

**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 անբախտելի 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 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 «ԱՐՄԵՆԻԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» Ապահովագրական սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերությունը, այսուհետև՝ **Ապահովագրող**, գործելով իր Կանոնադրությամբ, գործունակ ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց հետ կնքում է մշտական բնակության երկրների և այն երկրների, որոնց քաղաքացի 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 “ARMENIA INSURANCE” ILLC (hereinafter referred to as “The Insurer”), acting on the basis of the Charter, concludes with capable 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 (covered territory), by issuing respective Insurance Certificate or **Insurance Policy** (hereinafter referred to as “the Insurance Contract”).

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

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

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

1.7. 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: Կանոնների համաձայն Ապահովագրված անձ կարող են հանդիսանալ միայն ֆիզիկական անձինք:

In case if the Insurance Contract is concluded by the insurant in its favour, all rights and obligations of the insured, stipulated in the present conditions, apply to it in full volume. In accordance with the rules only natural persons can be regarded as Insured.

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

1.8. 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.

1.9 70 տարեկան, բայց 85-ից ոչ ավել տարիք ունեցող անձի կարող են համարվել ապահովագրված անձ, հետևյալ պայմանի դեպքում՝

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

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

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

1.10 Կանոնների հիման վրա կնքված Պայմանագրով Ապահովագրողը պարտավորվում է Պայմանագրում նշված

1.10. 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 Insurant),

պատահարի (ապահովագրական դեպքի) տեղի ունենալու դեպքում, պայմանավորված վճարի (ապահովագրավճարի) դիմաց և 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 առևտրային նրա կողմից կատարված բժշկական, բժշկա-տրանսպորտային և ապահովագրության պայմանագրով սահմանված մատուցված այլ ծառայությունների համար:

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

2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐ, ԴՐԱ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐ ԶՎՃԱՐԵԼՈՒ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

2.1 Ապահովագրավճար է համարվում ապահովագրության համար նախատեսված վճարը, որն Ապահովագրողը 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 Ապահովագրի 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 Ապահովագրողը 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 Ապահովագրին ծանուցելու:

3. ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ, ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՔԸ ԵՎ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ

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

3.2 Պայմանագիրը գործում է Պայմանագրում ըստ իրենց զոնավորման (Հավելված 1) նշված երկրներում, բացառությամբ Ապահովագրված անձի մշտական ապրելավայր հանդիսացող երկրների և այն երկրների, որոնց քաղաքացին է համարվում Ապահովագրված անձը: Պայմանագրում նշված "Չոնա" նշան և Ապահովագրության տարածքի տարրնթերցման դեպքում հիմնավոր գերակա է համարվում "Չոնայի" նշումը:

3.3 Պայմանագրի գործողության տարածքից բացառվում են նաև՝
– պետությունները, որոնց տարածքում տեղի են ունենում ռազմական գործողություններ կամ անցկացվում են ռազմական հակաահաբեկչական միջոցառումներ:

upon occurrence of the event, stipulated in the Contract (the insurance case, 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).

1.11 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 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 in the territory of all countries on the mentioned zone (Annex 1) stipulated in the insurance contract, except the country of the constant residence and/or the country of citizenship of the Insured. "Zone" shall be valid priority in the case of "zona" and insurance territory misread specified in the contract.

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

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

- 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 Ապահովագրի հայտարարությունը (գրավոր կամ բանավոր), որում վերջինս հայտնում է Պայմանագրի կնքման և ապահովագրական ռիսկի գնահատմանն առնչվող ամփրամեշտ տվյալներ:

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

5. ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԵՐԸ

5.1 Ապահովադիրն (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 կրկնօրինակը,

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 (և/կամ բժշկական հաստատությունից, բժշկից, Ասսիսթանս կազմակերպությունից) ստանալ բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը և օգնություն ցույց

- 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 contract is approved when it is delevered together with its rules and regulations

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, Assistance company) all necessary documents and proofs of emergency medical assistance and that kind of , before taking a decision about payment of insurance reimbursement to the Insured (or his/her authorized representative);

տալու անհետաձգելիության և այդ տեսակ օգնության ցուցաբերման միանշանակության ապացույցը,

5.2.5 մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը, եթե Պայմանագրի կնքման պահին Ապահովադիրը (Ապահովագրված անձը) նախօրոք հայտնել է աղավաղված տեղեկություններ Ապահովագրված անձի մասին, ներկայացրել է սխալ կամ աղավաղված, կեղծ ապացույցներ ապահովագրական դեպքի տեղի ունենալու մասին, Ապահովագրողի բննարկմանն 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 ապահովագրվածը 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, անհապաղ, 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 աշխատանքային 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) բժշկատրանսպորտային 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 աշխատանքային օրյա ժամկետում այդ մասին գրավոր տեղեկացնել Ապահովագրողին, եթե դա Ապահովադիրը չի կատարել:

5.4.4 բժշկական և (կամ) բժշկատրանսպորտային 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 սահմանափակ վերահսկողության ծառայության կողմից Հայաստանի Հանրապետության Պետական սահմանը անցնելու վերաբերյալ համապատասխան նշումներով արտասահմանյան անձնագրի ներկայացման միջոցով) ապացուցել Ապահովագրողին, որ բժշկական և (կամ) բժշկատրանսպորտային օգնություն ստանալու համար դիմելու պահին ապահովագրության ժամկետը լրացած չի

5.2.5. the cases of refusal in insurance indemnity, if the Insurant (the Insured person) informed the deformed information about the Insured persons on a moment of conclusion of the Insurance Contract; has presented the false, fictitious 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 working 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 working 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 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).

