական պատահարի մասին ոչ ուշ, քան ապահովագրված անձի արտասահմանյան ուղևորությունից վերադառնալուց հետո 10 օրյա ժամկետում այդ մասին գրավոր տեղեկացնել Ապահովագրողին, եթե դա Ապահովագրված անձը չի կատարել:

5.4 Ապահովագրված անձը պարտավոր է՝

5.4.1 ապահովել ապահովագրական փաստաթղթերի և ապահովագրական դեպքի հետ կապված փաստաթղթերի ապահովությունը,

5.4.2 ապահովագրական դեպքի տեղի ունենալու ժամանակ անձամբ (կամ ներկայացուցչի միջոցով) անհապաղ Պայմանագրում նշված հեռախոսահամարներով (ֆաքսով) կամ ցանկացած մատչելի եղանակով, որը թույլ կտա հաղորդման փաստը օբյեկտիվորեն արձանագրել, տեղեկացնել կատարվածի մասին սերվիսային (սպասարկող) ընկերությանը կամ Ապահովագրողին՝ սերվիսային ընկերության (Ապահովագրողի) հետ Ապահովագրված անձի բժշկական և (կամ) բժշկա-տրանսպորտային օգնությունը և դրա հետ կապված ծախսերը համաձայնեցնելու նպատակով: Սույն դրույթի չկատարումը հանգեցնում է Կանոնների 12.1.2 կետով նախատեսված հետևանքների առաջանալուն,

5.4.3 Ապահովագրական պատահարի մասին ոչ ուշ, քան արտասահմանյան ուղևորությունից վերադառնալուց հետո 10 օրյա ժամկետում այդ մասին գրավոր տեղեկացնել Ապահովագրողին, եթե դա Ապահովադիրը չի կատարել:

5.4.4 բժշկական և (կամ) բժշկա-տրանսպորտային օգնության ցուցաբերման և կազմակերպման ընթացքում կատարել սերվիսային (սպասարկող) ընկերության (Ապահովագրողի) խորհուրդները և ցուցումները,

5.4.5 հետևել բժշկական օգնության ցուցաբերման ընթացքում տրված բժշկի նշանակումներին և բժշկական հաստատության կողմից սահմանված կանոնակարգին,

5.4.6 եթե Պայմանագրի գործողության ժամկետը գերազանցում է ապահովագրված օրերի քանակը, ապա Ապահովագրված անձը պարտավոր է փաստաթղթերով (համապատասխան սահմանապահ վերահսկողության ծառայության կողմից Հայաստանի Հանրապետության Պետական սահմանը անցնելու վերաբերյալ համապատասխան նշումներով արտասահմանյան անձնագրի ներկայացման միջոցով) ապացուցել Ապահովագրողին, որ բժշկական և (կամ) բժշկա-տրանսպորտային օգնություն ստանալու համար դիմելու պահին ապահովագրության ժամկետը լրացած չի եղել:

5.5 Ապահովագրողը պարտավոր է՝

5.5.1 ծանոթացնել Ապահովադիրին ապահովագրության Կանոնների դրույթներին,

5.5.2 ապահովագրավճարի մուծման դեպքում, Ապահովադիրին (Ապահովագրված անձին) տրամադրել Պայմանագիր

Insured person) informed the deformed information about the Insured persons on a moment of conclusion of the Insurance Contract; has presented the false proofs of occurrence of an insurance case, submitted for consideration the documents, not conforming to the requirements of item 14.2. of the present Conditions and/or current legislation of the Republic of Armenia and/or a country of temporary stay of the Insured person;

5.2.6. to refuse in payment of insurance coverage under the basis, indicated in articles 5.3.4, 5.3.5, 5.4.2, 5.4.3, 5.4.4 and the 12 point of the present Conditions.

5.3. The Insurant is obliged:

5.3.1. to pay the insurance premium in the term and order, stipulated in paragraphs 2.1.- 2.4 of the present Conditions;

5.3.2. to provide the Insurer with authentic information, important for determination of the insurance risk;

5.3.3. to ensure safety of documents under the Insurance Contract;

5.3.4. after the Insurant has got information about occurrence of an insurance case, it must immediately notify about the occurred event the assistance company or the Insurer under the phone numbers, indicated in the insurance policy (certificate) or by any other means, allowing to fix objectively the fact of a message, for co-ordination with the assistance company (the Insurer) of an application of the Insured person for medical and/or medical-transport assistance and the related expenses. The breach of the demand of this point will occur the results mentioned in the p. 12.1.2 of the present rules.

5.3.5 to inform the Insurer about the occurrence of the insured event in writing within 10 days after returning from abroad in case of the absence of Insured's written notification to the Insurer.

5.4. The Insured is obliged:

5.4.1. to ensure safety of the insurance documents and the documents, connected with the insurance case;

5.4.2. upon occurrence of an insurance case immediately notify about the occurred event one of the alarm centres of the service company through the telephone number (fax number), indicated in the insurance policy, or to notify the Insurer, by any available means, allowing to fix the fact of messages objectively, for co-ordination with the assistance company (the Insurer) of his/her application for medical and/or medical-transport assistance and the related expenses. The breach of the demand of this point will occur the results mentioned in the p. 12.1.2 of the present rules.

5.4.3 to inform the Insurer about the occurrence of the insured event in writing within 10 days after returning from abroad in case of the absence of Insurant's written notification to the Insurer.

5.4.4. to observe recommendations and instructions of the assistance company (the Insurer) in the course of rendering of medical and/or medical-transport assistance;

5.4.5. to observe instructions of a treating doctor, during rendering of medical help, to observe orders, established by the medical institution;

5.4.6. If the Insurance Contract provides the multiple trips possibility (if the period of action of the Insurance Contract exceeds the quantity of the insured days), then the Insured is obliged to confirm documentally to the Insurer, that the period of insurance on the moment of application for medical assistance did not expire, by submitting his/her foreign passport with appropriate marks of the service of frontier control about crossing of the State border of the Republic of Armenia.

5.5. The Insurer is obliged:

5.5.1. to acquaint the Insurant with the primary Conditions of insurance;

5.5.2. after the payment of the insurance premium the insurance policy

(ապահովագրության վկայագիր)՝ կից Կանոններով, որոնց հիման վրա կնքված է Պայմանագիրը:

5.5.3 ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու դեպքում ապահովագրական դեպքին և վնասի հաշվարկին վերաբերող բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը ստանալուց հետո 35 օրվա ընթացքում վճարել ապահովագրական հատուցում կամ հնգօրյա ժամկետում մերժել այն,

5.5.4 Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) հետ հարաբերություններում ապահովել գաղտնիությունը:

6. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ՎԱՂԱԺԱՄԿԵՏ ԼՈՒՑՈՒՄԸ

6.1 Պայմանագիրը վաղաժամկետ լուծվում է մինչև ապահովագրության ժամկետի ավարտը Ապահովագրողի կողմից ապահովագրական հատուցումը Պայմանագրով սահմանված ապահովագրական գումարի ամբողջ չափով վճարելու պարտավորության կատարման դեպքում:

6.2 Պայմանագրի գործողությունը դադարում է՝

6.2.1 Կողմերի համաձայնությամբ,

6.2.2. ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված այլ դեպքերում:

6.3 Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կողմից ապահովագրության ժամկետի գործողության մեջ մտնելուց հետո Պայմանագրից գրավոր հրաժարվելու դեպքում Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարները վերադարձման ենթակա չեն:

6.4 Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կողմից մինչև ապահովագրության ժամկետի գործողության մեջ մտնելը Պայմանագրից գրավոր հրաժարվելու դեպքում Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարները ենթակա են վերադարձման վճարված ապահովագրավճարի 85 %-ի չափով:

6.5 Ապահովադրի ցանկությամբ Պայմանագրի դադարեցման դեպքում Ապահովադրի (Ապահովագրված անձը) պարտավոր է Ապահովագրողին վերադարձնել Պայմանագրի (ապահովագրության վկայագրի) բնօրինակը և երկրորդ օրինակը, հակառակ դեպքում Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարները վերադարձման ենթակա չեն:

7. ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

7.1 Պայմանագրից բխող վեճերը կարգավորվում են կողմերի փոխադարձ համաձայնությամբ (անհրաժեշտության դեպքում ներգրավելով փորձագետի): Այդպիսի համաձայնության ձեռք չբերման դեպքում վեճերը լուծվում են դատական կարգով՝ օրենքին և այլ իրավական ակտերին համապատասխան:

