

**Könüllü tibbi sığorta
QAYDALARI**

BAKI - 2015

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

ANLAYIŞLAR

- **Könüllü tibbi sığorta** – tibbi sığorta proqramına daxil edilən tibbi xidmətlərə görə Sığorta olunanın tibb müəssisələrinin ona göstərdiyi xidmətlərlə əlaqədar yaranan xərclərinin əvəzinin tam və ya qismən ödənilməsi miqdarında sığorta ödənişinin həyata keçirilməsini nəzərdə tutan sığorta sinfi.
- **Tibbi Sığorta müqaviləsi** – qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada sığortalı ilə sığortaçı arasında bağlanan, sığortalının müvafiq sığorta haqqı ödəməsi müqabilində sığorta hadisəsinin baş verməsi əsasında sığorta olunana seçilmiş tibbi sığorta proqramına uyğun olaraq göstərilən tibbi yardımın təşkilini və sığorta ödənişinin həyata keçirilməsini, eyni zamanda tərəflərin hüquq və vəzifələrini müəyyən edən yazılı razılaşmadır.
- **Sığorta şəhadətnaməsi** – sığortalı ilə sığortaçı arasında sığorta müqaviləsinin bağlanması faktını təsdiq edən və həmin müqavilənin əsas məzmununu əks etdirən sənəddir.
- **Sığortaçı** – sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan sığorta hadisəsi baş verdiyi halda qanunvericiliklə və ya müqavilə ilə müəyyən olunmuş qaydada sığorta ödənişini vermək öhdəliyi daşıyan sığorta müqaviləsinin tərəfidir. Bu Qaydaların məqsədləri üçün sığortaçı qismində “Meqa Sığorta” ASC nəzərdə tutulur.
- **Sığortalı** – sığorta haqqı ödəyən, sığorta obyektinin sığorta etdirilməsində sığorta marağı olan sığorta müqaviləsinin tərəfidir.
- **Sığorta olunan** – sığorta müqaviləsinə əsasən sığortalanan və sığorta hadisəsi baş verdikdə sığorta müqaviləsindən doğan haqları istifadə edən şəxs.
- **Fərdi sığorta** – bir şəxsin tək başına və ya həyat yoldaşı, uşaqları, ata və anası, qəyyumluğunda olan şəxslərlə birlikdə sığortalanmasıdır.

- **Qrup halında sığorta** – eyni hüquqi şəxsədə fəaliyyət göstərən əməkdaşların birlikdə sığortalanmasıdır.
- **Sığorta obyektı** – sığorta olunanın sığorta müqaviləsində və bu Qaydalarda göstərilən sığorta hadisəsinin baş verməsi ilə tibbi sığorta proqramında nəzərdə tutulan həcmdə tibbi və digər xidmətlər alması ilə əlaqədar olan əmlak maraqları.
- **Sığortanın ərazisi** – sığorta müqaviləsində göstərilən və hüdudlarında sığorta predmetinin sığortalanmış hesab olunduğu ərazi.
- **Sığorta haqqı** – risklərin qəbul edilməsi və ya bölüşdürülməsi müqabilində sığorta qanunvericiliyinə uyğun olaraq, sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan qaydada sığortalının sığortaçıya ödəməli olduğu pul məbləği.
- **Sığorta məbləği** – sığorta məbləği sığorta müqaviləsinə əsasən sığortaçının həyata keçirməli olduğu sığorta ödənişinin və sığortalanmış risklər üzrə məsuliyyətinin maksimal həddini ifadə edir.
- **Sığorta riski** – sığorta olunanın tibb müəssisəsində tibbi xidmət alması ilə əlaqədar xərclərin yaranmasına səbəb olan hadisənin baş verməsi ehtimalı, həmçinin bu ehtimala qarşı sığortaçının üzərinə götürdüyü öhdəlik.
- **Sığorta marağı** – sığorta hadisəsinin baş verəcəyi təqdirdə sığortalının maliyyə itkisinə məruz qalması ehtimalı ilə şərtlənən və onun sığorta obyektini sığorta etdirmək hüququnun əsaslandığı mənafeidir.
- **Sığorta ödənişi** – sığorta hadisəsi nəticəsində sığorta olunanın sağlamlığına dəyən zərərə görə tibb müəssisəsinin göstərdiyi xidmətlər müqabilində sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş qaydada və müddətdə sığortaçı tərəfindən tibb müəssisəsinə, belə xidmətlərin əvəzi sığorta olunan tərəfindən ödənilməli halda isə sığorta olunana ödənilən məbləğ.
- **Şərtsiz azadolma məbləği** – sığorta müqaviləsində (şəhadətnaməsində) yazılan nisbətlər daxilində sığorta ödənişindən sığorta olunan üzərinə düşən hissə. Şərtsiz azadolma məbləği nəzərdə tutulduqda, həmin məbləğ hər bir halda zərər məbləğindən çıxılır.
- **Şərtsiz gözləmə müddəti** – bu müddət ərzində sığorta tələbi və ya sığorta ödənişi sığorta hadisəsinin baş verməsindən keçən həmin müddət qədər vaxt ərzində yaranan itkilərə şamil edilmir.
- **Mövcud xəstəliklər** – Əlamət və simptomlarını sığorta müqaviləsinin (şəhadətnaməsinin) hüquqi qüvvə qazandığı tarixdən əvvəl büruzə verən və sığorta olunana məlum olan xəstəliklər.