եղել:

5.5 Ապահովագրող պարտավոր է՝

5.5.1 ծանոթացնել Ապահովադրին ապահովագրության Կանոնների դրույթներին,

5.5.2 ապահովագրավճարի մուծման դեպքում, Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) տրամադրել Պայմանագիր (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 ներժել այն,

5.5.4 Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) հետ հարաբերություններում ապահովել գաղտնիությունը:

6. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ՎԱՂԱԺԱՄԿԵՏ ԼՈՒՏՈՒՄԸ

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 բնօրինակը և երկրորդ օրինակը, հակառակ դեպքում Ապահովագրողին վճարված ապահովագրավճարները վերադարձման ենթակա չեն:

7. ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒՏՄԱՆ 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. ԱՐՏԱՍԱՀՄԱՆՅԱՆ ՈՒՂԵՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԶԱՂԱՔԱՑԻՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵՎ /ԿԱՄ ԲԺՇԿԱ-ՏՐԱՍՊՈՐՏԱՅԻՆ ԾԱՆՍԵՐԻ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

8. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏ

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

9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԻՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԻՐԱԿԱՆ 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՝

9.2.1 Հիվանդություն (առողջության հանկարծակի խանգարում և օրգանիզմի նորմալ կենսագործունության խախտում, որոնք առաջացել են ներքին կամ արտաքին գրգռիչների հետևանքով և

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 INSURANCE OF THE CITIZENS DURING THEIR TRAVEL ABROAD

8. OBJECT OF INSURANCE.

8.1 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 within the validity of the Insurance policy 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, unpremeditated and result of influence of external force events, 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

պահանջում են անհետաձգելի և միայն տվյալ տեսակի բժշկական օգնություն, ընդ որում տվյալ վատացումը պետք է լինի իր բնույթով ոչ քրոնիկ հիվանդության դրսևորում կամ քրոնիկ հիվանդության կյանքին վտանգ սպառնացող սրացում, ընդ որում մնան զանգատներ առաջին անգամ պետք է ի հայտ եկած լինեն ապահովագրության ժամկետի ընթացքում և ապահովագրական տարածքում գտնվելու ժամանակ):

9.2.1 կետի բացառություններ՝

- ուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարում,
- սրտի կաթված, սրտի իշեմիկ հիվանդություն և դրա հետևանքներն ու սրացումները,
- կոմա

9.2.2 դժբախտ դեպքի հետևանքով առաջացած տրավմատիկ վնասվածքներ: Ընդ որում Կանոնների շրջանակներում **դժբախտ դեպք** է համարվում հանկարծակի, չակնկալվող, չկանխատեսված և արտաքին գործոնների ազդեցությամբ պատահարները, որոնք առաջացրել են տրավմատիկ վնասվածք կամ մահ, իսկ **տրավմատիկ վնասվածք** է համարվում դժբախտ դեպքի հետևանքով առաջացած մարդու մարմնի (մարմնի որևէ մասի) անատոմիական ամբողջության խախտումը և մարդու հյուսվածքների կառուցվածքի փոփոխությունը, որն ուղեկցվում է դրանց ֆունկցիաների խանգարմամբ:

9.2.3 սուր ատամնացավ, որն առաջացել է ատամի և (կամ) դրան շրջապատող հյուսվածքների սուր բորբոքումից կամ դժբախտ դեպքի հետևանքով ստացված ծնոտային վնասվածքից:

9.3 Կանոնների 9.2 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 Պայմանագրի գործողության ընթացքում:

9.4 Ապահովագրական պատահարներ չեն համարվում Ապահովագրված անձի առողջական վիճակի վատացումը կամ մահը, և հատուցման ենթակա չեն դրանց հետ կապված ծախսերը (կամ հատուցման ենթակա են Կանոններում նշված սահմանաչափերով) այն դեպքերում, երբ Ապահովագրված անձի մոտ առկա են ներքոնշյալ հիվանդությունները, որոնք կարող են հանդիսանալ ուղղակի/անուղղակի պատճառ, ինչպես նաև ռիսկի և նպաստող գործոն վերոնշյալ վատացման և մահվան համար.

9.4.1 Ապահովագրված անձի մոտ մինչև ապահովագրության ժամկետի սկիզբը առկա հիվանդություն՝ անկախ վերջինիս վերաբերյալ որևէ բուժում ստանալու փաստից (բացառությամբ Կանոնների 11.4 կետով նախատեսված դրույթի), ինչպես նաև հիվանդություն, որի դեպքում ուղևորությունը հակացուցված է եղել Ապահովագրված անձին և (կամ) կարող էր խորացնել հիվանդության ընթացքը (պատճառ հանդիսանալ դրա սրացման համար),

9.4.2 Ապահովագրված անձի իրենց բնույթով քրոնիկ հիվանդությունների կամ նրանց սրացումներ, ինչպես նաև նախկինում տեղի ունեցած պարոլոգիաների հետևանքով առաջացած վիճակները և/կամ բարդությունները՝ անկախ դրանց առաջին անգամ ի հայտ գալու ժամկետից և դրանց կապակցությամբ նախկինում բուժում ստանալու փաստից,