ԲԱՄԻՆ II. ԱՐՏԱՄԱՀԱՄԱՆՅԱՆ ՈՒՂԵՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԶԱՂԱՔԱՅԻՆՆԵՐԻ ԲԺՇԿՎԱԿԱՆ ԵՎ / ԿԱՄ ԲԺՇԿԱՏՐԱՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ԾԱՆՍԵՐԻՍԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

8. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏ

Կանոններով ապահովագրության օբյեկտ են հանդիսանում Ապահովագրված անձի գույքային շահերը (լրացուցիչ ծախսերը)՝ կապված Կանոններով նախատեսված և Պայմանագրում նշված ապահովագրության տարածքում գտնվելու ընթացքում ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու հետևանքով անհետաձգելի բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային օգնության ստացման հետ:

9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՌԻՍԿ

9.1 Ապահովագրական պատահարներ են համարվում Կանոններով (Պայմանագրով) նախատեսված պատահարները, որոնց հետևանքով առաջ է եկել Ապահովագրողի ապահովագրական հատուցում վճարելու պարտավորությունը:

9.2 Կանոններով ապահովագրական պատահարներ են համարվում Ապահովագրված անձի հետ փաստացի տեղի ունեցած, անկանխատեսելի, հանկարծակի և չկանխամտածված պատահարը, որի արդյունքում վնաս է հասցվել Ապահովագրված անձի առողջությանը կամ նա մահացել է և որի հետևանքով առաջացել են բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային օգնության ստացման հետ կապված ծախսեր:

9.3 Ապահովագրական պատահարներ են համարվում անհետաձգելի (հրատապ) բուժօգնության և (կամ) բժշկա-տրանսպորտային օգնության ցուցաբերման հետ կապված ծախսերը, որոնք առաջացել են հետևյալի արդյունքում՝

9.3.1 սուր, հանկարծակի հիվանդությունների,

9.3.2 դժբախտ դեպքի հետևանքով առաջացած տրավմատիկ վնասվածքների,

9.3.3 սուր ատամնացավի, որն առաջացել է ատամի և (կամ)

issued with application of the present Conditions, on the basis of which the Contract was concluded;

5.5.3. upon occurrence of an insurance case to make payment of insurance coverage within 35 days after receipt of all necessary documents, relating to insurance case and account of the loss or to refuse in its payment in five day period;

5.5.4. to ensure in confidentiality in relations with the Insurant (Insured).

6. TERMINATION OF THE INSURANCE CONTRACT

6.1. The Insurance Contract terminates before the appointed time, prior to expiry of the period of insurance, in case of fulfilment by the Insurer of its obligations on payment of insurance reimbursement in the full volume of the sum insured.

6.2. The Insurance Contract stops its action:

6.2.1 under agreement of the Parties;

6.2.2 in other cases, stipulated by the current legislation of the Republic of Armenia.

6.3. In case of a refusal of the Insurant (the Insured) from the Insurance Contract after beginning of the period of insurance, the insurance premium, paid to the Insurer, is not subject to return.

6.4. In case of denial of the Insurant (Insured) from the Insurance Contract prior to the beginning of the period of insurance, the insurance premium is subject to return to the Insurant (Insured) in the amount of 85% of the sum of the paid insurance premium.

6.5. In all cases of termination of the Insurance Contract, the Insurant (Insured) is obliged to return to the Insurer the original insurance policy and the second copy or otherwise the insurance premium, paid to the Insurer is not subject to return.

7. SETTLEMENT OF DISPUTES

7.1 Disputes arising out of the Insurance Contract shall be resolved through negotiations (if it necessary an expert is including). If Parties fail to reach agreement as a result of negotiations such disputes shall be resolved in accordance with the procedure provided for by legislative rules.

II. INSURANCE OF MEDICAL AND/OR MEDICAL-TRANSPORT EXPENSES OF THE CITIZENS DURING THEIR TRAVEL ABROAD

8. OBJECT OF INSURANCE.

Under the present Conditions, object of insurance is property interests of the Insured (additional expenses), connected with a necessity to receive urgent medical and medical-transport help owing to an insurance case during the stay on the territory of insurance.

9. AN INSURANCE CASE, RISK INSURED

9.1. An insurance case is any occurred event, stipulated in the Insurance Rules (Contract), upon occurrence of which there is the duty of the Insurer to make payment of the insurance coverage.

9.2. Under current conditions an insurance case is an actually occurred, sudden, unforeseen and unpremeditated event, which resulted in real threat to health's disorder of the Insured person or his/her death and expenses on rendering of medical and/or medical-transport assistance.

9.3. The insurance cases are expenses on rendering of emergency/urgent medical and/or medical-transport assistance, occurred due to:

9.3.1. acute sudden diseases;

9.3.2. traumas as a result of accidents;

դրան շրջապատող հյուսվածքների սուր բորբոքումից կամ դժբախտ դեպքի հետևանքով ստացված ծնոտային վնասվածքից:

9.4 Կանոնների 9.3 կետում դիտարկված դեպքերը համարվում են ապահովագրական պատահարներ և հատուցման ենթակա են, եթե դրանք տեղի են ունեցել Ապահովագրված անձի հետ, Պայմանագրում և Կանոններում նշված ապահովագրության տարածքում գտնվելու ժամանակ և ապահովագրության Պայմանագրի գործողության ընթացքում:

9.4.1 Կանոնների շրջանակներում **դժբախտ պատահար** է համարվում հանկարծակի, չակնկալվող, չկանխամտածված արտաքին պատահարները, որոնք առաջացրել են տրավմատիկ վնասվածք կամ մահ:

9.4.2 Կանոններով **տրավմատիկ վնասվածք** է համարվում դժբախտ դեպքի հետևանքով առաջացած մարդու մարմնի (մարմնի որևէ մասի) ամատոմիական ասնորոշության և մարդու հյուսվածքների կառուցվածքի փոփոխությունը, որն ուղեկցվում է դրանց ֆունկցիաների խախտմամբ:

9.4.3 Կանոններով **սուր հիվանդություն** է համարվում առողջության հանկարծակի խանգարումը (օրգանիզմի կենսագործունեության խախտումը), որն առաջացել է հիվանդագին և (կամ) ներքին և (կամ) արտաքին միջավայրի արտակարգ գրգռիչների (տվյալ օրգանիզմի համար) հետևանքով, որոնք արտահայտվում են օրգանիզմի կառուցվածքի և ֆունկցիաների փոփոխությամբ և պահանջում՝ անհետաձգելի (արտակարգ) բժշկական օգնության տրամադրում:

9.5 Ապահովագրական պատահարներ չեն համարվում Ապահովագրված անձի առողջական վիճակի վատացումը կամ մահը և դրանց հետ կապված ծախսերը, ինչը գտնվում է պատճառահետևանքային կապի մեջ՝

9.5.1 Ապահովագրված անձի մոտ մինչև ապահովագրության ժամկետի սկիզբը առկա հիվանդության հետ՝ անկախ այն բանից բուժում անցկացվե՞լ է այդ հիվանդության հետ կապված, թե ոչ և այդ բուժման հետևանքով կատարված ծախսերի հետ, ինչպես նաև եթե առողջական վիճակի հետ կապված տվյալ ուղևորությունը հակացուցված է եղել Ապահովագրված անձին և (կամ) կարող էր խորացնել հիվանդության ընթացքը (պատճառ հանդիսանալ դրա սրացման համար),

9.5.2 Ապահովագրված անձի կյանքի համար վտանգ չենթադրող խրոնիկ հիվանդությունների կամ նրանց սրացումների հետ, ինչպես նաև նախկինում տեղի ունեցած պաթալոգիաների հետևանքով առաջացած վիճակների և/կամ բարդությունների հետ, անկախ այն բանից բուժում անցկացվե՞լ է այդ հիվանդության հետ կապված, թե ոչ,

9.5.3 վեներական կամ սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների հետ,

9.5.4 հոգեկան հիվանդությունների, էպիլեպսիայի (առաջնային և սիմպտոմիկ) և դրանց սրացումների (անկախ այն բանից, Ապահովագրված անձը գիտեր դրանց մասին մինչև ճանապարհորդությունը, թե ոչ), պահվածքի խանգարումների, այդ թվում ալկոհոլիզմի, թմրամոլության, ինչպես նաև դրանց հետ կապված տրավմատիկ վնասվածքների հետ,