- **Xroniki xəstəlik və ya vəziyyət** – elə bir xəstəlik yaxud zədələnmədir ki, ən azından aşağıdakı əlamətlərdən birini daşıyır:
 - uzun müddət davam edir və müalicəsi bəlli deyil;
 - residiv verir yaxud residiv vermə ehtimalı var (Vaxtaşırı xəstəliyin simptomları geri qayıdır);
 - daimi xəstəlikdir (xəstəliyin əlamətləri bəzən azalıb, bəzən artsa da hər zaman mövcuddur);
 - xəstəliyi aradan qaldırmaq üçün reabilitasiyaya ehtiyac vardır;
 - xəstəliyin uzun müddətli müayinələrə, diaqnostik testlərə, həkim baxışlarına və həkim nəzarətinə ehtiyacı var.
- **Təcili və təxirəsalınmaz hallar** – bu Qaydalarda göstərilən standart istisnalar arasında yer almayan, ani bir xəstəlik və ya yaralanma nəticəsində ortaya çıxan və həyat üçün təhlükə yaradan hallara deyilir. “Meqa Sığorta”ASC tərəfindən müəyyən edilən təcili və təxirəsalınmaz hallar aşağıdakılardır:

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

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

- **Sağlamlıq haqqında məlumat forması** – sığorta müqaviləsi (şəhadətnaməsi) sığortalı/sığorta olunan tərəfindən doldurulmuş məlumat forması əsasında bağlanır və bu forma sığorta müqaviləsinin (şəhadətnamənin) ayrılmaz tərkib hissəsi hesab edilir.
- **İlkin müayinə** – sığorta olunacaq şəxsin sığorta olunub-olunmayacağını və ya hansı şərtlərlə sığorta olunacağını müəyyən etmək üçün sığortaçının təyin etdiyi tibb müəssisəsində müayinə.
- **Tibb müəssisəsi** – sığortaçı ilə bağladığı müqaviləyə əsasən sığorta hadisəsi baş verdikdə sığorta olunana tibbi yardım və müqavilədə nəzərdə tutulmuş digər xidmətlər göstərən və göstərdiyi xidmətlərə görə sığortaçıdan haqq alan müvafiq xüsusi icazəsi olan hüquqi şəxslər, həmçinin qanunvericiliklə nəzərdə tutulmuş qaydada özəl fəaliyyət göstərən fiziki şəxslər.