9.4.3 վեներական կամ սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ,

9.4.4 հոգեկան հիվանդություններ, էպիլեպսիա (առաջնային և սիմպտոմիկ) և դրանց սրացումներ (անկախ այն բանից, Ապահովագրված անձը գիտեր դրանց մասին մինչև ճանապարհորդությունը, թե ոչ), պահվածքի խանգարումներ, այդ թվում ալկոհոլիզմի, թմրամոլության, ինչպես նաև դրանց հետ կապված տրավմատիկ վնասվածքներ,

9.4.5 ուռուցքային հիվանդություններ (բարորակ և չարորակ գոյացությունների հետ),

9.4.6 ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների հետևանքով առաջացած արևահարումներ և մաշկային ծածկույթի սուր այլ փոփոխություններ, ինչպես նաև սնկային և դերմատոլոգիական հիվանդություններ (բացառությամբ ինֆեկցիոն հիվանդությունների), այդ թվում ալերգիկ (բացառությամբ Կվինկեյի այտուցի) և սննդային դերմատիտներ,

9.4.7 Պայմանագրում և Կանոններում նշված ապահովագրության տարածքում կանխատեսված նպատակային բուժում ստանալու դեպքեր,

9.4.8 Ապահովագրված անձի կողմից իրականացված

medical-transport assistance.

9.2.1 Disease/abrupt health disorder and violation of ordinary functioning of the organism that are resulted due to internal or external irritants and need urgent and definite type of medical assistance, moreover such deterioration must be non-chronic or inflammation of life threatening chronic diseases, moreover such health complaints should be exposed within validity of the Insurance contract on the territory of the Insurance. /

Exceptions of 9.2.1 point

- acute cerebral blood circulation disorder
- heart attack
- coma

9.2.2 traumas as a result of accident; under an accident in the frameworks of the present Conditions is understood a sudden, unforeseen, unpremeditated external event resulted with a trauma or a death of the Insured person is meant; under 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.

9.2.3 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.

9.3 The expenses, suffered due to the events, stipulated in paragraph 9.2 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 The insurance does not extend to deterioration of the health condition or a death of the Insured person, and the costs which were spent on that, when the above mentioned diseases are direct or indirect cause and contributing risk factor for death and the deterioration:

9.4.1 diseases, which the Insured had prior to the beginning of the period of insurance, not depending on the fact treatment applied had against that diseases (except for the provision by the point 11.4 of the Rules), and expenses, relating to such treatment, 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).

9.4.2 chronic diseases and their acute conditions, of the Insured person; also the complex conditions which took place because of past pathologies and their complications regardless their appearance for the first time and the fact of treatment was conducted before.

9.4.3 venereal and sexually transmitted diseases;

9.4.4 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;

9.4.5 oncological diseases (benign and malignant cancer);

9.4.6 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

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

9.4.8 fulfilment by the Insured person of a deliberate crime; with a suicide

դիտավորյալ հանցագործություն, ինքնասպանություն կամ մահավորձ, ապահովագրված անձի կողմից իրեն հասցված կանխատեսված մարմնական վնասվածքներ, ակոհոլային խմիչքների կամ թմրադեղերի և տոքսիկ նյութերի կամ այլ նյութերի չթույլատրված օգտագործման և (կամ) դրանց օգտագործման (ակոհոլային խմիչքների, թմրադեղերի, տոքսիկ նյութերի օգտագործման հետքերի առկայությունը կարող է արտացոլվել բժշկական եզրակացություններում և տվյալ պատահարին վերաբերող այլ փաստաթղթերում) հետևանքների (վատթարացման), ակոհոլային, թմրադեղային կամ տոքսիկ նյութերով հարբեցության դեպքում տրանսպորտային միջոցի վարելու կամ տրանսպորտային միջոցը ակոհոլային, թմրադեղային կամ տոքսիկ նյութերով հարբեցության մեջ գտնվող անձին վստահելը, կամ առանց համապատասխան վարորդական թույլտվության անձին տրանսպորտային միջոցը վստահելը, ինչպես նաև իրեն ենթարկելը չարդացված ռիսկի, բացառությամբ անհրաժեշտ ինքնապաշտպանության դեպքերի կամ եթե այն կապված է այլ անձի կյանքը փրկելու հետ,

9.4.9 Ապահովագրված անձի առողջական վիճակին հասցված վնասը (առողջական վիճակի վատացումը) կամ մահը, որը կապված է ձիարշավի, ավտոմեքենաների մրցավազքի, սպորտային մրցույթների, դահուկային սպորտով զբաղվելու, ավիասպորտի, պարաշյուտով թռիչքի, լեռնամագլցման և այլ վտանգավոր սպորտաձևերի հետ:

9.4.10 Ապահովագրված անձի առողջական վիճակին հասցված վնասը (առողջական վիճակի վատացումը) կամ մահը՝ կապված (հայտարարված կամ չհայտարարված) պատերազմական գործողությունների ցանկացած հետևանքների, ռազմական գործողությունների, մանևրային կամ ռազմական այլ միջոցառումների, քաղաքացիական պատերազմի, տարատեսակ ժողովրդական հուզումների և գործադուլների, ատոմային պայթյունի ուղղակի կամ անուղղակի ազդեցության, ռադիացիայի կամ ռադիոակտիվ վարակման:

9.4.11 Ապահովագրողը մերժում է ապահովագրական հատուցման վճարումը, եթե պատահարը տեղի է ունեցել ահաբեկչական գործողությունների արդյունքում կամ ահաբեկչական ակտերի հետևանքների պատճառով:

9.4.12 Ապահովագրողը մերժում է ապահովագրական հատուցման վճարումը, եթե պատահարը (Ապահովագրված անձին հասցված տրավմա, հիվանդություն, մահ) տեղի է ունեցել երրորդ անձանց գործողությունների հետևանքով:

10. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԾԱԽՍԵՐ

Ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու և Կանոնների 5.4.2. (5.3.4) կետերի համաձայն Ապահովագրված անձի (Ապահովադիր) կողմից դրա մասին տեղեկացնելու վերաբերյալ պահանջները կատարելու դեպքում Ապահովագրողը Ասիստանս կազմակերպության միջոցով պարտավորվում է կազմակերպել բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային օգնության տրամադրում և իրականացնել ապահովագրական հատուցման վճարումը Ապահովագրված անձի այն ծախսերի համար, 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, ստացիոնար պայմաններում հոսպիտալացման համար հիվանդանոց տեղափոխելու ծախսեր, վիրաբուժության, ախտորոշման, դեղաբուժության, ինչպես նաև դրանց ամբուլատոր պայմաններում տրամադրման ծախսերը, ընդ որում հիվանդաբեռնակում և վերակենդանացման բաժանմունքում գտնվելու ծախսերը ենթակա է հատուցման օրեկան առավելագույնը 500 (հինգ հարյուր) պ/մ չափով, առավելագույնը 10 (տաս) օրվա 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՝

or as an attempt of suicide; with deliberate self-infliction 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-infliction to unjustified peril (excluding cases of necessary defence or attempts to save life to another person);

9.4.9 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.

9.4.10 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.

9.4.11 The Insurer refuses to pay the insurance compensation if the accident occurred due to terrorist attacks or acts of terrorism resulting consequences.

9.4.12 The insurer refuses to pay the insurance compensation if the accident (trauma, disease, death of the insured person) occurred of the third parties actions.

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 by the Insurer Assistance 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 and there provision in ambulatory conditions as ell as hospital ward and rehabilitation department expenses are due to reimbursement on daily basis max 500 c/u, max for 10 days.

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

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 *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՝ Ապահովագրի կողմից տրամադրության ծախսերի հատուցման պայմանով:

10.2 Բժշկա-տրանսպորտային օգնության տրամադրման հետ կապված ծախսեր են՝

10.2.1 *Ապահովագրական պատահարի առաջացման դեպքում առաջին բժշկական օգնության տրամադրման համար և այլ ստացիոնար բժշկական հաստատություն տեղափոխման ծախսեր:*

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 ճանապարհորդությունը 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 հնարավորինս կարճ ժամկետներում վճարում է տեղափոխության ծախսերը:

10.2.2 *Երրորդ անձանց համար տրամադրված տրասպորտային ծախսերի հատուցման վճարման հետ կապված ծախսերը:*

Բժշկական անհրաժեշտության դեպքում, եթե միայնակ ճանապարհորդող Ապահովագրված անձը սույն Կանոններում և Պայմանագրում նշված ապահովագրության տարածքում հոսպիտալացվում է 7 (յոթ) օրից ավելի ժամանակահատվածով, Ապահովագրողը կարող է տրամադրել էկոնոմ կարգի երկկողմ ուղևորատուն Ապահովագրված անձի կողմից մատնանված 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 դեպքի 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 ուղեկցողներ, իսկ ավիաընկերությունը չի տրամադրում դրանք, ապա ուղեկցողներին տրամադրում է Ապահովագրողը՝ հատուցելով միայն վերջիններիս էկոնոմ կարգի երկկողմ ուղևորատունի ծախսերը:

10.2.4 *Ապահովագրված անձի աճյունի տեղափոխման հետ կապված ծախսերը:*

Ապահովագրողը հնարավորինս սեղմ ժամկետներում կազմակերպում է հանգուցյալի աճյունի տեղափոխումը մշտական բնակության վայր, ընդ որում վերոնշյալ ծախսերը ենթակա են հատուցման մինչև 10 000 (տաս հազար) պ/մ չափով:

10.3 *Իրավաբանական խորհրդատվության տրամադրման հետ կապված ծախսերը՝*

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 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;

10.2. Expenses related to rendering of medical-transport assistance

10.2.1. *Expenses on transportation costs and other inpatient medical facility in case of insurance accident and the first medical aid.*

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 attendants are required and the airline is unwilling to provide them, then these will be provided by the Insurer and expenses are covered only for economy class round-trip tickets;

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, moreover the aforementioned expenses are covered .up to 10.000 c/u.

10.3. Expenses concerned with organization of a legal consulting

10.3.1 Եթե դրա անհրաժեշտությունն առկա է, ապա մշտական բնակության վայր հանդիսացող երկրի տարածքից դուրս գտնվելու ժամանակահատվածում սերվիսային ծառայության դիսպեչերական 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, ԶՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ ՊԱՏԱՄԻԱՆԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԼԻՄԻՏՆԵՐ (ՍԱՀՄԱՆԱԶԱՓԵՐ)

11.1 Կանոնների համաձայն բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային ծախսերի համար ապահովագրական գումարը սահմանվում է կողմերի համաձայնությանը և նշվում է Պայմանագրում:

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

11.3 Պայմանագրով Ապահովագրողի պատասխանատվության սահմանը ստամբուլի ժամանակահատվածում օգնություն ցուցաբերելու բժշկական ծախսերի գծով կարող է կազմել յուրաքանչյուր ստամբի (բայց մեկ ապահովագրական պատահարի շրջանակներում երկու ստամբից ոչ ավելի) համար մինչև 100 (մեկ հարյուր) պ/մ չափով:

11.4 Պայմանագրով 9.4 կետում նշված բոլոր ենթակետերի համար՝ Ապահովագրված անձի կյանքին վտանգ սպառնացող դեպքերում բժշկական օգնության տրամադրման հետ կապված Ապահովագրողի պատասխանատվության սահմանը կարող է կազմել ոչ ավել, քան 500 (հինգ հարյուր) պ/մ չափով:

11.5 Պայմանագրի 9.2.2 կետում նշված մեկ պատահարի հետևանքով տրավմատիկ վնասվածքների վիրաբուժական բուժումը ենթակա է հատուցման ոչ ավել քան 5 000 (հինգ հազար) պ/մ չափով (Թուրքիայում և Եգիպտոսում՝ ոչ ավել քան 3 000 (երեք հազար) պ/մ չափով), ընդ որում, երբ.