9.5.5 ուռուցքային հիվանդությունների հետ (բարորակ և չարորակ գոյացությունների հետ),

9.5.6 ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների հետևանքով առաջացած արևահարումների և մաշկային ծածկույթի սուր այլ փոփոխությունների հետ, ինչպես նաև սնկային և դերմատոլոգիական հիվանդությունների (բացառությամբ ինֆեկցիոն հիվանդությունների), այդ թվում ալերգիկ (բացառությամբ Կովիկեի այտուցի) և սննդային դերմատիտների,

9.5.7 Պայմանագրում և Կանոններում նշված ապահովագրության տարածքում կանխամտածված նպատակային բուժում ստանալու հետ,

9.5.8 Ապահովագրված անձի կողմից իրականացված դիտավորյալ հանցագործության հետ, ինքնասպանության կամ մահափորձի, ապահովագրված անձի կողմից իրեն հասցված կանխամտածված մարմնական վնասվածքների, ալկոհոլային խմիչքների կամ թմրադեղերի և տոքսիկ նյութերի կամ այլ նյութերի չթույլատրված օգտագործման հետ, և (կամ) դրանց օգտագործման (ալկոհոլային խմիչքների, թմրադեղերի, տոքսիկ նյութերի օգտագործման հետքերի առկայությունը կարող է արտացոլվել բժշկական եզրակացություններում և տվյալ պատահարին վերաբերող այլ փաստաթղթերում) հետևանքների (վատթարացման) հետ, ալկոհոլային, թմրադեղային կամ տոքսիկ նյութերով հարբեցության դեպքում տրանսպորտային միջոցի վարելու կամ տրանսպորտային միջոցը ալկոհոլային, թմրադեղային կամ տոքսիկ նյութերով

9.3.3. acute tooth pain as a result of an acute inflammation of a tooth and/or surrounding tissues, or a maxilla trauma as a result of an accident.

9.4. The expenses, suffered due to the events, stipulated in paragraph 9.3. of the present Conditions, are admitted as insurance cases and are subject to reimbursement, if they happened during the stay of the Insured person during the validity dates of the Insurance Contract on the territory of insurance.

9.4.1. Under an accident in the frameworks of the present Conditions we mean a sudden, unforeseen, unpremeditated external event resulted in a trauma or a death of the Insured person;

9.4.2. Under a trauma in the frameworks of the present Conditions we mean an infringement of a structure of anatomical integrity of organs and tissues of men as result of an accident, accompanied by infringement of their functions.

9.4.3. Under an acute disease in the frameworks of the present Conditions we mean a sudden disorder of the health (infringement of vital activity of an organism), occurred under the influence of pathogenic and/or extraordinary (for the given organism) irritants of an internal and/or external environment, which is expressed by a change of structure and functions of organism and requires emergency/urgent medical assistance.

9.5. The insurance does not extend to deterioration of the health condition or a death of the Insured person, being in direct causal-investigatory connection with:

9.5.1. diseases, which the Insured had prior to the beginning of the period of insurance, not depending on the fact, if a course of treatment had been taken under such diseases, and the suffered expenses, relating to such treatment, or if the trip was contra-indicated to the Insured because of his/her health condition or could aggravate the course of the disease (be a reason of its acute condition) ;

9.5.2. chronic diseases and their acute conditions, not resulting in threat to life of the Insured person; also the complex conditions which took place because of past pathologies regardless of whether treatment was conducted in connection with the disease or not.

9.5.3. venereal and sexually transmitted diseases;

9.5.4. mental diseases, epilepsy (original or symptomatic) (regardless of whether the Insured knew about them before the trip or not) disordered behaviour, including alcoholism drug addiction and their acute conditions, and also traumatic injuries, connected with them;

9.5.5. oncological diseases (benign and malignant cancer);

9.5.6. sun burns and other acute changes of skin, caused by influence of ultra-violet rays as well as fungal and dermatological diseases (except for infectious diseases), including allergic (except Kvinkei's swelling) and food dermatitis

9.5.7. original intention of the Insured to receive medical treatment on the territory of insurance, indicated in the present Conditions;

9.5.8. fulfilment by the Insured person of a deliberate crime; with a suicide or as an attempt of suicide; with deliberate self-inflction of physical injuries (traumas); with usage of alcoholic drinks, non-sanctioned usage of narcotic and toxic substances or other substances and/or consequences (complications) of their usage (presence of signs of usage of alcoholic drinks, narcotic, toxic substances can be indicated in medical conclusions/reports, fixed evidence of witnesses and other documents, relating to the occurred event); with management of a motor vehicle in the condition of alcoholic, narcotic or toxic intoxication or transfer of the right of management to the person in the condition of alcoholic, narcotic or toxic intoxication, or a persons, not having competence to manage such motor vehicle, and also self-inflction to unjustified peril (excluding cases of

հարբեցության մեջ գտնվող անձին վատահեղը, կամ առանց համապատասխան վարորդական թույլտվության անձին տրանսպորտային միջոցը վատահեղը, ինչպես նաև իրեն ենթարկելը չարդասցված ռիսկի, բացառությամբ անհրաժեշտ ինքնապաշտպանության դեպքերի կամ եթե այն կապված է այլ անձի կյանքը փրկելու հետ,

9.5.9 Ապահովագրված անձի առողջական վիճակին հասցված վնասի (առողջական վիճակի վատացման) կամ մահվան հետ՝ որը կապված է ձիարշավի, ավտոմեքենաների մրցավազքի, սպորտային մրցույթների, դահուկային սպորտով զբաղվելու, ավիասպորտի, պարաշյուտով թռիչքի, լեռնամագլցման և այլ վտանգավոր սպորտաձևերի հետ:

9.5.10 Ապահովագրված անձի առողջական վիճակին հասցված վնասի (առողջական վիճակի վատացման) կամ մահվան հետ՝ կապված (հայտարարված կամ չհայտարարված) պատերազմական գործողությունների ցանկացած հետևանքների, ռազմական գործողությունների, մանրային կամ ռազմական այլ միջոցառումների, քաղաքացիական պատերազմի, տարատեսակ ժողովրդական հուզումների և գործադուլների, ատոմային պայթյունի ուղղակի կամ անուղղակի ազդեցության, ռադիացիայի կամ ռադիոակտիվ վարակման:

10. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԾԱԽՍԵՐ

Ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու և Կանոնների 5.4.2. (5.3.4) կետերի համաձայն Ապահովագրված անձի (Ապահովադրի) կողմից դրա մասին տեղեկացնելու վերաբերյալ պահանջները կատարելու դեպքում Ապահովագրողը պարտավորվում է կազմակերպել բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային օգնության տրամադրում և իրականացնել Ապահովագրված անձի այն ծախսերի համար ապահովագրական հատուցման վճարման ապահովումը, որոնք ապահովագրված անձը կատարել է կամ պետք է կատարի:

10.1 Բժշկական օգնության հետ կապված ծախսեր են՝

10.1.1 Ծախսեր, որոնք անհրաժեշտ են եղել փրկելու, էվակուացիայի համար, ստացիոնար պայմաններում հոսպիտալացման համար հիվանդանոց տեղափոխելու հիվանդանոցային ծախսերի, վիրաբուժության, ախտորոշման, դեղաբուժության համար, ծախսեր, որոնք կապված են ամբուլատոր պայմաններում բժշկական օգնության ցուցաբերման, ախտորոշման, դեղաբուժության համար:

10.1.2 Ապահովագրված անձի կողմից սույն Կանոններում և Պայմանագրում նշված ապահովագրության տարածք բազմակի մեկնման դեպքում ապահովագրական հատուցումը տրվում է յուրաքանչյուր մեկնման սահմաններում Ապահովագրված անձի այդ տարածքում անընդմեջ գտնվելու 90 օրից ոչ ավել ժամկետի համար: Ընդ որում մեկնում է համարվում Հայաստանի Հանրապետության Պետական սահմանը մեկ անգամ անցնելը՝ ապահովագրության տարածք մուտք գործելու և (կամ) Հայաստանի Հանրապետության Պետական սահմանը մեկ անգամ անցնելը՝ Հայաստանի Հանրապետության տարածք մուտք գործելը:

Բազմակի ուղևորությունների պայմանը գործում է այն Պայմանագրի համար որտեղ Պայմանագրի գործողության ժամկետը համընկնում է ապահովագրված օրերի քանակի հետ, որը կնքվել է հատուկ սակագներով, Պայմանագրում արտացոլվում է հատուկ նշագրում:

10.1.3 դժբախտ դեպքի առաջացմամբ պայմանավորված ատամի կամ դրան շրջապատող հյուսվածքների սուր բորբոքման, ռենտգենային հետազոտության, ատամների հեռացման և պլոմբման հետ կապված ծախսերը՝ Կանոնների 11.3 կետում նշված պատասխանատվության սահմաններում:

10.1.4 Ներհիվանդանոցային հսկողության ծախսերը:

Ապահովագրողը կազմակերպում է հոսպիտալացված հիվանդների նկատմամբ խնամքը և տեղեկացնում է Ապահովագրված անձի ընտանիքին նրա վիճակի մասին:

10.1.5 Արտակարգ իրավիճակներում բժշկական պատրաստուկների տրամադրման համար ծախսերը.

