

«Էիսազևոստիկա» բաժնետիրական միավորում

« Ա Պ Ա Վ Ե Ն »

Բժշկական ապահովագրական կենտրոն



ԿԱՍՏԱՎՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ

Պ Ա Յ Մ Ա Ն Ն Ե Ր

Ե Ր Ե Վ Ա Ն - 1 9 9 2

«Դիագնոստիկա» բաժնետիրական միավորում
«Ապավեն» բժշկական ապահովագրական կենտրոն

ԿԱՄԱՎՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ

Պ Ա Յ Մ Ա Ն Ն Ե Ր

"Diagnostica" corporation
"Apaven" medical insurance center

T E R M S

OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE

Акционерное объединение "Диагностика"
Медицинский страховая центр "Апавен"

У С Л О В И Я
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

**«Դիպլոմատիկա» Բաժնետիրական միավորում
«Ապավեն» Բժշկական ապահովագրական կենտրոն**

**ԿՍՄԱՎՈՐ ԲԺԵԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ
Պ Ա Ց Մ Ա Ն Ն Ե Ր**

1. Սույն Պայմանները որոշում են փոխհարաբերությունները բժշկական ապահովագրության ասպարեզում «Դիպլոմատիկա» բաժնետիրական միավորման «Ապավեն» բժշկական ապահովագրական կենտրոնի (հետագա շարադրանքում՝ **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՂ**) և ֆիզիկական ու իրավաբանական անձանց միջև, որոնք հանդիսանում են (և հետագա շարադրանքում անվանվում են) **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՅՐՈՂ** և **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՎԱԾ**:

2. Ապահովագրումը իրականացվում է ապահովագրական ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ հիման վրա, որը **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՅՐՈՂԸ** կերպով է **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՂԻ** հետ՝ սույն Պայմաններին և Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությանը համապատասխան: Կնքված Պայմանագրի հիման վրա **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՎԱԾԻՆ** տրվում է ապահովագրական վկայական (պոլիս):

3. Ապահովագրական պայմանագրերը կնքվում են 16 տարին լրացած անձանց համար՝

ա) իրավաբանական անձանց՝ ձեռնարկությունների, կազմակերպությունների, կոոպերատիվների, հասարակական և քաղաքական կազմակերպությունների կողմից, հոգոստ իրենց աշխատողների, անդամների և այլ քաղաքացիների,

բ) ֆիզիկական անձանց կողմից՝ հոգոստ իրենց և այլ քաղաքացիների:

4. Ապահովագրական պայմանագրով **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՎԱԾ** անձանց ցույց տրվող բաժնուկությունը կարող է ընդգրկել՝

4.1. **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՎԱԾԻ** նախնական համալիր ախտորոշիչ հետազոտումը և առողջական վիճակի ցուցանիշների նկատմամբ վերահսկողության սահմանումը:

4.2. «Դիպլոմատիկա» ԲՄ ախտորոշման կենտրոններում կոնսուլտացիաների և ախտորոշիչ հետազոտությունների ողջ անհրաժեշտ ծավալը՝ **ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՂԻ** մասնագետ-կոնսուլտանտների օդեգրերով:

4.3. Ախտորոշիչ հետազոտությունների անցկացումը տևալիս պայմաններում:

4.4. Բաժնուկության անցկացումը տևալիս պայմաններում, ներառյալ՝

ա) բժշկական կոնսուլտացիաները,

բ) բաժնուկության օգնությունը,

զ) հիվանդի խնամքը և սպասարկումը:

4.5. Բուժման կազմակերպումը Հայաստանի Հանրապետության բժշկական հիմնարկներում գտնվելու, խնամքի և սննդի բարելավված պայմաններում, ինչպես նաև դեղորայքի մատակարարումը ապահովագրական պայմանագրի հաշվին:

4.6. Ստամոտաբուժական օգնությունը (բացի օրթոպեդիական օգնությունից):

4.7. Հղիության ընթացքում բժշկական համալիր վերահսկողությունը և ծննդօգնությունը (եթե հղիությունը սկսվել է ապահովագրական պայմանագրի ուժի մեջ մտնելուց հետո):

4.8. Տնային պայմաններում բուժումը անցկացնելու դեպքում դեղորայքի և բժշկական նշանակության այլ միջոցների մատակարարումը ապահովագրական պայմանագրի հաշվին:

4.9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ բուժօգնության նպատակների համար տրանսպորտային միջոցներով ապահովումը:

4.10. Բժշկական հիմնարկներում կոնսիլիումների կազմակերպումը:

4.11. Կոնսիլիումների կազմակերպումը տնային պայմաններում:

4.12. Բուժօգնության կազմակերպումը Հայաստանի Հանրապետությունից դուրս:

4.13. Բուժօգնություն ցույց տալու համար Հայաստանի Հանրապետությունից դուրս բեռավոր մասնագետների հրավիրումը:

4.14. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԸ կցում է ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ ընդհանուր պրոֆիլի անհատական բժիշկ, որը կազմակերպում և իրականացնում է կրա առողջական վիճակի նկատմամբ պարբերական հսկողությունը:

Անհատական բժիշկը պատասխանատու է ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ բուժօգնության ցույց տալու անհրաժեշտ միջոցառումների համար (ախտորոշման և բուժման կազմակերպումը բուժհիմնարկներում և տնային պայմաններում, համալիր հետազոտություններն ու կոնսիլիումները, այլ մասնագետների մոտ ուղարկելը, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ փորձագիտական Խորհրդակցության նախագահի կողմից՝ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ Հայաստանի Հանրապետությունից դուրս գտնվող բուժհիմնարկներ ուղարկելու կամ արտասահմանից մասնագետներ հրավիրելու հարցը լուծելու կապակցությամբ, և այլն):

Անհատական բժիշկը լիիրավ հավատարմատար ներկայացուցիչն է՝

- ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ՝ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻ հանդեպ,
- ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻ՝ բժիշկ-մասնագետների և բուժհիմնարկների հանդեպ:

4.15. Ապահովագրական պայմանագրով նախատեսված բուժօգնությունը ստանալու հետ կապված բոլոր հարցերը ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ լուծում է՝

- ա) իր անհատական բժշկի միջոցով,
- բ) ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ պատասխանատու ներկայացուցչի միջոցով:

5. Յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ ցույց տրվող բաժնակցության ձևերը, ծավալը, ժամկետները և տեղը, բացի 7-րդ կետում նշված շտապ (կենտական անհրաժեշտությունից բխող) բաժնակցությունից, որոշում են ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ մասնագետները: Այն բաժնակցության և դեղորայքի համար, որը ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԸ ստացել է ստանց ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ մասնագետների նշանակման կամ ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ հետ համապատասխան պայմանագիր չունեցող բաժնիմեարկներում, ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ բժշկական և ֆինանսական պատասխանատվություն չի կրում:

6. ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ տնային պայմաններում և բաժնիմեարկներում ցույց տրվող բժշկական օգնության հիմնավորվածությունը, ծավալը և որակը պարբերաբար վերահսկվում են ապահովագրական ծառայության փորձագետների կողմից: Ախտորոշիչ, բուժական և կանխարգելիչ միջոցառումների (ներառյալ բժշկական պրեպարատների ներարկումը) անբարենպաստ հետևանքների համար բժշկական և իրավաբանական պատասխանատվությունը, ըստ օրենսդրության, կրում են այն բաժնիմեարկները և մասնագետները, որոնք անմիջականորեն ցույց են տվել բաժնակցությունը:

ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ փորձագիտական հանձնաժողովի որոշմամբ իրականացվում է նաև արտասահմանից մասնագետների հրավիրումը կամ հիվանդների ուղարկումը Հայաստանի Հանրապետությունից դուրս գտնվող կոնկրետ բաժնիմեարկներ, այդ դեպքում ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ վճարում է բաժնակցության հետ կապված ծախսերի այն չափը, որը համապատասխանում է համաձայն բաժնակցության արժեքին՝ կազմակերպված ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ կողմից Հայաստանի Հանրապետությունում, կամ, Հայաստանի Հանրապետությունում այդ տեսակի բաժնակցության բացակայության դեպքում՝ արտասահմանում (կամ հրավիրված մասնագետների կողմից) ցույց տրված բաժնակցության արժեքի կեսը, բայց ոչ ավել, քան 13 կետում նշված գումարի չափը՝ ներառյալ ճանապարհատրանսպորտային ծախսերը:

Օրգանների (ինչպես բնական, այնպես էլ արհեստական) փոխապատվառման, ինչպես նաև պրոտեզավորման աշխատանքները, այդ թվում ատամների պրոտեզավորումը թանկարժեք մետաղներից բժշկական նշանակության իրերի պատրաստումը, լրացուցիչ վճարվում են ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎՍԵՉԱՏՐՈՂԻ կամ ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻ կողմից:

7. ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ շտապ կամ կենտական անհրաժեշտությամբ ցույց տրված բաժնակցության համար առանց ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ մասնագետների նշանակման ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ հետ համապատասխան պայմանագիր չունեցող բաժնիմեարկներում ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ վճարում է լրիվ ծավալով՝ բաժնակցության ցույց տրման պահից առաջին 16 ժամերի համար: Առաջին 16 ժամերը լրանալուց հետո ցույց տրված բաժնակցության համար ԱՊԱՏՈՎ

ՎԱԳՐՈՂԸ վճարում է միայն այն դեպքում, երբ, ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ փորձագետների որոշմամբ, հնարավոր չէ ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻ տեղափոխումը նրան առաջարկված բաժնիմասերները կամ բաժնուկերը տանող կազմակերպչը: ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻ՝ տեղափոխումից հրաժարվելու դեպքում ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ լրացուցիչ վճարում է միայն տեղափոխման առաջարկից առաջ ցույց տրված բաժնուկերի համար: ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԸ պարտավոր է ժամանակին՝ շտապ (կենսական անհրաժեշտությամբ) ցույց տրված բաժնուկերի պահից սկսած 24 ժամվա ընթացքում, տեղյակ պահել իր անհատական բժշկին կամ ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ ներկայացուցչին այն մասին, որ իրեն բաժնուկերն են ցույց տվել առանց ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ մասնագետների նշանակման: ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻ գործունակ լինելը և ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻՆ տեղեկացնելու հնարավորություն ունենալը որոշում են ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ փորձագետները, որոնց համապատասխան եզրակացության դեպքում ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ լիովին վճարում է ցույց տրված բաժնուկերի արժեքը, բայց ոչ ավել, քան մեկ շաբաթվա համար:

Հայաստանի Հանրապետությանից դուրս առանց ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ մասնագետների նշանակման ցույց տրված, այդ թվում նաև շտապ (կենսական անհրաժեշտությունից քիսող) բաժնուկերի համար ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ չի վճարում:

8. Ախտորոշիչ հետազոտություններ անցնելու ընթացքում ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ իրավունք ունի պահանջելու, իսկ ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԸ պարտավոր է տրամադրել նախնի կամ ունեցած հիվանդությունների, անցկացված ախտորոշիչ հետազոտությունների և ստացած բուժման վերաբերյալ ողջ մատչելի ինֆորմացիան:

9. Եթե ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԻ մոտ հայտնաբերվում են այնպիսի հիվանդություններ, որոնք պահանջում են բաժնուկերի յուրահատուկ պայմաններ կամ ավելի մեծ ծախսեր, քան նախատեսված է . ապահովագրական պայմանագրով, ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ կարող է առաջարկել ստորագրել ապահովագրական պայմանագրի լրացուցիչ արձանագրություն կամ միանվագ վճարել համապատասխան լրացուցիչ ծառայությունների արժեքը (կամ ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԸ բաժնուկերն է ստանում ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԻ իրավասության և վճարման ոլորտից դուրս): Այն դեպքում, երբ ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՎԱԾԸ հրաժարվում է վճարել լրացուցիչ (ապահովագրական պայմանագրում չնշված) բաժնուկերի համար, ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՂԸ կարճում է պայմանագիրը և ԱՊԱՏՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՐՈՂԻՆ է վերադարձնում նրա փաստացի վճարած գումարը՝ պահելով ապահովագրության անցած ժամկետին համամասն և արդեն ստացած բժշկական օգնությանը համապատասխանող գումարը:

10. Հիվանդությունները, որոնց դեպքում գործող օրենսդրության համաձայն նախատեսված է հատուկ պարտադիր պետական վերահսկողություն և հաշվառում, ապահովագրական պայմանագրի սահմաններում բաժնեկցության ենթակա չեն (տուբերկոզ, հոգեկան և վեներական հիվանդություններ, խոլերա, ժանտախտ և այլ հասկապեա վտանգավոր ինֆեկցիաներ) :

11. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ կողմից ցույց տրվող և վճարվող բաժնեկցությունը կարող է ներկայացված լինել ապահովագրական պայմանագրում (պոլիսում) նշված չորս հնարավոր կատեգորիաներից մեկով.

11.1. "A" կատեգորիայի բժշկական ապահովագրությունը (100% ապահովագրություն) ընդգրկում է բաժնեկցության ողջ համալիրը՝ համաձայն 4-րդ կետի բոլոր ենթակետերում թվարկված ծառայությունների, 4.1. կետում նշված հետազոտումը պարտադիր անցնելու պայմանով: Ընտանիքի բոլոր անդամների (ծնունդներ, 16 տարին լրացած երեխաներ) ապահովագրման դեպքում ընտանիքի մյուս երեխաները (10-ից 16 տարեկան) ստանում են անվճար ախտորոշիչ օգնություն՝ համաձայն 4.2. կետի:

11.2. "B" կատեգորիայի բժշկական ապահովագրությունը (60% բժշկական ապահովագրություն) ընդգրկում է բաժնեկցություն համաձայն 4. կետի 4.1., 4.2., 4.4.ա, 4.5. և 4.15.բ ենթակետերում թվարկված ծառայությունների:

11.3. "C" կատեգորիայի բժշկական ապահովագրությունը (30% բժշկական ապահովագրություն) ընդգրկում է ախտորոշիչ օգնություն համաձայն 4. կետի 4.1., 4.2., 4.3. և 4.15բ ենթակետերում թվարկված ծառայությունների:

11.4. "A" և "B" կատեգորիաների բժշկական ապահովագրության պայմանագրերը կնքվում են հոգուտ այն ֆիզիկական անձանց, որոնք ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ փորձաքննության որոշմամբ պայմանագրի կնքման պահին շտապ (կենսական անհրաժեշտության) ստացիոնար բաժնեկցության կամ մոտակա 30 օրվա ընթացքում 4. կետի 4.5. ենթակետում նշված բաժնեկցության կարիք չունեն:

Պայմանագրի կնքման պահին կամ մոտակա 30 օրվա ընթացքում 4.5. ենթակետում նշված բաժնեկցության կարիքն ունեցող ֆիզիկական անձանց օգտին կարող է կնքվել "D-1" կատեգորիայի արտակարգ ապահովագրական պայմանագիր: "D-1" կատեգորիայով ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾՆԵՐԻՆ ԲԱԺՆԵԿՑՈՒՄՆԵՐԻ ՑՈՒՄՆԵՐԻ ԳՈՅԿ Է ՏՐՎՈՒՄ 4. կետի 4.2., 4.5. և 4.15.բ ենթակետերում նշված ծավալով:

11.5. "A" կատեգորիայի բժշկական ապահովագրության պայմանագրերը կնքվում են հոգուտ այն ֆիզիկական անձանց, որոնք պայմանագրի կնքման պահին կամ մոտակա 30 օրվա ընթացքում

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ փորձագետների որոշմամբ և ի լրացումն 11.4. կետում նշված պայմանների, նաև 4. կետի 4.4, 4.7, 4.8, 4.12 և 4.13. ենթակետերում նշված բաժանարար կարիք չունեն:

Հոգստ ֆիզիկական անձանց, որոնք ապահովագրական պայմանագրի կնքման պահին կամ մուտակա 30 օրվա ընթացքում բաժանարար կարիք ունեն, ըստ.

ա) 4. կետի 4.4. և 4.8. ենթակետերի, կնքվում են "D-2" կատեգորիայի բաժանարար արտակարգ ապահովագրական պայմանագրեր ընդ որում ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ ստանում է 4. կետի 4.1., 4.2., 4.3., 4.4., 4.8., 4.11. և 4.15. ենթակետերում նշված ծավալով բաժանարարություն:

բ) 4. կետի 4.7. ենթակետի, կնքվում են "D-3" կատեգորիայի բաժանարար արտակարգ ապահովագրական պայմանագրեր, ընդ որում ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ կնքող ստանում է 4. կետի 4.2., 4.3., 4.4., 4.5., 4.6., 4.7., 4.8., 4.9, 4.10. և 4.15 ենթակետերում նշված ծավալով բաժանարարություն:

գ) 4. կետի 4.12. ենթակետի, կնքվում են "D-4" կատեգորիայի բաժանարար արտակարգ ապահովագրական պայմանագրեր, ընդ որում ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ ստանում է 4. կետի 4.2., 4.3., 4.4., 4.8. 4.12. և 4.15բ ենթակետերում նշված ծավալով բաժանարարություն:

դ) 4. կետի 4.13. ենթակետի, կնքվում են "D-5" կատեգորիայի բաժանարար արտակարգ ապահովագրության պայմանագրեր, ընդ որում ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ ստանում է 4. կետի 4.2., 4.5., 4.10., 4.13., և 4.15բ . ենթակետերում նշված ծավալով բաժանարարություն:

"D" կատեգորիայի պայմանագրերը կնքվում են այդ պայմանագրերում նշված ժամկետներով և լրացուցիչ ճշգրտող պայմաններով: Այս պայմանագրերը կարող են կազմվել նաև ծարայությունների այլ հարվաբաններով:

Եթե մինչև "D" կատեգորիայի պայմանագրի ժամկետը լրանալը ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ չի դիմել ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻՆ բժշկական օգնություն ստանալու համար, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՏՐՈՂԸ (ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ) կարող է մեկ ամսվա ընթացքում ետ ստանալ պայմանագրով վճարած գումարը՝ այդ գումարի 25% տոկոսի՝ հոգստ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ պահումով:

12. "A" և "B" կատեգորիաների պայմանագրերը, որոնք կնքվել են 11.4. կամ 11.5. ենթակետերի պահանջների խախտումով, այսինքն՝ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՏՐՈՂԸ (ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ) ժամանակին ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻՆ անհրաժեշտ տեղեկություններ չի հաղորդել ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻ արողջական վիճակի մասին, կարող են ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ կողմից համարվել անվավեր ստորագրման պահից, այդպիսի ապահովագրական

պայմանագրով վճարված գումարը ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՏՐՈՂԻՆ Է վերադարձրվում մեկ ամսվա ընթացքում պահելով այն գումարը, որը ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԸ արդեն ծախսել է ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻՆ բոսօզևություն ցույց տալու համար:

13. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԸ պարտավորվում է ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻ մոտ հիվանդության օբյեկտիվ կամ սուբյեկտիվ նշանների ի հայտ գալու դեպքում կազմակերպել և վճարել անհրաժեշտ բժշկական օգնությունը "A", "B", "C" կատեգորիաներում ընդգրկած ծառայությունների սահմաններում տվյալ տարվա ընթացքում ապահովագրական պայմանագրով ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՏՐՈՂԻ վճարած ռեալ գումարի եռապատիկից ոչ ավել:

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԸ երաշխավորում է հիվանդության ընթացքում Հայաստանի Հանրապետությունում եղած ողջ բոսօական-ախտորոշիչ պատենցիալի հետազոտությունների՝ հօգուտ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻ ըստ անհրաժեշտության օգտագործումը:

14. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՏՐՈՂԸ պարտավոր է ապահովագրության ողջ ժամկետի ընթացքում պարբերաբար (տարեկան մեկ անգամ նախորդ տարվա վերջին ամսվա ընթացքում) մտնել ապահովագրության վարձը, եթե պայմանագրով վճարման ալ ժամկետներ չեն նախատեսված: Ապահովագրական վճարումները կարող են կատարվել ինչպես կանխիկ, այնպես էլ փոխանցումով: Առանձին դեպքերում՝ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ հետ պայմանավորվածությամբ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՏՐՈՂԸ կարող է ապահովագրական մտնումների արժեքը փոխհատուցել՝ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ սեփականությանը հանձնելով իր շարժական և անշարժ գույքը, նյութական և մտավոր արժեքները, արտադրանքը կամ դրանց տնօրինության իրավունքը:

Ապահովագրական պայմանագրով ամենամյա վճարման համար նախատեսված գումարները ինդեքսավորվում են Պայմանագրի կնքման պահին ռոբլու (կամ Հայաստանի Հանրապետության դրամական միավորի) համեմատ ԱՄՆ դոլլարի պաշտոնական կոփսի փոփոխմանը համապատասխան:

15. "A", "B", "C" կատեգորիաների ապահովագրական պայմանագրերով վճարված գումարները ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՏՐՈՂԻՆ ետ չեն վերադարձվում:

Ամեն տարի ապահովագրական պոլիսների իրացումից ստացված գումարների 10% -ը խաղարկվում է որպես դրամական (դրամա-իրային) խաղարկություն: Խաղարկությանը մասնակցում են այն ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾՆԵՐԸ, որոնք նախորդ տարվա ընթացքում ապահովագրական բժշկական օգնություն չեն ստացել (բացի "A" կատեգորիայով նախատեսված պարտադիր

նախնական հետազոտությունից): Ետևումի գումարը վճարվում է անցած տարվա լրիվ ապահովագրական ամիսների թվին համամասն, ընդ որում "A" կատեգորիայով ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ ստանում են շահումի 100%-ը, իսկ "B" և "C" կատեգորիաներով ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ՝ համապատասխանաբար 60% և 30% :

16. Ապահովագրական պայմանագիրը ումի մեջ է մտնում.