11.5.1 ապահովագրված անձին նման միջամտությունը կատարվում է միայն կյանքին վտանգ սպառնացող դեպքերում

11.5.2 տվյալ վիրաբուժական միջամտությունը միակ կիրառելի տարբերակն է տվյալ վնասվածքի համար (վերոնշյալ կետերի համար անհրաժեշտ է ունենալ բուժող բժշկի գրավոր հաստատումը):

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

11.7 Եթե ապահովագրական պատահարը իրենից ներկայացնում է ուշաթափության, օրթոստատիկ կոլլապսների, գիտակցության կորստի և սինկոպեի դեպքեր, որոնք ի հայտ են եկել անհայտ և հայտնի պատճառներով, և հետազոտությունների արդյունքում հայտարարվել են միայն քրոնիկ հիվանդություններ, կամ հիվանդություններ չեն հայտնաբերվել, ապա ապահովագրական պատահարները ենթակա են հատուցման միայն 500 (հինգ հարյուր) պ/մ չափով, ընդ որում վերոնշյալ վիճակները պետք է արձանագրված լինեն շտապ բուժօգնության ծառայության աշխատակիցների կամ լիցենզավորված բուժաշխատողի կողմից:

11.8 Չունա 3-ի երկրների տարածքներում ապահովագրական պատահարի դեպքում՝

- Ապահովագրողը և Ասիսթանս կազմակերպությունը չեն տրամադրում որևէ վճարման երաշխիք որևէ բժշկական հաստատությանը:

- Ապահովագրված անձն ինքն է վճարումներ կատարում բոլոր բժշկական ծառայությունների համար, որից հետո հատուցում ստանալու նպատակով Ապահովագրողին դիմումի հետ միասին ներկայացնում է վճարման և բժշկական փաստաթղթերը:

- Չունա 3-ի երկրների կլինիկաներում ամբուլատոր (արտահիվանդանոցային) պայմաններում կատարված հետազոտությունները ենթակա են հատուցման առավելագույնը 1000 (մեկ հազար) պ/մ չափով, եթե այդ հետազոտությունների արդյունքում պարզ է դառնում ապահովագրական պատահարի առկայության փաստը:

- պատահարը ենթակա է հատուցման հիվանդանոցում

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

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 100c/u per tooth (but not more than for 2 teeth) under each insurance case.

11.4 Under the Contract for all the sub-points of the point 9.4 the limit of responsibility of the Insurer on rendering 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 c/u

11.5 The amount of the insurance reimbursement for traumatic injuries mentioned in 9.2.2 cannot exceed the respective limit 5000 c/u /in turkey and Egypt up to 3000 c/u/when

11.5.1 there is life and death issue for the Insured

11.5.2 this type of surgical intervention is only applicable for this injury (it's necessary to have a doctor's written approval for the above mentioned points).

11.6 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.

11.7 If the insured incident is a faintness, orthostatic collapse, loss of consciousness and cases of syncope, that are the evidence of known or unknown reasons, and the chronic diseases were found during the medical examination or no diseases were found, the insurance cases will be subject to reimbursement only in amount of 500 c/u, moreover the above mentioned conditions must be recorded by the ambulance staff or by a licensed medical employee.

11.8. In case of insurance cases in regions of Zone No 3:

- The Insurer and the Assistance company do not give guarantee for payment to any medical institution.
- The Insured person makes all the payments for all medical services, after all presenting all the medical and financial documents to the Insurer for reimbursement.
- In regions of Zone No 3 all out-patient examinations are reimbursed in maximum amount of 1000 c/u, if as a result of examinations the insurance case is proven.
- For in-patient insurance cases the amount of reimbursement is 500 c/u for each hospitalized day, but not more than 3000 c/u for each insurance case.

անցկացրած յուրաքանչյուր օրվա համար ոչ ավել քան 500 (հինգ հարյուր) պ/մ չափով, բայց ոչ ավել քան 3000 (երեք հազար) պ/մ չափով յուրաքանչյուր դեպքի համար:

11.9 Պայմանագրով հստակ չֆիքսված օրերով մեկ ամսվա ընթացքում 8 օր ապահովագրված օրերի քանակով ապահովագրություն ձեռք բերած Ապահովագրված անձի համար յուրաքանչյուր ապահովագրական պատահարի համար հատուցման առավելագույն սահմանաչափը սահմանվում է 1000 (մեկ հազար) պ/մ:

11.10 Ապահովագրական հատուցում իրականացնելուց հետո ապահովագրական գումարը ինքնաշխատ կերպով նվազեցվում է հատուցված գումարի չափով: Ապահովագրական գումարը համարվում է նվազեցված ապահովագրական հատուցում վճարելու մասին Ապահովագրողի եզրակացությունը համապատասխան ստորագրությամբ Ապահովադրին առձեռն հանձնելու կամ փոստով ուղարկելու պահից: Ապահովագրական հատուցման գումարը ստանալուց հետո Ապահովադիրն իրավունք ունի լրացուցիչ ապահովագրավճարի դիմաց վերականգնել նախնական ապահովագրական գումարի չափը: Նախնական ապահովագրական գումարի չափը չվերականգնելու դեպքում Ապահովագրական պայմանագրի գործողության ընթացքում հաջորդ հատուցման ժամանակ հաշվի է առնվում նվազեցված

12. ԱՊԱՀՆՎԱԳՐՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ՉՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԾԱՆՍԵՐ

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 (երկու հարյուր հիսուն) պ/մ չափը 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, 12.1.3 կետերով նախատեսված, բացառությամբ եթե Ապահովագրված անձի (նրա ներկայացուցչի, Ապահովադրի (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, ընդ որում Ապահովագրողին կամ սերվիսային ծառայությանը հեռախոսազանգով դեպքի վերաբերյալ տեղեկացումը բավարար չէ ծախսերը հատուցման ենթակա ճանաչելու համար: Ապահովադրին (Ապահովագրված անձին) մատուցած յուրաքանչյուր ծառայություն և դրա համապատասխան արժեքը պետք է համաձայնեցված լինի Ապահովագրողի հետ կամ անմիջապես, կամ սերվիսային ընկերության միջոցով: Սույն կետի համար բացառություն են կազմում 11.7 կետով սահմանված պատահարները:

12.1.3 Բժշկական և բժշկա-տրանսպորտային ծախսերը համարվում են համաձայնեցված, եթե դրանց ծավալի և արժեքի վերաբերյալ առկա է գրավոր կամ հեռախոսային տեղեկացում Ապահովագրողին կամ Ասիսթանս կազմակերպությանը և պատասխան գրավոր հաստատում Ապահովագրողի կողմից դրանց հատուցման վերաբերյալ:

12.1.4 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,

12.1.5 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,

12.1.6 պլաստիկ և վերականգնողական վիրաբուժության և տարբեր տեսակի պրոթեզավորման, ներառյալ աչքի և ատամի, ինչպես նաև սրտի և անոթների (աորտային-սնուցող շունտավորման, ստենտավորման), ինչպես նաև սրտի հետ կապված կրոնոարոանգիոգրաֆիայի և/կամ յուրաքանչյուր վիրաբուժական

11.9 For the 8 days of insurance coverage, contractually not fixed per month, the maximum compensation limit is provided 1000 (one thousand) c/u per each insured person per each insurance claim.

11.10 After providing claim insurance, the overall insurance amount decreases from the reimbursed amount. The insurance amount is considered deducted upon and in accordance with the Insurants signature hand-delivered or mailed. Upon the receipt of insurance compensation the Insurant can recover primary insurance amount. If the primary insurance amount is not recovered, the deducted insurance amount will be taken into consideration for the next compensation.

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 c/u, in case of non-fulfilment by it (its representative), the Insurant, of the conditions to make the Insurer agree about the treatment, under points 5.3.4, 5.4, 12.1.3 of 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; however, it is not sufficient for the Insurer or the service company to get information about the insurance case by the phone for the reimbursement of the expenses. Any service provided to the Insurant (Insured person) and its relevant costs must be agreed upon either directly with Insurer or through the service company, with the exception of the cases exemplified in point 11.7.

12.1.3 Medical and medical transportation expenses are regarded as agreed upon if there is a written or telephone notification to the Insurer or the Assistance company regarding their cost and value as well as written confirmation on behalf of the Insurer for their reimbursement.

12.1.4 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;

12.1.5 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;

12.1.6 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), as well coronarangiography and/or any surgical intervention associated with cardiac surgery even if there are

միջամտության, նույնիսկ դրանց իրականացման համար բժշկական ցուցման եզրակացության առկայության պարագայում,

12.1.7 բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չհամարվող և (կամ) բժշկի կողմից չընձանակված/չցուցված բուժական միջոցառումների տրամադրման հետ կապված ծախսերը,

12.1.8 ոչ ավանդական (ծողովրդական բժշկության) մեթոդներով բուժման հետ կապված ծախսերը,

12.1.9 առողջարան-կուրորտային բուժման, առողջարանային, թերապևտիկ կամ խնամատարական ծախսերը,

12.1.10 հղիության հետ կապված ցանկացած պաթոլոգիաներ, նորմալ ընթացող հղիության կամ ծննդաբերության , ինչպես նաև երեխայի հետծննդյան խնամքի հետ կապված ծախսերը,

12.1.11 հղիության ընդհատման հետ կապված ծախսերը, որոնք կապված չեն ապահովագրական պատահարի հետ ,

12.1.12 ցանկացած պրոֆիլակտիկ հետազոտության, բժշկական պրոֆիլակտիկ ընդհանուր զննության, ինչպես նաև կանխարգելիչ պատվաստումների հետ կապված ծախսերը,

12.1.13 ՉԻԱՀ/ ՄԻԱՎ, վարակի, դրանց հետևանքների և սրացումների հետ կապված ծախսերը,

12.1.14 ցանկացած երկրի զինված ուժերում Ապահովագրված անձի ռազմական ծառայության կամ կազմավորումներում մասնակցելու արդյունքում հետևանքով կատարված ծախսերը,