Եթե դա հնարավոր է և չի արգելվում տվյալ երկրի (վայրի) օրենքով, ապա Ապահովագրողը, տեղի բուժող բժշկի խնդրանքով ապահովում է Ապահովագրված անձին անհրաժեշտ դեղորայքային միջոցներով, որոնք հնարավոր չէ ձեռք բերել տեղում՝ Ապահովադրի կողմից տրանսպորտային ծախսերի հատուցման պայմանով:

necessary defence or attempts to save life to another person);

9.5.9. The infliction of health of Insured (worsening of health) or death caused by while taking part in riding, racing, competitions, skiing, flight sports, parachute jumping, alpinism and the dangerous types of sports.

9.5.10 The infliction of health of Insured (worsening of health) or death caused by (declared or undeclared) any sequent of war activity, military activity, other maneuver or military actions, civil war, any disorders and strikes, the direct or indirect impact of nuclear explosion, radiation or radioactive infection, concerned with usage of any type of nuclear energy, any type of military service of Insured for any country, actions and decisions of state organs of authority, hindering fulfilment by the Insurer of its obligations.

10. EXPENSES, COVERED BY THE INSURER

Upon occurrence of the event, admitted as an insurance case, and fulfilment by the Insured person (the Insurant) of the requirement about notification of the Insurer about its occurrence in accordance with p. 5.4.2.(5.3.4.) of the present Conditions the Insurer is obliged to organise rendering of medical and medical-transport assistance and to pay the insurance coverage for the following expenses of the Insured person (the Insurant), which he/she made or must make in the future:

10.1. Expenses on rendering of medical assistance

10.1.1. Expenses, necessary for rescue, evacuation, transfer to a hospital for hospitalization, expenses on hospitalization, surgical, diagnostic, medicament treatment in a hospital; expenses on rendering of medical assistance, diagnostic, medicament treatment in out-patient conditions.

10.1.2. In case when the Insured person makes several trips to the territory of insurance, indicated in present Conditions, payment of insurance reimbursement is made for not more than 90 days of continuous stay of the Insured person on the above-mentioned territory in the frameworks of each trip. At that, one trip is a single crossing of the State border of the Republic of Armenia during a travel to the territory of insurance, and a single crossing of the State border of the Republic of Armenia or during a return to territory of the Republic of Armenia.

The condition of multiple trips is valid for the contracts of insurance, in which the period of validity of the Insurance Contract coincides with the quantity of the insured days, concluded under special tariffs, and is indicated in the insurance policy by indication of a special inscription.

10.1.3. Expenses on dental examination, x-rays, extraction or filling of teeth as a result of an acute inflammation of a tooth or surrounding tissues or traumas, as a result of an accident, in the frameworks of the limits of responsibility of the Insurer, established in item 11.3. of the present Conditions.

10.1.4. Expenses on in-hospital monitoring

The Insurer will monitor the insured persons' condition if they are hospitalised and keep the insured person's family informed;

10.1.5. Emergency Medication

Upon request from a local attending medical practitioner, the Insurer will arrange when possible and legally permissible, to supply medication to the insured person if it is not available locally reimbursement of transportation services by the Insured;

10.1.6 Բժիշկ-մասնագետի հրավիրման հետ կապված ծախսերը.

Բժշկական անհրաժեշտության դեպքում, երբ տեղում ցույց տրված բուժումը արդյունք չի տալիս, իսկ հիվանդին հնարավոր չէ տեղափոխել, ապա Ապահովագրողը կազմակերպում է Ապահովագրված անձի մոտ բժիշկ-մասնագետի մեկնումը:

10.2 Բժշկա-տրանսպորտային օգնության տրամադրման հետ կապված ծախսեր են՝

10.2.1 Ապահովագրական դեպքի առաջացման ժամանակ տեղափոխման ծախսեր և այլ բուժ - հաստատություն (ստացիոնար) փոխադրման հետ կապված ծախսերը:

Այն դեպքում, երբ Ապահովագրված անձի առողջական վիճակի սրացման դեպքում Ապահովագրողի կողմից նշանակված բժիշկը տեղի բուժող բժշկի հետ խորհրդակցելուց հետո որոշում է, որ իր մասնագիտական կարծիքով հիվանդին պետք է անհապաղ տեղափոխել այլ հիվանդանոց՝ բուժելու նպատակով, Ապահովագրողը կազմակերպում է տեղափոխումը այլ բուժ-հաստատություն (ստացիոնար), որտեղ հնարավոր է պատշաճ բժշկական հսկողության ներքո տրամադրել համապատասխան բուժում:

Այն դեպքում, երբ Ապահովագրված անձի առողջական վիճակը խոչընդոտում է ուղևորությունը շարունակելուն և այն ժամանակ, երբ Ապահովագրողի կողմից նշանակված բժիշկը տեղի բժշկի հետ խորհրդակցելով որոշում է, որ համաձայն իր մասնագիտական կարծիքի հիվանդի վիճակը թույլատրում է իրականացնել տուժածի տեղափոխությունը մշտական բնակության վայր, Ապահովագրողը պատշաճ բժշկական հսկողությամբ հնարավորինս կարճ ժամկետներում կազմակերպում է այդ տեղափոխությունը:

10.2.2 երրորդ անձանց համար տրամադրված տրասպորտային ծառայության հատուցման վճարման հետ կապված ծախսերը:

Բժշկական անհրաժեշտության դեպքում, եթե միայնակ ճանապարհորդող Ապահովագրված անձը սույն Կանոններում և Պայմանագրում նշված ապահովագրության տարածքում հոսպիտալացվում է յոթ օրից ավելի ժամանակահատվածով, Ապահովագրողը տրամադրում է էկոնոմ կարգի երկկողմ ուղևորատուն Ապահովագրված անձի կողմից մատնանշված անձին՝ հիվանդին այցելելու համար: Այդ անձի ապրելակերպի համար ծախսերը Ապահովագրված անձի հոսպիտալացման երկրում Ապահովագրողի կողմից չեն ծածկվում:

10.2.3 Ապահովագրված անձի խնամքի տակ գտնվող անձանց վերադարձի ծախսերը:

Եթե Ապահովագրված անձի հիվանդության կամ դժբախտ պատահարի հետևանքով վերջինիս խնամքի տակ գտնվող երեխաները գտնվում են Կանոններում և Պայմանագրում նշված ապահովագրության տարածքում առանց խնամքի, ապա Ապահովագրողը հատուցում է մշտական բնակության վայր իրենց վերադարձի ծախսերը էկոնոմ դասով: Համապատասխան պատրաստություն իրականացնելու համար այս դեպքում անհրաժեշտ է կապի մեջ մտնել սերվիսային ընկերության որևէ դիսպետչերային կենտրոնի հետ: Եթե անհրաժեշտ են որակավորված ուղեկցողներ, իսկ ավիաընկերությունը չի տրամադրում դրանք, ապա ուղեկցողներին տրամադրում է Ապահովագրողը:

10.2.4 Ապահովագրված անձի աճյունի տեղափոխման հետ կապված ծախսերը:

Ապահովագրողը հնարավորինս սեղմ ժամկետներում կազմակերպում է հանգուցյալի աճյունի տեղափոխումը մշտական բնակության վայր:

10.3 Իրավաբանական խորհրդատվության տրամադրման հետ կապված ծախսերը՝

10.3.1 Եթե դրա անհրաժեշտությունն առկա է, ապա մշտական բնակության վայր հանդիսացող երկրի տարածքից դուրս գտնվելու ժամանակահատվածում սերվիսային ծառայության դիսպետչերական կենտրոնները իրավաբանի խորհրդի կամ խորհրդատվության անհրաժեշտության, ինչպես նաև քրեական կամ քաղաքացիական գործերի ներկայացման կամ հետաքննության հետ կապված կարող են Ապահովագրված անձին օգնություն ցուցաբերել:

10.3.2 Տրամադրված իրավաբանական ծառայության հետ կապված բոլոր ծախսերը կրում է Ապահովագրված անձը:

11. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐ, ՉՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ ՊԱՏԱՆԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԼԻՄԻՏՆԵՐ (ՍԱՀՄԱՆԱԶՈՒԹԵՐ)

11.1 Կանոնների համաձայն բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային ծախսերի համար ապահովագրական գումարը սահմանվում է

10.1.6. Emergency Dispatch of a Medical Specialist

In the event of a medical emergency when local treatment proves to be inadequate and the patient cannot be moved, the Insurer will send a medical specialist to the insured person.