ա) առաջին մոծումը փոխանցման կարգով վճարելու դեպքում՝ այդ գումարը ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ հաշվարկային հաշվին ստացվելու օրվա օօ ժամին.

բ) առաջին կամ միանվագ մոծումը ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ ներկայացուցչին կանխիկ վճարելու դեպքում՝ այդ վճարին հաջորդող օրվա օօ ժամից:

ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ հետ անհատական պայմանագրերի անմիջական կընթումը և ապահովագրական Պոլիսների հանձնումը կատարվում է ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ հաշվին առաջին մոծման ստացվելուց հետո:

17. Կնքված պայմանագիրը ձևակերպվում է համապատասխան ապահովագրական Պոլիսով, որը ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ է տրվում պայմանագրի ումի մեջ մտնելուց երեք օրվա ընթացքում: Պոլիսը հաստատվում է ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ կնիքով և ստորագրվում է սույն Պայմանների 16Ճ կետին համաձայն ամսաթվով:

18. Պայմանագրի գործողությունը ավարտվում է. ա) Պայմանագրի ժամկետը լրանալիս, բ) ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ ՎԱՐՉԱՏՐՈՂԻ կողմից ապահովագրական վճարը չմոծելու, գ) սույն Պայմանների 9, 12 և 20 կետերում նշված դեպքերում:

19. Ապահովագրական պայմանագրի գործողությունը ընդհատվում է՝

ա) ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ՝ դատարանի որոշմամբ ազատազրկման ժամանակահատվածով.

բ) ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ՝ իսկական զինվորական ծառայություն անցնելու ընթացքում.

գ) անհաղթահարելի հանգամանքների (ֆորս-մաժոր) ազդեցության հետևանքով, որոնք անհնար են դարձնում պայմանագրի կատարումը, այդ հանգամանքների կամ նրանց հետևանքների ազդեցության ժամանակահատվածով:

20. Պայմանագիրը ժամկետից շուտ դադարեցված է համարվում ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ մահվան դեպքում, ընդ որում ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՎԱԾՆԵՐԸ մեկ ամսվա ընթացքում վերադարձնում է ապահովագրական պայմանագրով ընթացիկ

տարվա համար վճարված և բուժօգնության համար չօգտագործված գումարը՝
պահելով դրա այն մասը, որը համաժամեւ է մինչև այդ օրը
ապահովագրական պայմանագրի գործողության ժամանակահատվածին: Գումարը
վերադարձվում է ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՐՈՂԻՆ կամ, եթե
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԸ և ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՐՈՂԸ նայն ֆի-
զիկական անձն է՝ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾԻ ժառանգին:

21. Ապահովագրական պայմանագրով նախատեսված պարտականությունները
չկատարելու կամ ոչ լրիվ կատարելու համար ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԸ և
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՐՉԱՏՐՈՂԸ պատասխանատվություն են կրում
գործող օրենսդրությանը համապատասխան:

Ապահովագրական պայմանագրով վճարումը հետաձգելու կամ չկատարելու
համար վճարող կողմը ընդունող կողմին վճարում է 1% տոկոսով՝
հետաձգման յուրաքանչյուր օրվա համար: Տոկոսների վճարումը
պայմանագրային պարտավորություններից չի ազատում:

"Apaven" medical insurance center
"Diagnostica" corporation

T E R M S
OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE

1. The present terms determine mutual relationships in the sphere of medical insurance between the "Apaven" medical insurance centre of "Diagnostica" corporation (hereafter - INSURER) and legal and natural persons who are considered to be (and referred to as) INSURANT and INSURED.

2. Insurance is carried out on the basis of the Insurance Contract concluded by INSURANT with INSURER in compliance with the present Terms and the legislation of the Republic of Armenia. On the basis of the signed Contract, the INSURED receives an insurance certificate (policy).

3. The age of the INSURED at the time of Insurance Contract conclusion is restricted to 16 complete years and older. The Contracts are signed with:

a) legal persons (enterprises, organizations, institutions, companies, co-operatives, social and political organisations) - for the benefit of their members, employees or other citizens;

b) natural persons - for the benefit of themselves or other citizens.

4. Medical aid rendered to the INSURED according to the Insurance Contract may include:

4.1. Initial diagnostic examination and setting of observation on the health of the INSURED;

4.2. A full volume of necessary consultations and diagnostic examinations in diagnostic centers of "Diagnostica" Corporation as ordered by specialists - consultants of the INSURER;

4.3. Diagnostic examinations and procedures in household conditions;

4.4. Home visiting service including:

a) medical consultation;

b) medical attendant and nurse services;

c) home care and medical/surgical bedside nursing.

4.5. Medical and surgical treatment in medical institutions of the Republic of Armenia with improved

conditions of stay, care and nutrition as well as provision of medicines on account of the Insurance Contract;

4.6. Restorative and preventive dental aid (prosthetic dentistry not included);

4.7. Medical observation at pregnancy and obstetric aid (if pregnancy has ensued under the Insurance Contract validity);

4.8. Provision of medicines and medical purpose items for patient care in case of treatment in household conditions on account of the Insurance Contract;

4.9. Transportation services to the INSURED in case of medical indications;

4.10. Group consultations in medical institutions;

4.11. Home visiting group consultations;

4.12. Medical aid outside the Republic of Armenia;

4.13. Invitation of specialists from outside the Republic of Armenia for specific medical aid to the INSURED;

4.14. The INSURER designates a personal regular doctor to the INSURED who organizes permanent observation on the state of his health. The personal doctor is also responsible for all arrangements necessary to render appropriate medical aid to the INSURED (organizing diagnostic examinations and treatment in medical institutions and household conditions, special examinations and group consultations, assignment to other specialists, presentations to the Commission of experts of the INSURER regarding assignment of the INSURED to medical institutions outside the Republic of Armenia or invitation of specialists from abroad.

The personal doctor is a plenipotentiary of:

- the INSURER service before the INSURED;

- the INSURED before medical specialists and institutions.

4.15. The INSURED settles all matters connected with rendering of medical aid according to the Insurance Contract through:

a) his personal doctor;

b) a responsible representative of the INSURER.

5. Forms, volume, terms and place of medical aid delivery to the INSURED in each particular case except emergency medical care stipulated in clause 7, are determined by the experts of the INSURER; for medical aid and medicines received without orders of INSURER's specialists or in medical institutions having no corresponding contract with

him, the INSURER bears no medical and financial responsibility.