12.1.15 ծախսերը, որոնք կարող են հատուցվել այլ աղբյուրներից՝ ներառյալ այլ ապահովագրության պայմանագրերի (վկայագրերի) հիման վրա,

12.1.16 ոչ բժշկական բնույթի ծախսերը, օրինակ հեռախոսազանգի համար վճարները, բացառությամբ ապահովագրական դեպքով պայմանավորված Ապահովագրողին կամ նրա ներկայացուցչին կատարված հեռախոսազանգերի և (կամ) ֆաքսերի համար վճարները,

12.1.17 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,

12.1.18 վիրուսային հեպատիտների, (բացառությամբ «A» և «E» հեպատիտը) դրանց հետևանքների և սրացումների հետ կապված ծախսերը

12.1.19 ազգականների կողմից հիվանդի բուժման կամ խնամքի հետ կապված ծախսերը, անկախ նրանից հանդիսանում են նրանք արտոնագրված բժշկական մասնագետներ, թե ոչ,

12.1.20 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,

12.1.21 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,

12.1.22 Բժշկական պարագաների և սարքերի առք և վերանորոգում,

12.1.23 Էվակուացիայի ծախսերը այն հիվանդությունների և մարմնական վնասվածքների դեպքում, որոնք հնարավոր է բուժել տեղում և չեն կարող խոչընդոտել ապահովագրվածի ուղևորությանը դեպի բնակության երկիր,

12.1.24 Հիվանդանոցային, բժշկի կամ բուժքրոջ ծառայությունները, որոնք դիագնոստիկայի և բուժման համար պարտադիր չեն համարվում,

12.1.25 Վերականգնողական և բուժական թերապիա, ֆիզիոթերապիա,

12.1.26 Էքսկուրսիաներին կամ այլ միջոցառումներին մասնակցելու անհնարինության հետևանքով բարոյական վնասի փոխհատուցման ծախսերը,

12.1.27 Սարմնական վնասվածքներ, որոնք ապահովագրվածը ստացել է թռչող ապարատը ղեկավարելու ժամանակ,

12.1.28 Այն հոսպիտալացման և հետազոտությունների ծախսերը, որոնց չի հաջորդում որևէ բժշկական օգնություն կամ բուժում,

12.1.29 Կանոնների 9.2 կետում նշված ապահովագրական պատահարների հետ առնչություն չունեցող այլ ծախսերը:

medical indications to such interventions;

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

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

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

12.1.10 Any pathology connected with normal pregnancy as well as expenses related to a normal or pathological course of pregnancy and childbirth;

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

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

12.1.13 Expenses to the Virus of Immune Deficiency (AIDS) and its consequences (complications);

12.1.14 Expenses incurred as a result of the member engaging in active service in the Armed Forces of any nation;

12.1.15 Expenses which can be covered on the basis of other insurance policies;

12.1.16 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;

12.1.17 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;

12.1.18 Expenses, other responsibility connected with infection, diseases or consequences of virus hepatitis (exacerbation), excluding hepatitis “A” and “E”;

12.1.19 Expenses related to treatment of the Insured or nursing care, administered by his/her relatives, whether they are qualified medical practitioners or not;

12.1.20 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;

12.1.21 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;

12.1.22 Buying and repair of medical assistance instruments;

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 Hospitalization and examination expenses that are not followed by any medical assistance or curing.

12.1.29 Other expenses, not connected with occurrence of the events, stipulated in p. 9.2.

13. ACTIONS OF THE PARTIES UPON

ՊԱՏԱՀԱՐ ՏԵՂԻ ՈՒՆԵՆԱԼՈՒ ԴԵՊՋՈՒՄ

13.1 Ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու դեպքում Ապահովագրված անձը (նրա ներկայացուցիչը) կամ Ապահովագրողը պարտավոր է անհապաղ ծանուցել պատահարի մասին սերվիսային ընկերությանը՝ 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 հետազոտումը 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:

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

14.1 Ապահովագրական հատուցումն իրականացվում է, եթե՝

14.1.1 Ապահովագրված անձը բժշկական ծառայություններից օգտվել է սերվիսային ընկերության (Ապահովագրողի ներկայացուցիչ) օժանդակությամբ: Բժշկական հաստատությունը, բժիշկը և (կամ) տրանսպորտային կազմակերպությունը հաշիվը՝ կից Պայմանագրով, ուղարկում է անմիջապես սերվիսային ընկերություն (Ապահովագրողի ներկայացուցիչին), 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, 12.1.2 և 12.1.3 կետերի պահանջների պահպանմամբ հատուցում է այդ ծախսերը (կամ վճարում է հաշիվը)՝ Ապահովագրված անձի (նրա լիազորված ներկայացուցիչի) գրավոր դիմումի և բնօրինակ փաստաթղթերի և դրանց հաստատված թարգմանությունների հիման վրա:

14.2 Ապահովագրական հատուցում ստանալու մասին դիմումին կից պետք է ներկայացվեն՝

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 ըստ առանձին բժշկական ծառայությունների արժեքների տարանջատմամբ (դժբախտ դեպքի մասին բժշկական փաստաթղթեր), ընդ որում հստակ ախտորոշման բացակայությունը հիմք է հանդիսանում տվյալ հայտի մերժման համար:

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 (հաշիվ) 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

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 professional secrets in respect of the Insurer.

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, 12.1.2 and 12.1.3 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) moreover the absence of definite diagnosis is regarded as basis to decline the application.