10.2. Expenses related to rendering of medical-transport assistance

10.2.1. Expenses on medical transportation and medical repatriation.

In the event of a medical emergency, when a medical practitioner, designated by the Insurer in consultation with a local attending medical practitioner determines that, in his professional opinion, it is necessary for the patient to be transported to a different hospital for treatment, the Insurer will organise transportation to the nearest hospital offering adequate treatment, under proper medical supervision;

In case, when health condition of the Insured person hinders from continuation of his/her trip and as soon as a medical practitioner, designated by the Insurer, in consultation with a local attending medical practitioner determines that, in his/her professional opinion, the health condition of the patient allows to effect medical transportation to his/her place of permanent residence, the Insurer organizes transportation under proper medical supervision as soon as reasonably practicable.

10.2.2. Transportation costs for the Third Persons

In the event of a medical emergency when the insured person travels alone and is hospitalised on the territory of insurance, indicated in the present Conditions, for more than seven days, the Insurer will provide one person, designated by the insured person, with a round trip economy class airline ticket to visit them. However, the Insurer does not cover the costs of accommodation of the designated person;

10.2.3. Return of Dependants of the Insured

If the insured person's dependent children are left unattended on the territory of insurance, indicated in the present Conditions as a result of the insured person's illness or an accident, the Insurer will pay the cost of a one-way economy transportation for such dependent children to their usual country of residence. One of the alarm centres of the service company can be contacted to make the arrangements. In the event that qualified attendants are required and the airline is unwilling to provide them, then these will be provided by the Insurer;

10.2.4. Expenses related to repatriation of a body (mortal remains) of the Insured

The Insurer will arrange as soon as reasonably practical for the return of the body (mortal remains) of the Insured whose death was caused in accordance of events stipulated in present conditions.

10.3. Expenses concerned with organization of a legal consulting

10.3.1. If it's necessary, during the stay outside the CIS countries, the country of constant residence and/or the country of citizenship of the Insured the Alarm centres of the service company can arrange assistance to the Insured, if it is necessary to get advice or consultation of a lawyer, and also in representation or investigation of criminal and civil cases.

10.3.2. All expenses on the rendered legal services are to be paid by the Insured.

11. SUM INSURED, DEDUCTIBLE (FRANCHISE), INSURER'S LIABILITY LIMITS

կողմերի համաձայնությամբ և նշվում է Պայմանագրում:

11.2 Ապահովագրողն իրավունք ունի Պայմանագրում սահմանել յուրաքանչյուր ապահովագրական դեպքի հետևանքով պատճառված իրական վնասի չհատուցվող չափ՝ ոչ պայմանական չհատուցվող գումար (Ֆրանշիզա): Ոչ պայմանական չհատուցվող գումարի կիրառման դեպքում՝ Ապահովագրողը վճարում է ապահովագրական հատուցում՝ մասհանելով չհատուցվող գումարը:

11.3 Պայմանագրով Ապահովագրողի պատասխանատվության սահմանը ատամնաբուժական օգնություն ցուցաբերելու բժշկական ծախսերի գծով կարող է կազմել յուրաքանչյուր ատամի (բայց մեկ ապահովագրական պատահարի շրջանակներում երկու ատամից ոչ ավելի) համար մինչև 100 ԱՄՆ դոլար:

11.4 Պայմանագրով Ապահովագրողի պատասխանատվության սահմանը խրոնիկական հիվանդության սրացման հետևանքով անհապաղ, անհետաձգելի բժշկական օգնության տրամադրման հետ կապված, որը վտանգ է հանդիսանում Ապահովագրված անձի կյանքի համար, կարող է կազմել ոչ ավել, քան **500 ԱՄՆ** դոլար:

11.5 Մեկ կամ մի քանի ապահովագրական պատահարների դեպքում հատուցում կատարելիս ընդհանուր ապահովագրական հատուցման չափը չի կարող գերազանցել Ապահովագրողի՝ տվյալ Պայմանագրում նշված ապահովագրական գումարի չափը:

12. ԱՊԱՀՆՎԱԳՐՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ՉՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԾԱԽՍԵՐ

12.1 Համաձայն Կանոնների հատուցման ենթակա չեն հետևյալ արտակարգ բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային ծախսերը՝

12.1.1 ոչ պայմանական չհատուցվող գումարը, եթե այն նախատեսված է Պայմանագրով:

12.1.2 յուրաքանչյուր ապահովագրական դեպքի հետևանքով 250 ԱՄՆ դոլարը գերազանցող վնասը, եթե Ապահովագրված անձի կողմից կատարված բժշկական և (կամ) բժշկա-տրանսպորտային ծախսերը համաձայնեցված չեն եղել Ապահովագրողի հետ, սույն Կանոնների 5.3.4, 5.4 կետերով նախատեսված, բացառությամբ եթե Ապահովագրված անձի (նրա ներկայացուցչի, Ապահովագրողի (եթե ֆիզիկական անձ է) առողջական վիճակը թույլ չի տվել կապվել սերվիսային ծառայության հետ՝ բժշկական և (կամ) բժշկատրանսպորտային օգնությունը և դրա հետ կապված ծախսերը համաձայնեցնելու նպատակով:

12.1.3 էվակուացիայի (հայրենադարձության) համար կատարված ծախսերն աննշան (ոչ էական) վնասվածքների և հիվանդությունների դեպքում, որոնք Ապահովագրողի կողմից նշանակված բժշկական խորհրդատուի կարծիքով, ենթակա են բուժման տեղում, և չեն խոչընդոտում Ապահովագրված անձի ճանապարհորդության հետագա շարունակմանը,

12.1.4 Ապահովագրողի կողմից չկազմակերպված կամ Ապահովագրողի հետ չհամաձայնեցված էվակուացիայի (հայրենադարձության) համար կատարված ցանկացած ծախսերը, ինչպես նաև ծախսերը, որոնք առաջանում են Ապահովագրված անձի կողմից մշտական բնակության երկիր էվակուացվելուց կամավոր հրաժարվելուց,

12.1.5 պլաստիկ և վերականգնողական վիրաբուժության և տարբեր տեսակի պրոթեզավորման, ներառյալ աչքի և ատամի, ինչպես նաև սրտի և անոթների (սարտային-սնուցող շունտավորման, ստենդավորման), ինչպես նաև սրտի հետ կապված յուրաքանչյուր վիրաբուժական միջամտության, նույնիսկ դրանց իրականացման համար բժշկական եզրակացության առկայության պարագայում,

12.1.6 բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չհամարվող և (կամ) բժշկի կողմից չնշանակված բուժման տրամադրման հետ կապված ծախսերը,

12.1.7 ոչ ավանդական (ժողովրդական բժշկության) մեթոդներով բուժման հետ կապված ծախսերը,

12.1.8 առողջարանա-կուրորտային բուժման, առողջարանային, քերականոտիկ կամ խնամատարական ծախսերը,

12.1.9 հղիության հետ կապված ցանկացած սրացումներ, նորմալ ընթացող հղիության կամ ծննդի հետ կապված ծախսերը, ինչպես նաև երեխայի հետծննդյան խնամքի հետ կապված ծախսերը,

12.1.10 ապահովագրական դեպքի տեղի ունենալու հետ չկապված հղիության ընդհատման ծախսերը,

12.1.11 ցանկացած պրոֆիլակտիկ հետազոտության, ընդհանուր բժշկական զննման, պատվաստման հետ կապված ծախսերը,

12.1.12 իմունոդեֆիցիտի (ԶԻԱՀ) վիրուսով, կամ այլ նմանատիպ սինդրոմով վարակման կամ դրանց հետևանքների (սրացման) հետ կապված ծախսերը,

11.1. The sum insured under the Insurance Contract of medical, medical-transport and other expenses, stipulated by the present Conditions, is determined by the Insurant in co-ordination with the Insurer and should be indicated in the insurance policy.