6. Validity, volume and quality of medical aid delivered to the INSURED in household conditions as well as in medical institutions, is systematically controlled by insurance service experts of the INSURER; Medical and legal responsibility for unfavourable consequences of diagnostic, medical, surgical and preventive procedures (including administration of medicines), is beared by the medical institutions and specialists immediately providing medical care, according to the present legislation of the Republic of Armenia.

By decision of INSURER's commission of experts, invitation of foreign specialist or assignment of patients for medical aid in specific medical institutions outside the Republic of Armenia are also available to the INSURED; in such cases the INSURER covers the part of expenses for medical aid, which accords to the cost of similar medical aid within the Republic of Armenia by assignment of the INSURER, or, if that form of medical aid is not available in the Republic of Armenia, half of the expenses for medical aid delivered abroad (by invited specialists), but not more than the sum stated in clause 13, including transportation expenses.

Transplantation of organs (natural and artificial), orthotic aid and ortopaedic dentistry, custom-made medical purpose articles of precious metals are subject to extra payment by the INSURANT or the INSURED.

7. Medical aid rendered to the INSURED for emergency and vital indications without orders from the INSURER's specialists and in medical institutions having no corresponding contract with him, is paid in full by the INSURER for the first 16 hours from the moment of treatment beginning. Payment for further medical aid provided after first 16 hours, is done by the INSURER only in case of impossibility, (by opinion of INSURER's experts), to transfer of the INSURED to the suggested medical institutions or organization of medical aid in household conditions; in case of refusal of the INSURED to be transferred, the INSURER covers the extra charges only for medical aid rendered before the suggestion about transfer is made. Timely notification of

the personal doctor of the INSURED within the first 24 hours from the beginning of medical aid delivery for urgent (vital) indications, or the INSURER's representative about the fact of medical aid delivery to the INSURED without orders of the INSURER's experts, constitutes a part of the duties of the INSURED; functioning and capability of the INSURED to do this notification is determined by INSURER's experts, by whose appropriate conclusion the payment for medical aid is fully provided by the INSURER for the whole time of incapability (impossibility of notification), but not more than for a week.

Expenses for medical aid, including that for emergency indications, rendered outside the Republic of Armenia without orders of INSURER's specialists, are not covered by him.

8. At the time of initial diagnostic evaluation the Insurer has the right to request, and the INSURED is obliged to provide all the information regarding former illnesses of the INSURED, available results of diagnostic examinations and former treatment components and schedules.

9. In case the medical condition of the INSURED requires specific conditions or extra expenses for medical aid as compared with terms of the Insurance Contract, the Insurer may propose to sign a supplementary protocol to the Contract or additional one-fold payment for these services. Otherwise the INSURED receives medical aid outside the sphere of competence and without support of the INSURER; in case of refusal of the INSURED to pay for additional (over the volume agreed upon in the Insurance Contract) medical aid, the Insurance Contract is cancelled by the INSURER and the INSURED receives back the sum payed in with deduction of an amount in proportion to the actually passed time of Insurance Contract validity as well as the costs of already received diagnostic and medical aid.

10. Illnesses requiring obligatory specific conditions of governmental control and registration in accordance with existing legislation, are not subject to medical aid in the framework of the Insurance Contract (tuberculosis, psychic and sexually transmitted diseases, cholera, plague and other especially dangerous infections).

11. Medical assistance, organized and payed by INSURER, can be represented by one of four possible categories, stipulated in the Insurance Contract (policy):

11.1. Category "A" medical insurance (100% medical insurance) - full range of diagnostic, medical and surgical aid according to the services itemized in clause 4 on the condition that the policy holder undergoes examination according to clause 4.1; in case of signing insurance contracts for all family members (both parents and children of 16 complete years and older), the other children of the insured family (younger than 16, but not less than 10 years old) are offered diagnostic aid in necessary volumes free of charge in compliance wltch clause 4.2.

11.2. Category "B" medical insurance (60% medical insurance) - diagnostic, medical and surgical aid according to services itemized in 4.1.,4.2.,4.4.a.,4.5. and 4.15.b. of the clause 4;

11.3. Category "C" medical insurance (30% medical insurance) - diagnostic aid according to services itemized in 4.1.,4.2.,4.3. and 4.15.b. of the clause 4;

11.4. Category "A" and "B" medical insurance contracts are signed for the benefit of individuals, by opinion of the INSURER's experts, not requiring urgent hospitalization or medical assistance according to 4.5. of the clause 4. during the nearest 30 calendar days.

For the benefit of individuals needing medical aid during nearest 30 calendar days according to 4.5., an emergency insurance contract of Category "D-1" may be signed. Diagnostic and medical aid rendered to the INSURED according to "D-1" category is provided in volume described in 4.2.,4.5. and 4.15.b. of clause 4.

11.5. Medical insurance contracts of category "A" are signed for the benefit of individuals not requiring medical aid at the moment of contract conclusion or during nearest 30 calendar days (by opinion of the INSURER's experts and in addition to the conditions stipulated in clause 11.4) according to 4.4.,4.7.,4.8.,4.12. and 4.13. of clause 4.

For the benefit of individuals needing medical aid at the moment of the Insurance Contract conclusion or during nearest 30 calendar days:

a) emergency insurance contracts of "D-2" category are signed according to 4.4 and 4.8 of clause 4. In this case the INSURED receives medical aid in volume described in 4.1.,4.2.,4.3.,4.4.,4.8.,4.11. and 4.15 of clause 4.

b) emergency insurance contracts of "D-3" category are signed according to 4.7 of clause 4. In this case the INSURED woman receives medical aid in volume described in 4.2.,4.3.,4.4.,4.5.,4.6.,4.7.,4.8.,4.9.,4.10. and 4.15. of clause 4.

c) emergency insurance contracts of "D-4" category are signed according to 4.12 of clause 4. In this case the INSURED receives medical aid in volume described in 4.2.,4.3.,4.4.,4.8.,4.12. and 4.15.b. of clause 4.

d) emergency insurance contracts of "D-5" category are signed according to 4.13. of clause 4. In this case the INSURED receives medical aid in volume described in 4.2., 4.5.,4.10.,4.13. and 4.15.b. of clause 4.

Category "D" emergency insurance contracts are signed for a period and with additional specific conditions defined in the contract. These contracts may also include other sets of medical services.

In the case the INSURED does not apply to the INSURER for medical aid until expiration of the category "D" contract, the INSURER provides reimbursement within a month with deduction of 25% of the sum paid in.

12. Contracts of categories "A" and "B" signed in breach of demands of clauses 11.4. or 11.5. due to inopportune or untimely information given by the INSURANT (INSURED) about the state of health of the INSURED, may be admitted invalid from the very moment of conclusion; in this case the INSURER provides reimbursement to the INSURANT within a month with deduction of the sum already spent for medical aid to the INSURED.

13. The INSURER takes the responsibility to organize transportation and all necessary medical aid to the INSURED in accordance with the lists of medical services for the "A", "B", and "C" categories in case any symptoms of a disease occur, and to cover expenses involved within the limits of three times the sum payed by the INSURANT for the current year.

The INSURER guarantees to use all existing possibilities of diagnostics and treatment in medical institutions of the Republic of Armenia to the benefit of the INSURED.