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-

առողջական վիճակի մասին (ամբուլատոր կամ ստացիոնար հիվանդի բժշկական քարտը և այլ առաջնային բժշկական փաստաթղթեր): Ապահովագրողն իրավունք ունի մաս ցանկացած բժշկական ձեռնարկությունից ինքնուրույն կատարել հարցումներ և ստանալ բժշկական փաստաթղթեր, որոնք անհրաժեշտ են ապահովագրական հայտի վերջնական կարգավորման համար,

14.2.8 Ապահովագրողի պահանջի դեպքում՝ արտասահմանյան անձնագիրը՝ Հայաստանի Հանրապետության Պետական տարածքն անցնելու և վերադառնալու մասին սահմանապահ հսկողության նշանով, 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 և անգլերեն լեզվից այլ օտար լեզուներով կազմված վերոնշյալ փաստաթղթերը պետք է ունենան համապատասխան հաստատում ունեցող թարգմանությունները: Ապահովագրողի (ապահովագրված անձի) կողմից փաստաթղթերի թարգմանության համար կատարված ծախսերը Ապահովագրողի կողմից ենթակա են հատուցման:

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

Այդ ժամկետում Ապահովագրողի (Շահառուի) կողմից Կանոններով սահմանված փաստաթղթերը չներկայացնելու կամ գրավոր որևէ միջնորդություն սահմանված երկու ամսյա ժամկետը երկարաձգելու մասին չներկայացնելու դեպքում, Ապահովագրողը Կանոնների համաձայն Ապահովագրողի կողմից ստանձնած 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 քննարկման 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 7 աշխատանքային 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) հանձնում է անձամբ կամ տրամադրում է փոստային առաքմամբ: 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 վերաբերյալ հատուցման կամ մերժման մասին որոշման ընդունումից հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

15. Ֆորս-մաժոր (անհաղթահարելի ուժ)

15.1 Կողմերն ազատվում են Կանոններով և Պայմանագրով սահմանված պարտականությունների կատարումից, եթե պատահարը հետևանք է անհաղթահարելի ուժի, մասնավորապես՝ գործադուլի, ներխուժման, ռազմական գործողությունների (անկախ պատերազմ հայտարարելու

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 and returning to 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 and English languages must have relevant notary verification. If the case is subject to reimbursement, the latter must also cover the expenses for the translations of the documents made by the Insurant (Insured person).

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) 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 seven 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 parties are exempted from complying with rules and obligations specified in the contract, if the accident was caused by force majeure 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

հանգամանքից), քաղաքացիական պատերազմի, սպտամբուրքյան, 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. ՎՆԱՍԻ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՊԱՀԱՆՁԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԻՑ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻՆ ԱՆՑՆԵԼԸ (ՍՈՒԲՐՈԳԱՑԻԱ)

16.1 Ապահովադրի (Շահառուի) պահանջի իրավունքը, որը նա ունի վնաս պատճառելու համար պատասխանատու անձի նկատմամբ, անցնում է ապահովագրական հատուցումն իրականացրած Ապահովագրողին՝ վերջինիս կողմից վճարված գումարի սահմաններում:

16.2 Ապահովադիրը (Շահառուն) պարտավոր է հնարավորության դեպքում, վնաս պատճառելու համար պատասխանատու անձանց ներկայացնել պատշաճ կերպով ձևակերպված պահանջ և Ապահովագրողին փոխանցել մեղավոր անձանց նկատմամբ պահանջի իրավունքն իրականացնելու համար բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը:

16.3 Եթե Ապահովադիրը (Շահառուն) հրաժարվել է Ապահովագրողի կողմից հատուցված վնասների համար պատասխանատու անձի նկատմամբ իր պահանջի իրավունքից կամ այդ իրավունքն իրականացնելն անհնարին է դարձել Ապահովադրի (Շահառուի) մեղքով, Ապահովագրողը լրիվ կամ համապատասխան մասով ազատվում է ապահովագրական հատուցում վճարելուց և իրավունք ունի պահանջելու ապահովագրական հատուցման ավել վճարված գումարի վերադարձ:

17. ԱՅԼ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

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

17.2 Պայմանական միավոր (պ/մ) – Շենգենյան տարածքում ներառված երկրներում տեղի ունեցած պատահարի համար ապահովագրական հատուցման վճարման միջոց է համարվում Եվրոյին համարժեք ՀՀ դրամը, իսկ Շենգենյան տարածքից դուրս գտնվող երկրների համար, անկախ տվյալ երկրի ազգային արժույթից՝ ԱՄՆ դոլարին համարժեք ՀՀ դրամը:

vehicles up to 3.5 tones), radioactive pollution, earthquake, flood and other natural disasters or any other force-major circumstances.

16. The Right to Claim Damage Compensation that Transfers from Insurer to Insurant (Subrogation)

16.1 The right of claim of Insurant (Beneficiary) from the person who conducted the damage transfers to Insurer taking into account the amount that was paid by Insurant.

16.2 The Insurant is required to provide all the necessary documents with properly written claims to the persons responsible for the damage, as well as the Insurant's claiming right to the Insurance company.

16.3 If the Insurant has refused to implement his claiming rights or it has become impossible to implement the obligations of the contract, the Insurer can exempt himself from the payment in the whole or partially, as well as has the right to claim the return of the amount paid in excess of insurance reimbursement.

16. OTHER TERMS

16.1 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.

16.2 Conventional unit/c/u/- the currency for the reimbursement of the accidents occurred in Schengen states is regarded equivalent AMD for Euro and for the states outside of Schengen zone, despite the national currency-equivalent AMD for USD.