11.2 The Insurer has a right to stipulate in insurance contract the deductible (not reimbursed sum) for every real loss caused in result of any insurance accident. In case of occurrence of an insurance case the insurance reimbursement is paid to the Insurant (the Insured) less the unconditional deductible.

11.3. The limit of responsibility of the Insurer on rendering of dental treatment is 200 USD per tooth (but not more than for 2 teeth) under each insurance case.

11.4. The limit of responsibility of the Insurer on rendering of urgent/emergency medical assistance in case of an acute condition of a chronic disease, resulted in real threat to the health of the Insured, makes the sum, not exceeding 500 USD.

11.5. The amount of the insurance reimbursement cannot exceed the respective limit of responsibility of the Insurer. The total sum of insurance payments for one or several insurance cases, occurred during the period of validity of the insurance policy, cannot exceed the amount of the sum insured, indicated in the insurance policy.

12. EXPENSES, NOT COVERED BY THE INSURER

12.1. In accordance with the present Conditions, the following expenses on medical and medical-transport assistance are not reimbursed:

12.1.1. the unconditional franchise, if its introduction is stipulated by the Insurance Contract;

12.1.2. expenses of the Insured on medical and/or medical-transport assistance when the sum exceeded 250 US dollars, in case of non-fulfilment by it (its representative), the Insurant, of the conditions to make the Insurer agree about the treatment, under the present Conditions, excluding the cases, when the health condition of the Insured (its representative), the Insurant (if he/she is a natural person), does not allow him/her to contact the service company (the Insurer) for co-ordination of his/her application for medical and/or medical transport assistance and the related expenses;

12.1.3. Expenses on evacuation/repatriation in case of minor illnesses or traumas which, in the opinion of a consultant medical practitioner, appointed by the Insurer, can be adequately treated locally and which do not prevent the insured person from continuing his/her journey;

12.1.4. Costs in respect of any evacuation and/or repatriation which has not been organised by the Insurer or has not been coordinated with the Insurer, and also the expenses in a result of a voluntary refusal of the Insured from evacuation to the country of constant residence;

12.1.5. Expenses related to plastic and rehabilitation surgery and different kinds of prosthetic devices, including dental and eye prostheses, and also expenses on payment of surgical interventions on heart and vessels (aorta-coronary shunting, stenting), and as well as any surgical intervention associated with cardiac surgery even if there are medical indications to such interventions;

12.1.6. Expenses related to rendering of services, not necessary from the medical point of view, or a treatment, not prescribed by a medical practitioner;

12.1.7. Expenses related to treatment by non-traditional ways (methods of folk medicine);

12.1.8. Expenses on treatment in a sanatorium or a health resort; sanatorial, therapeutic or custodial care;

12.1.9. Any complication connected with pregnancy Expenses related to a normal or pathological course of pregnancy and childbirth;

12.1.10. Expenses on artificial discontinuation of pregnancy, not connected with occurrence of an accident;

12.1.11. Expenses related to any examinations for check up purposes; general health examinations, vaccinations;

12.1.12. Expenses or other responsibility relating to the Virus of Immune Deficiency (AIDS) and its consequences (complications);

12.1.13 ցանկացած երկրի զինված ուժերում Ապահովագրված անձի ռազմական ծառայության կամ կազմավորումներում մասնակցելու արդյունքում հետևանքով կատարված ծախսերը,
12.1.14 ծախսերը, որոնք կարող են հատուցվել այլ արդյուններից՝ ներառյալ այլ ապահովագրության պայմանագրերի (վկայագրերի) հիման վրա,
12.1.15 ոչ բժշկական բնույթի ծախսերը, օրինակ հեռախոսազանգի համար վճարները, բացառությամբ ապահովագրական դեպքով պայմանավորված Ապահովագրողին կամ նրա ներկայացուցչին կատարված հեռախոսազանգերի և (կամ) ֆաքսերի համար վճարները,
12.1.16 անօրինական գործողությունների կատարման կամ այդպիսի փորձի կատարման հետ կապված ծախսերը, որոնք ժամանակավոր գտնվելու երկրի գործող օրենսդրությանը համապատասխան Ապահովագրված անձի նկատմամբ առաջացնում են վարչական տուգանք կամ քրեական հետախուզում,
12.1.17 վիրուսային հեպատիտի (բացառությամբ «A» և «E» հեպատիտը) վարակման հիվանդությունների կամ դրանց հետևանքների (սրացումների) հետ կապված ծախսերը կամ դրանից բխող այլ պատասխանատվություն,
12.1.18 ազգականների կողմից հիվանդի բուժման կամ խնամքի հետ կապված ծախսերը, անկախ նրանից հանդիսանում են նրանք արտոնագրված բժշկական մասնագետներ, թե ոչ,
12.1.19 ծախսերը, որոնք կապված են համապատասխան արտոնագիր չունեցող բժշկական հաստատության (բժշկի) կողմից ծառայության մատուցման հետ, կամ երբ բժշկական օգնության տրամադրման պահին բժշկական հաստատության (բժշկի) լիցենզիայի գործողությունը դադարեցված է,
12.1.20 մինչև ապահովագրության ժամկետի սկիզբը կամ նրա լրանալուց հետո հանկարծակի հիվանդության կամ դժբախտ դեպքի տեղի ունենալու հետ կապված ծախսերը, ինչպես նաև Ապահովագրված անձին մշտական բնակության վայր հանդիսացող երկրի վերադառնալուց հետո կատարված ծախսերը,
12.1.21 Բժշկական օգնության միջոցների առք և վերանորոգում,
12.1.22 Որակավորված բժշկի բժշկական ճանապարհորդությունը շարունակելու վերաբերյալ հակացուցումները չկատարելու
12.1.23 Աննշան այն հիվանդությունների կամ մարմնական այն վնասվածքների դեպքում էվակուացիայի ծախսերը, որոնք բուժվում են տեղում և չեն խոչընդոտում ապահովագրվածի ճանապարհորդությունը,
12.1.24 Հիվանդանոցային, բժշկի կամ բուժքրոջ ծառայությունները, որոնք դիագնոստիկայի և բուժման համար պարտադիր չեն համարվում,
12.1.25 Վերականգնողական և բուժական թերապիա կամ ֆիզիոթերապիա,
12.1.26 Եքսկուրսիաներին կամ այլ միջոցառումներին մասնակցելու անհնարինության հետևանքով բարոյական վնասի փոխհատուցման ծախսերը,
12.1.27 Մարմնական վնասվածքներ, որոնք ապահովագրվածը ստացել է թռչող պարատըր դեկավարելու ժամանակ,
12.1.28 Կանոնների 9.3 կետում նախատեսված դեպքերի հետ չկապված այլ ծախսերը:

13. ԿՈՂՄԵՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐ ՏԵՐԻ ՈՒՆԵՆԱԼՈՒ ԴԵՊԸՈՒՄ

13.1 Ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու դեպքում Ապահովագրված անձը (նրա ներկայացուցիչը) կամ Ապահովագրողը պարտավոր է անհապաղ ծանուցել պատահարի մասին սերվիսային ընկերությանը կամ Ապահովագրողին՝ Պայմանագրում նշված հեռախոսահամարներով՝ բժշկական և (կամ) բժշկատրանսպորտային օգնությանը դիմելու և դրա հետ կապված ծախսերը համաձայնեցնելու նպատակով: Ընդ որում անհրաժեշտ է հայտնել հետևյալ տեղեկատվություն՝
13.1.1 Ապահովագրված անձի անուն, ազգանունը,
13.1.2 Պայմանագրի (ապահովագրության վկայագրի) համարը,
13.1.3 տեղի ունեցած պատահարի հանգամանքների նկարագրությունը և պահանջվող օգնության բնույթը,
13.1.4 Ապահովագրված անձի գտնվելու վայրը և հետադարձ կապի համար կոնտակտային հեռախոսի համարը:
13.2 Ապահովագրված անձը իր հետագոտումը կամ բուժումը իրականացնող բժշկին, ինչպես նաև այն բժշկին, որի մոտ նա բուժվել է և (կամ) գտնվել է նրա հսկողության ներքո մշտական բնակության վայրի երկրում, ազատում է մասնագիտական բժշկական գաղտնիքը Ապահովագրողի նկատմամբ պահելու ունեցած պատասխանատվությունից:

12.1.13. Expenses incurred as a result of the member engaging in active service in the Armed Forces of any nation;
12.1.14. Expenses which can be covered on the basis of other insurance policies;
12.1.15. Expenses incurred not medical in nature such as telephone calls, excluding cases of telephone/facsimile connections with the Insurer or its representatives, upon occurrence of an insurance case;
12.1.16. Expenses related to a commission or an attempt to commit an unlawful act, which resulted in administrative punishment or opening of a criminal case against the Insured in accordance with the current legislation of the country of temporary stay;
12.1.17. Expenses, other responsibility connected with infection, diseases or consequences of virus hepatitis (exacerbation), excluding hepatitis “A” and “E”;
12.1.18. Expenses related to treatment of the Insured or nursing care, administered by his/her relatives, whether they are qualified medical practitioners or not;
12.1.19. Expenses related to rendering of services by a medical establishment (practitioner), not having an appropriate license or when the action of the license was stopped at the moment of rendering of medical assistance;
12.1.20. Expenses connected with occurrence of a sudden disease or an accident, which took place prior to the beginning of the period of insurance or after its expire, and also the expenses, which took place after return of the Insured to the country of constant residence;
12.1.21 Buying and repair of medical assistance instruments;
12.1.22 Medical contra-indication of qualified doctor for a travel continuation;
12.1.23 Expenses of evacuation in a case of small illnesses or injury that can be treated locally and will not hinder the travel of Insured Person;
12.1.24 Services offered by the hospital, doctors or nurses that are not obligatory for diagnosis and treatment;
12.1.25 Rehabilitation and medical therapy or physiotherapy
12.1.26 Costs and expenses for moral damage because of an impossibility to take part in excursions or other events;
12.1.27 Bodily injury occurred during a ruling of flying objects by the Insured Person;
12.1.28 Other expenses, not connected with occurrence of the events, stipulated in p. 9.3

13. ACTIONS OF THE PARTIES UPON OCCURRENCE OF AN INSURANCE CASE

13.1. Upon occurrence of an insurance case the Insured (his/her representative), the Insurant, is obliged in the shortest time to notify about the occurred event the assistance company or the Insurer, using the telephone numbers, indicated in the insurance policy (certificate) for co-ordination of application for medical and/or medical-transport assistance and the related expenses. He/she should tell the following information:
13.1.1. name and surname of the Insured;
13.1.2. number of the insurance policy,
13.1.3. circumstances of the occurred event and the character of a required assistance;
13.1.4. location of the Insured and the number of the contact telephone for connection.
13.2. The Insured releases the doctor, making the examination or a treatment, also a doctor in permanent residence country that made an examination or treatment before, from the responsibility to keep

14. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ ԳՐԱ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ՎՆԱՍԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

14.1 Ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է, եթե՝

14.1.1 Ապահովագրված անձը բժշկական ծառայություններից օգտվել է սերվիսային ընկերության (Ապահովագրողի ներկայացուցչի) օժանդակությամբ: Բժշկական հաստատությունը, բժիշկը և (կամ) տրանսպորտային կազմակերպությունը հաշիվը՝ կից Պայմանագրով, ուղարկում է անմիջապես սերվիսային ընկերություն (Ապահովագրողի ներկայացուցչին), որը սահմանված կարգով կարգավորում է վնասը և կատարում հաշվարկներ,

14.1.2 Ապահովագրված անձն ինքնուրույն վճարել է ծախսերը (կամ նրան ներկայացվելու է բժշկական հաստատության կամ բժշկի հաշիվը) բժշկական (բժշկատրանսպորտային) օգնության տրամադրման համար: Այս դեպքում Ապահովագրողը տեղի ունեցած պատահարը ապահովագրական ճանաչելու և Կանոնների 12.1.1 և 12.1.2 կետերի պահանջների պահպանմամբ հատուցում է այդ ծախսերը (կամ վճարում է հաշիվը)՝ Ապահովագրված անձի (նրա լիազորված ներկայացուցչի) գրավոր դիմումի և բնօրինակ փաստաթղթերի հիման վրա:

14.2 Ապահովագրական հատուցում ստանալու մասին դիմումին պետք է կցվեն՝

14.2.1. Պայմանագրի (ապահովագրության վկայագրի) բնօրինակը,

14.2.2. բժշկական փաստաթղթերի բնօրինակներ, որոնք ներառում են տեղեկություններ բժշկական օգնությանը դիմելու ամսաթվի, Ապահովագրված անձի ախտորոշման, բժշկական օգնության դիմելու պահին նրա առողջական վիճակի և կատարված բժշկական մանիպուլյացիաների (տրամադրված դեղորայքների) վերաբերյալ՝ դրանք ըստ ամսաթվերի և արժեքների տարանջատմամբ (դժբախտ դեպքի մասին բժշկական փաստաթղթեր),

14.2.3. դժբախտ պատահարի կամ վնասվածքի և կատարվածի հանգամանքները հավաստող պաշտոնական արձանագրություն կամ տեղեկանք,

14.2.4. փաստաթղթեր, որոնք հավաստում են բժշկական ծառայությունների համար կատարված վճարումները՝ վճարման արժույթի և ամսաթվի նշումով,

14.2.5. սահմանված ախտորոշման հետ կապված կամ դեղատոմսերի հավելվածով կամ բժշկական արձանագրության (հաշվի) մեջ նշումով բժշկի կողմից դուրս գրված դեղորայքների ձեռք բերման համար վճարումների դեղատնային չեկերը (վճարման հաշիվները),

14.2.6. փաստաթղթեր, որոնք հավաստում են Ապահովագրողի կամ նրա ներկայացուցչի հետ հեռախոսային խոսակցությունների (ֆաքսիմիլայի հաղորդագրությունների) վճարման փաստը,

14.2.7. Ապահովագրողի պահանջի դեպքում՝ լրացուցիչ անհրաժեշտ տեղեկատվություն ապահովագրված անձի առողջական վիճակի մասին (ամբուլատոր կամ ստացիոնար հիվանդի բժշկական քարտը և այլ առաջնային բժշկական փաստաթղթեր): Ապահովագրողն իրավունք ունի նաև ցանկացած բժշկական ձեռնարկությունից ինքնուրույն պահանջել բժշկական փաստաթղթեր, որոնք անհրաժեշտ են ապահովագրական հատուցման հարցի վերջնական լուծման համար,

14.2.8 Ապահովագրողի պահանջի դեպքում՝ արտասահմանյան անձնագիրը՝ Հայաստանի Հանրապետության Պետական տարածքն անցնելու մասին սահմանապահ հսկողության նշումով, ինչպես նաև այլ փաստաթղթեր (հյուրանոցի հաշիվներ, ավիատոմսեր և այլն), որոնք հաստատում են Ապահովագրված անձի ապահովագրության տարածքում գտնվելու փաստը և ժամկետները:

14.2.9 Բացի ռուսերեն լեզվից այլ օտար լեզուներով կազմված փաստաթղթերը պետք է թարգմանվեն հայերեն կամ ռուսերեն ապահովագրվածի հաշիվին:

14.3. Ապահովագրիչը (Ապահովագրված անձը) պարտավոր է Կանոններով սահմանված փաստաթղթերը (բացառությամբ գրավոր դիմումի) ներկայացնել պատահարի վերաբերյալ Ապահովագրողին գրավոր դիմում ներակայացնելու օրվանից երկու ամսվա ընթացքում:

Այդ ժամկետում Ապահովագրի (Շահառուի) կողմից Կանոններով սահմանված փաստաթղթերը չներկայացնելու կամ գրավոր որևէ միջնորդություն սահմանված երկու ամսյա ժամկետը երկարաձգելու մասին չներկայացնելու դեպքում, Ապահովագրողը Կանոնների համաձայն Ապահովագրի կողմից ստանձնած

14. BASIS FOR PAYMENT OF INSURANCE REIMBURSEMENT AND APPRAISAL OF DAMAGE

14.1. The payment of an insurance reimbursement is made, in case when:

14.1.1. the Insured person had received medical/medical-transport assistance, organised through the assistance company (a representative of the Insurer). A medical institution, a doctor or a transport company will send the invoice with application of the insurance contract (its copy) directly to the assistance company (a representative of the Insurer), which will settle the loss and will effect payment;

14.1.2. the Insured paid the charges independently (or receives an invoice of a medical establishment or a doctor) for the rendered medical/medical-transport assistance, the Insurer, in case of admittance of the case as an insurance case and observation of the conditions, indicated in items 12.1.1. and 12.1.2. of the present Conditions, will reimburse these charges to him/her (or will pay the invoice) on the basis of a written application of the Insured person (another authorized person) and original documents.