14. The INSURANT must systematically (annually, during

the last month of the previous year), if the Insurance Contract does not express or imply other conditions of payment, pay insurance fees. Insurance payments are done in cash or by money transfer. In certain cases, in agreement with the INSURER, the INSURANT may cover the cost of insurance fees by means of transfer of property (movable or immovable property, material and intellectual values, goods manufactured by the INSURANT) or of operating rights.

The annual insurance fees stipulated in the Insurance Contract are subject to indexation in accordance with changes of official exchange rate of the US Dollar to the Ruble (or to the money of the Republic of Armenia) since the time of Insurance Contract conclusion.

15. The sums payed in for the Insurance Contracts of categories "A", "B", "C" are not returned to the INSURANT.

Annually, 10% of total annual sum payed into account of the insurance service by the INSURANTS is used for a lottery for those INSURED individuals who have not received any insurance medical aid during the previous year. The winnings are payed in proportion to the number of full months of insurance contract validity during the previous year. The Insurants of "A", "B" and "C" categories receive correspondingly 100%, 60% and 30% of the winnings.

16. The Insurance Contract comes into force for individuals having insurance policies from the moment of payment:

a) of the first fee by money transfer - at 24:00 of the day of entry of insurance payment into account of the INSURER;

b) first or one-fold fee in cash to a representative of the INSURER - at 24:00 of the day following the day of payment.

Immediate conclusion of individual Insurance Contract directly with the INSURER (in case of payment by money transfer) and issuing of the insurance policy to him takes place after entry of the first fee into the account of the INSURER.

17. The signed contract is legalized by Insurance Policy, which is given to the INSURED within 3 days. The policy is certified by the Seal of the INSURER and signed on

the day specified in clause 16.

18. The Insurance Contract is invalid: a) since the date of expiration; b) in case the INSURANT does not enter the insurans fee; c) under circumstances stated in clause 9, 12 and 20.

19. The validity of the Insurance Contract is suspended:
a) for a period of time during which the INSURED is imprisoned by a sentence of the Court;

b) for a period of time during which the INSURED is called up for military service;

c) under circumstances and at obstacles of irresistible force (force majeure) when fulfilment of Contract conditions becomes obviously impossible - for a time period of action of these circumstances (obstacles) or their consequences.

20. The Insurance Contract becomes invalid from the day of the INSURED individual's death. In this case the INSURER provides reimbursement to the INSURANT (or the heir of the INSURED, if the INSURANT and the INSURED individual are the same natural person) within a month, which reimbursement constitutes the residue of the amount paid in according to the Insurance Contract for the current year with deduction of the sums spent for diagnostic and medical aid to the INSURED.

21. The INSURER and the INSURANT bear responsibility for incomplete discharge or non-feasance of obligations according to the Insurance Contract.

In case of delay of payment or refusal to pay according to the Insurance Contract a fine of 1% of the debt is imposed for each day of delay. The payment of the fine does not release the INSURANT or INSURER from their obligations.

Медицинский страховой центр "Апавен"
Акционерного объединения "Диагностика"

У С Л О В И Я
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Настоящие Условия определяют взаимоотношения в области медицинского страхования между Медицинским страховым центром "Апавен" Акционерного объединения "Диагностика" (далее по тексту - СТРАХУЮЩИЙ) и юридическими и физическими лицами, являющимися (и именуемыми далее) СТРАХОВАТЕЛЕМ и ЗАСТРАХОВАННЫМ.

2. Страхование осуществляется на основе страхового Договора, заключаемого СТРАХОВАТЕЛЕМ со СТРАХУЮЩИМ в соответствии с настоящими Условиями и Законодательством Республики Армения. На основе заключенного Договора ЗАСТРАХОВАННОМУ выдается страховое свидетельство (полис).

3. Страховые договоры могут заключаться на лиц, достигших 16-ти летнего возраста:

а) юридическими лицами - предприятиями, организациями, учреждениями, обществами, кооперативами, общественными и политическими организациями - в пользу своих членов, работников и других граждан;

б) физическими лицами - в свою пользу и в пользу других граждан.

4. Медицинская помощь, оказываемая ЗАСТРАХОВАННЫМ лицам по договору страхования, может включать:

4.1. Первичное диагностическое комплексное обследование и установление наблюдения за динамикой показателей здоровья ЗАСТРАХОВАННОГО;

4.2. Весь необходимый объем консультаций и диагностических исследований в диагностических центрах А/О "Диагностика" по направлениям специалистов-консультантов СТРАХУЮЩЕГО;

4.3. Оказание диагностической помощи на дому.

4.4. Оказание медицинской помощи на дому, включая:

а) врачебное консультирование;

б) фельдшерско-сестринские услуги;

в) уход за больным и его обслуживание;

4.5. Оказание лечебной помощи в медицинских учреждениях Республики Армения с улучшенными условиями пребывания, ухода и питания а также обеспечение лекарственными средства-

ми в счет страхового договора;

4.6. Стоматологическая помощь (кроме ортопедической);

4.7. Медицинское наблюдение на протяжении беременности и родовспомогательная помощь (если беременность наступила после вступления в силу страхового договора);

4.8. Обеспечение лекарственными средствами и предметами медицинского назначения для ухода за больным, при организации лечения на дому, в счет страхового договора;

4.9. Транспортное обслуживание ЗАСТРАХОВАННОГО по показаниям медицинской помощи;

4.10. Организация консилиумов в медицинских учреждениях;

4.11. Организация консилиумов на дому;

4.12. Организация медицинской помощи за пределами Республики Армения;

4.13. Приглашение специалистов из-за пределов Республики Армения для оказания медицинской помощи;

4.14. СТРАХУЮЩИЙ закрепляет за ЗАСТРАХОВАННЫМ индивидуального врача общего профиля, организующего и осуществляющего систематическое наблюдение за состоянием его здоровья.

Индивидуальный врач несет ответственность за весь комплекс мероприятий, необходимых при оказании медицинской помощи ЗАСТРАХОВАННОМУ (организация диагностики и лечения в медицинских учреждениях и на дому, комплексных обследований и консилиумов, направление к другим специалистам, обращение в экспертную комиссию СТРАХУЮЩЕГО для решения вопроса направления ЗАСТРАХОВАННОГО в медицинские учреждения за пределами Республики Армения или приглашения специалистов из-за рубежа и др.).

Индивидуальный врач является полномочным представителем:

- СТРАХУЮЩЕГО перед ЗАСТРАХОВАННЫМ;

- ЗАСТРАХОВАННОГО перед медицинскими специалистами и учреждениями.

4.15. Все вопросы, связанные с получением медицинской помощи по страховому договору, ЗАСТРАХОВАННЫЙ решает при посредстве:

а) своего индивидуального врача;

б) ответственного представителя СТРАХУЮЩЕГО;

5. Виды, объем, сроки и место оказания медицинской помощи ЗАСТРАХОВАННОМУ в каждом конкретном случае, кроме оказания медицинской помощи по срочным (жизненным) показаниям, оговоренным в пункте 7, определяются специалистами СТРАХУЮЩЕГО; за медицинскую помощь и лекарства, полученные без назначения специалистов СТРАХУЮЩЕГО или в медицинских учреж-

денях, не имеющих с ним соответствующего договора, СТРАХУЮЩИЙ медицинской и финансовой ответственности не несет.

6. Обоснованность, объем и качество медицинской помощи, оказываемой ЗАСТРАХОВАННОМУ на дому и в медицинских учреждениях, систематически контролируется экспертами страховой службы СТРАХУЮЩЕГО; за неблагоприятные последствия диагностических, лечебных и профилактических мероприятий (включая инъекции медицинских препаратов), медицинскую и юридическую ответственность несут, в соответствии с законодательством, учреждения здравоохранения и специалисты, непосредственно оказывающие медицинскую помощь.

По решению экспертной комиссии СТРАХУЮЩЕГО обеспечивается также приглашение зарубежных специалистов или направление больных для оказания медицинской помощи в конкретные медицинские учреждения за пределами Республики Армения; при этом СТРАХУЮЩИЙ оплачивает ту часть расходов на медицинскую помощь, которая соответствует стоимости аналогичной медицинской помощи в пределах Республики Армения по направлению СТРАХУЮЩЕГО или при отсутствии в Республике Армения этого вида медицинской помощи, половину стоимости оказываемой за рубежом (приглашенными специалистами) помощи, но не более оговоренной в пункте 13 суммы, включая и дорожно-транспортные расходы.

Трансплантация органов (как натуральных, так и искусственных), а также протезные работы, в том числе протезирование зубов, изготовление изделий из драгоценных металлов, подлежат дополнительной оплате со стороны СТРАХОВАТЕЛЯ или ЗАСТРАХОВАННОГО.

7. Медицинская помощь, оказанная ЗАСТРАХОВАННОМУ по срочным и жизненным показаниям, без назначений специалистов СТРАХУЮЩЕГО в медицинских учреждениях, не имеющих с ним соответствующего договора, оплачивается СТРАХУЮЩИМ в полном объеме за первые 16 часов с момента оказания этой медицинской помощи. Оплата дальнейшей медицинской помощи, оказанной по истечении первых 16-ти часов, со стороны СТРАХОВАТЕЛЯ производится только в случае невозможности, (по определению экспертов СТРАХУЮЩЕГО), перевода ЗАСТРАХОВАННОГО в предложенные ими медицинские учреждения или организации медицинской помощи на дому; при отказе ЗАСТРАХОВАННОГО от перевода, СТРАХУЮЩИЙ дополнительно оплачивает только медицинскую помощь, оказанную до предложения о переводе. Своевременное, в течении 24 часов с начала оказания медицинской помощи по срочным (жизненным)

показаниям, уведомление индивидуального врача ЗАСТРАХОВАННОГО или представителя СТРАХУЮЩЕГО о факте оказания медицинской помощи без назначения специалистов СТРАХУЮЩЕГО, входит в обязанности ЗАСТРАХОВАННОГО; дееспособность и возможность ЗАСТРАХОВАННОГО производить это уведомление определяется экспертом СТРАХУЮЩЕГО, при соответствующем заключении которого оплата медицинской помощи СТРАХУЮЩИМ производится полностью за весь срок недееспособности (невозможности уведомления), но не свыше одной недели.

Медицинская помощь, в том числе по срочным (визненным) показаниям, оказанная за пределами Республики Армения без назначения специалистов СТРАХУЮЩЕГО, оплате им не подлежит.

8. В процессе прохождения диагностического обследования СТРАХУЮЩИЙ оставляет за собой право затребовать, а ЗАСТРАХОВАННЫЙ обязуется предоставить всю доступную информацию о ранее перенесенных ЗАСТРАХОВАННЫМ заболеваниях, произведенных диагностических исследованиях и полученном лечении.

9. В случае, если у ЗАСТРАХОВАННОГО выявляются заболевания, требующие специфических условий или более значительных расходов на медицинскую помощь по сравнению с условиями страхового договора, СТРАХУЮЩИЙ может предложить подписание дополнительного протокола к страховому договору или оплату этих услуг дополнительно в разовом порядке (или же ЗАСТРАХОВАННЫЙ получает медицинскую помощь вне сферы компетенции и оплаты СТРАХУЮЩЕГО); в случае отказа ЗАСТРАХОВАННОГО оплачивать дополнительную (сверх оговоренной страховым договором) медицинскую помощь, страховой договор прекращается со стороны СТРАХУЮЩЕГО и СТРАХОВАТЕЛЮ возвращается фактически уплаченная им сумма за вычетом суммы в пропорции к реально истекшему времени страхования, а также стоимости уже полученной медицинской помощи.

10. Заболевания, при которых действующим законодательством предусматривается обязательные специфические условия государственного учета и контроля, в рамках страховых договоров оказанию лечебной помощи не подлежат (туберкулез, психические и венерические заболевания, холера, чума и другие особо опасные инфекции).

11. Медицинская помощь, оказываемая и оплачиваемая СТРАХУЮЩИМ, может быть представлена одной из нижеследующих

категорий, оговариваемых в страховом договоре (полисе):

11.1. Медицинское страхование по категории "А" (100-процентное медицинское страхование) - полный комплекс медицинской помощи согласно перечню услуг по всем подпунктам пункта 4, при условии обязательного прохождения обследования согласно пункта 4.1.; При заключении страховых договоров на всех членов семьи (родителей и детей, достигших 16-ти лет) другие дети застрахованной семьи (в возрасте от 10 до 16-ти лет), подлежат бесплатной медицинской диагностической помощи в соответствии с пунктом 4.2..

11.2. Медицинское страхование по категории "В" (60-процентное медицинское страхование) - лечебно-диагностическую помощь согласно перечню услуг по подпунктам: 4.1., 4.2., 4.4.а., 4.5. и 4.15.б. пункта 4;

11.3. Медицинское страхование по категории "С" (30-процентное медицинское страхование) - диагностическую помощь согласно перечню услуг по подпунктам: 4.1., 4.2., 4.3. и 4.15.б. пункта 4;

11.4. Договора на медицинское страхование по категориям "А" и "В" заключаются в пользу физических лиц, не нуждающихся на момент заключения договора, по определению экспертизы СТРАХУЮЩЕГО, в стационарной медицинской помощи по срочным (жизненным) показаниям, или в медицинской помощи по подпункту 4.5. пункта 4. в течение ближайших 30-ти календарных дней.

В пользу физических лиц, нуждающихся на момент заключения страхового договора, или в течение ближайших календарных тридцати дней в медицинской помощи по подпункту 4.5. может быть заключен экстренный страховой договор по категории "D-1". ЗАСТРАХОВАННЫМ по категории "D-1" диагностическая и лечебная помощь оказывается в объеме подпунктов 4.2., 4.5. и 4.15.б. пункта 4.

11.5. Договора на медицинское страхование по категории "А" заключаются в пользу физических лиц, не нуждающихся на момент заключения договора, или же в течение ближайших 30-ти календарных дней, (по определению экспертизы СТРАХУЮЩЕГО и в дополнение к условиям, оговоренным в подпункте 11.4.) также в медицинской помощи по подпунктам 4.4., 4.7., 4.8., 4.12. и 4.13. пункта 4.

В пользу физических лиц, нуждающихся на момент заключения страхового договора, или в течение ближайших календарных 30-ти дней в медицинской помощи по:

а) подпунктам 4.4. и 4.8. пункта 4 заключаются экстренные страховые договора на медицинскую помощь по категории "D-2".