14.2. The application for payment of medical coverage should be submitted together with the following documents:

14.2.1 original insurance contract;

14.2.2 the original medical documents, containing information about the date of application for medical assistance, condition of Insured’s health at the moment of application for medical assistance, diagnosis and medical procedures performed (or submitted medicaments) with their division on dates and cost (medical documents about an accident) ;

14.2.3 official protocol or inquiry confirming the fact of an accident or a trauma and the circumstances of an incident;

14.2.4 documents, confirming the fact of payment of medical services with indication of the currency of payment and the date;

14.2.5. checks from drugstores/invoices about payment of medicines, prescribed by the doctor in connection with the established diagnosis, or with application of receipts, or with reference to them in the invoice/medical report;

14.2.6. documents, confirming the fact of payment of telephone talks (facsimile messages) with the Insurer and a representative of the Insurer;

14.2.7. upon requirement of the Insurer the Insured person is obliged to submit additional necessary information about his/her health condition (out- and/or in-patient medical card and other original medical information); the Insurer is also authorized to require independently the medical documents, necessary for taking a decision about payment of insurance reimbursement, from any medical and other establishments.

14.2.8. upon requirement of the Insurer the Insured person is obliged to submit his/her foreign passport with marks of the border control about crossing the State border of the Republic of Armenia, and/or other documents (tickets, bills from the hotels and so on), which can confirm the fact of stay of the Insured person on the territory of insurance and the term of stay in its landmarks.

14.2.9 The documents issued not in Russian language must be translated into Armenian or Russian for the Insured Person’s cost.

14.3 The Insurant (Insured person) is obliged to submit to the Insurer a written application about the insured event according to the Terms and Conditions at the time the application is submitted within two months;

During the same period of time, the lack of the extended document of two month contract which will be submitted by the policyholder (Beneficiary)

պարտավորությունները չկատարելու կամ ոչ պատշաճ կատարելու հիմքով մերժում է ապահովագրական հատուցման վճարումը, սույն կետում սահմանված ժամկետը լրանալուց հետո հնգօրյա ժամկետում:

Այն դեպքում, երբ Ապահովագրողը գրավոր միջնորդություն է ներկայացնում փաստաթղթերի ներկայացման խոչընդոտների կամ այլ պատճառաբանությամբ սահմանված ժամկետը երկարացնելու մասին, ապա Ապահովագրողը ելնելով տվյալ գործի հանգամանքներից կարող է այդ ժամկետը երկարաձգել մինչև 6 վեց ամիս ժամկետով: Նշված ժամկետում Ապահովագրողի կողմից սահմանված պարտավորության չկատարման հետևանքները նույնանում են սույն կետի երկրորդ պարբերությունում սահմանված դրույթների հետ:

14.4. Ապահովագրական հատուցման հաշվարկը կատարվում է Կանոնների 14.2 կետում նշված փաստաթղթերի բնօրինակների հիման վրա՝ դիմումի ներկայացման օրվա դրությամբ ՀՀ կենտրոնական բանկի կողմից արտարժույթի նկատմամբ սահմանված փոխարժեքին համապատասխան:

14.5. Ապահովագրողն ապահովագրական պատահարի մասին Կանոններով նշված բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերն ստանալուց հետո 5 օրվա ընթացքում պարտավոր է օրենքի և այլ իրավական ակտերի համաձայն ընդունել ապահովագրական հատուցումը վճարելու կամ մերժելու մասին եզրակացություն(որոշում):

Ապահովագրողն ապահովագրական հատուցումը վճարելու մասին որոշումը պատշաճ կերպով՝ Ապահովագրողին (Ապահովագրված անձին, շահառուին) անձամբ հանձնելու միջոցով կամ Ապահովագրողի (Ապահովագրված անձի, շահառուի) հասցեով փոստային առաքմամբ, տրամադրում է Ապահովագրողին (Ապահովագրված անձին, շահառուին):

Ապահովագրական հատուցման նվազեցման կամ հատուցման մերժման դեպքում Ապահովագրողի կայացրած պատճառաբանված որոշումը հնգօրյա ժամկետում պատվիրված նամակով առաքվում է Ապահովագրողին (Ապահովագրված անձին, շահառուին)՝ նրա մշտական բնակության հասցեով:

14.6 Ապահովագրական հատուցման վճարումը իրականացվում է Ապահովագրողի կողմից ապահովագրական պատահարի մասին դիմում և ապահովագրական հատուցման համար անհրաժեշտ բոլոր փաստաթղթերը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

15. Ֆորս-մաժոր

15.1 Ապահովագրողը պատասխանատվություն չի կրում ապահովագրվածին օգնություն ցույց տալու հետաձգման կամ դրանից հրաժարվելու համար՝ գործադուլի, ներխուժման, ռազմական գործողությունների (անկախ պատերազմի, հայտարարելու հանգամանքից), քաղաքացիական պատերազմի, սպստամբության, խռովության, սհաբեկչության, իշխանության ուզուրպացման, ռազմական հեղաշրջման, ցանկացած տեսակի տրանսպորտային աղետների (բացառությամբ մարդատար տրանսպորտային միջոցների հետ կապված աղետների), ռադիոակտիվ վարակման, երկրաշարժի, ջրհեղեղի և այլ բնական աղետների կամ ցանկացած այլ ֆորս-մաժորային հանգամանքների:

16. ԱՅԼ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

Կանոնները կազմված են հայերեն և անգլերեն լեզուներով: Հայերեն և անգլերեն լեզուներով տեքստերի միջև տարընկալման դեպքում առաջնությունը տրվում է հայերեն լեզվով գրված տեքստին:

or unfulfilled obligations will entitled the Insurer have the right not to pay the insurance indemnification after expiring a five days of the contract in accordance with rules.

If Policyholder gives a written request for the impediments to submitted documents or other reason for the extension of defined period, then the Insurer can extend the period till six months. In this case, the Policyholder's unfulfilled obligations under the appropriate due date set in the insurance contract are equaled to the items specified in the Terms and Conditions of this Section.

14.4. The calculation of the sum of insurance compensation is made at the exchange rate of the Central Bank of the Republic of Armenia on the date of submission of the application on the basis of the original documents, enumerated in p. 14.2. of the present Conditions.

14.5 The Insurer is obliged to notify the Insured within the same term about the rejection or acceptance during five days to pay the insurance indemnification in writing, with the explanation of the causes thereof after receiving all necessary documents.

Written notice from the Insurer of their decision to pay the insurance indemnity must be sent by prepaid registered post and addressed to the Principal Address of the Insured (Beneficiary), as stated in the proposal form.

The Insurer's decision about the rejection or acceptance to pay the insurance indemnification in writing, with the explanation of the causes sent by the letter of demand to the insured's (Beneficiary's) last available address of his home within five days.

14.6. The reimbursement payment is accomplished in 30day period after the claim statement and all necessary documentation presenting to the Insurer.

15. Force-Major

15.1 The Insurer will not be liable for a delay of or a refusal of an assistance to the Insured Person in a case of strikes, foreign entries , military actions (whether war be declared or not), civil war, rebellion, riots, terrorism, insurrection or military or usurped power, any type of transport catastrophe (excluding catastrophe with vehicles up to 3.5 tones), radioactive pollution, earthquake, flood and other natural disasters or any other force-major circumstances.

16. OTHER TERMS

These conditions are made in Armenian and English languages. In case of discrepancy between the Armenian and English texts of the conditions, the Armenian version shall prevail.