при этом ЗАСТРАХОВАННЫЙ получает медицинскую помощь в объеме подпунктов 4.1., 4.2., 4.3., 4.4., 4.8., 4.11. и 4.15. пункта 4.

б) подпункту 4.7. пункта 4 заключаются экстренные страховые договора на медицинскую помощь по категории "D-3", при этом ЗАСТРАХОВАННАЯ получает медицинскую помощь в объеме подпунктов 4.2., 4.3., 4.4., 4.5., 4.6., 4.7., 4.8., 4.9., 4.10. и 4.15. пункта 4.

в) подпункту 4.12. пункта 4 заключаются экстренные страховые договора на медицинскую помощь по категории "D-4", при этом ЗАСТРАХОВАННЫЙ получает медицинскую помощь в объеме подпунктов 4.2., 4.3., 4.4., 4.8., 4.12. и 4.15.б. пункта 4.

в) подпункту 4.13. пункта 4 заключаются экстренные страховые договора на медицинскую помощь по категории "D-5", при этом ЗАСТРАХОВАННЫЙ получает медицинскую помощь в объеме подпунктов 4.2., 4.5., 4.10., 4.13. и 4.15.б. пункта 4.

Договора по категории "D" заключаются на срок и с дополнительными уточняющими условиями, оговоренными в самом договоре; эти договора возможны и с другими наборами услуг.

В случае, если ЗАСТРАХОВАННЫЙ не обратится к СТРАХУЮЩЕМУ за медицинской помощью до истечения срока действия договора категории "D", СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННЫЙ) может в месячный срок получить обратно уплаченную по договору сумму с удержанием 25 процентов этой суммы в пользу СТРАХУЮЩЕГО.

12. Договора, заключенные по категориям "А" и "В" в нарушение требований подпунктов 11.4. или 11.5. по причине несообщения (несвоевременного сообщения) СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЗАСТРАХОВАННЫМ) необходимых сведений о состоянии здоровья ЗАСТРАХОВАННОГО, могут признаваться СТРАХУЮЩИМ недействительными с момента подписания; уплаченные по такому договору страхования суммы возвращаются СТРАХОВАТЕЛЮ в месячный срок, за вычетом сумм, потраченных СТРАХУЮЩИМ на медицинскую помощь, уже оказанную ЗАСТРАХОВАННОМУ.

13. СТРАХУЮЩИЙ берет на себя обязательство организовать и оплатить ЗАСТРАХОВАННОМУ необходимую медицинскую помощь и транспортные расходы по возникновении у него субъективных или объективных признаков болезни в рамках перечней медицинских услуг согласно категориям "А", "В", "С" в пределах суммы, превышающей реально уплаченную СТРАХОВАТЕЛЕМ по страховому договору за текущий год не более трех раз.

СТРАХУЮЩИЙ является гарантом использования, по необходимости, всех имеющихся к моменту страхового события

возможностей лечебно-диагностического потенциала медицинских учреждений Республики Армения в интересах ЗАСТРАХОВАННОГО.

14. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан в течение всего срока страхования систематически (ежегодно, в течение последнего месяца предыдущего года) уплачивать страховые взносы, если договором не предусмотрены иные сроки платежей. Страховые платежи принимаются по наличному или безналичному расчету. В отдельных случаях, по согласованию со СТРАХУЮЩИМ, СТРАХОВАТЕЛЬ может возместить стоимость страховых взносов посредством передачи в собственность (или предоставление права пользования) СТРАХУЮЩЕМУ недвижимой и движимой собственности, материальных и интеллектуальных ценностей, а также продукции, произведенной СТРАХОВАТЕЛЕМ.

Суммы, предусмотренные к ежегодной уплате по страховым договорам, индексируются в соответствии с изменением официального курса доллара США к рублю (или денежной единице Республики Армения) на момент заключения Договора.

15. Суммы, уплаченные по страховому договору по категориям "А", "В", "С", возврату СТРАХОВАТЕЛЮ не подлежат.

Ежегодно, 10% сумм вырученных от реализации страховых полисов, разыгрываются в денежной (денежно-вещевой) лотерее. В розыгрыше принимают участие ЗАСТРАХОВАННЫЕ, и получившие страховую медицинскую помощь (кроме обязательного первичного обследования при страховании по категории "А") в течение предыдущего года; сумма выигрыша выплачивается в пропорции, соответствующей числу полных месяцев страхования в истекший год, при этом ЗАСТРАХОВАННЫЕ по категории "А" получают 100% выигрыша на оговоренных выше условиях, а по категориям "В" и "С" соответственно 60% и 30% выигрыша.

16. Договор страхования (если иное не оговорено договором) вступает в силу для лиц, имеющих страховые полисы при уплате:

а) первого взноса путем безналичного расчета - в 00 часов дня даты поступления страхового платежа на расчетный счет СТРАХУЮЩЕГО;

б) первого или единовременного взноса наличными деньгами представителю СТРАХУЮЩЕГО - в 00 часов дня, следующего за днем его уплаты.

Непосредственное заключение индивидуальных договоров страхования с ЗАСТРАХОВАННЫМИ (при оплате перечислением) и

выдача им медицинских страховых Полисов производится после поступления на счет СТРАХУЮЩЕГО первого взноса.

17. Заключенный договор оформляется соответствующим страховым Полисом, который выдается ЗАСТРАХОВАННОМУ в 3-х дневный срок со дня вступления договора в силу. Полис заверяется печатью СТРАХУЮЩЕГО и подписывается датой согласно пункту 16.

18. Действие страхового договора прекращается: а) по истечении срока Договора; б) неуплате СТРАХОВАТЕЛЕМ страхового взноса; в) по обстоятельствам, указанным в пунктах 9,12 и 20.

19. Действие страхового договора приостанавливается:

а) на срок лишения ЗАСТРАХОВАННОГО свободы по приговору суда;

б) на срок несения ЗАСТРАХОВАННЫМ действительной воинской службы;

в) при воздействии обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), делающих невозможным выполнение договора, на срок продолжения воздействия этих обстоятельств (или их последствий).

20. Договор считается досрочно прекращенным со дня смерти ЗАСТРАХОВАННОГО. При этом СТРАХУЮЩИЙ в месячный срок возвращает не использованную на оказание медицинской помощи сумму, уплаченной по страховому договору за текущий год за вычетом ее части, в пропорции ко времени действия страхового договора, прошедшему на этот день, а также стоимости уже полученной диагностической и медицинской помощи СТРАХОВАТЕЛЮ, или наследнику ЗАСТРАХОВАННОГО, если ЗАСТРАХОВАННЫЙ и СТРАХОВАТЕЛЬ является одним физическим лицом.

21. За невыполнение или неполное выполнение обязательств по договору страхования, СТРАХУЮЩИЙ и СТРАХОВАТЕЛЬ несут материальную ответственность в соответствии с действующим законодательством.

За просрочку или отказ от платежа по страховому договору, сторона - плательщик уплачивает стороне-получателю дополнительно, за каждый день просрочки, 1% пени от неуплаченной суммы. Уплата санкций не освобождает от обязательств.