FƏSİL 1. ÜMUMİ MÜDDƏALAR

1. Sığorta münasibətlərinin subyektləri

- 1.1. Bu Qaydalara uyğun olaraq tibbi sığorta münasibətlərinin subyektləri dedikdə sığortaçı, sığortalı, sığorta olunanlar, tibb müəssisələri və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər başa düşülür.
- 1.2. Sığortalı hüquqi şəxsdirsə, onun işçilərinin, vəzifəli şəxslərinin və qanunvericiliyə, müqaviləyə yaxud etibarnaməyə müvafiq olaraq onun adından çıxış etməyə səlahiyyəti olan digər nümayəndələrinin hərəkətləri sığortalının hərəkətləri hesab edilir.
- 1.3. Sığorta müqaviləsinin başqa şəxsin xeyrinə bağlanması sığortalını həmin müqavilə üzrə öhdəliklərini yerinə yetirməkdən azad etmir.
- 1.4. Əgər sığorta müqaviləsində digər sığorta olunan göstərilməmişdirsə, həmin müqavilə üzrə sığortalı həm də sığorta olunan hesab edilir.

2. Sığorta müqaviləsinin predmeti və sinifi

- 2.1. Bu Qaydalar üzrə sığorta predmeti sığorta müqaviləsi üzrə sığortalanan əmlak mənafelərinin aid olduğu fiziki şəxsdir.
- 2.2. Bu Qaydalarla müəyyən olunan sığorta növü sinifinə görə tibbi sığorta sinifinə aid edilir.

FƏSİL 2. SİĞORTA TƏMİNATI

3. Sığorta hadisəsi

- 3.1. Sığorta olunanın sığorta müddəti ərzində təsadüfilik əlaməti daşıyan, istisnalar arasında yer almayan xəstəliyə məruz qalması və bədbəxt hadisə nəticəsində yaralanması ilə əlaqədar tibbi yardım almaq məqsədi ilə sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş tibb müəssisələrinə müraciəti sığorta hadisəsi hesab olunur. Sığorta olunanın mövcud xəstəliklərlə əlaqədar tibb müəssisələrinə müraciəti sığorta hadisəsi hesab edilmir.
- 3.2. Sığorta müqaviləsində şərtsiz gözləmə müddəti təyin oluna bilər. Bu müddət ərzində sığorta olunanın sığorta müqaviləsində və bu Qaydalarda göstərilən hadisələrlə əlaqədar tibbi yardım almaq üçün tibb müəssisəsinə müraciəti sığorta hadisəsi hesab olunmur.
- 3.3. Sığortaçı sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət ərzində sığorta olunanın sığorta hadisəsi nəticəsində yaranan tibbi xərclərinin bu Qaydalara müvafiq olaraq və sığorta müqaviləsində (şəhadətnaməsində) göstərilmiş məbləğ həddində ödənilməsinə təminat verir.

4. Gözləmə müddəti

- 4.1. Gözləmə müddəti (əgər müqavilədə nəzərdə tutulmuşdursa) yalnız sığorta müqaviləsinin ilk ilində tətbiq olunur və sığorta müqaviləsinin yenilənməsi ilə ortadan qalxır. Gözləmə müddəti şərtinin tətbiq olunduğu hallar aşağıdakılardır:
 - öd kisəsi və öd yollarının daş xəstəliyi ilə əlaqədar tibbi xərclər;
 - dermoid kista, anorektal xəstəliklər (anal çat, anal fistula, paraproktit, babasil və s.);
 - bütün növ yırtıqlar, onurğa sütunu cərrahiyyəsi ilə əlaqədar bütün tibbi xərclər;
 - böyrək, sidik kisəsi və sidik yollarının daş xəstəliyinin müalicəsi;
 - qalxanvarı və paratiroid vəzi xəstəliklərinin müalicəsi;
 - prostat vəzi xəstəliklərinin diaqnostika və müalicəsi;
 - ağırlı diz oynaq problemlərinin (menisk, vətər, bağ və qığırdaq patologiyaları) diaqnostika və müalicəsi;
 - katarakta, qlaukoma, retinal deformasiyalar/patologiyalar ilə əlaqədar müalicə xərcləri;

- burun polipləri, burun balıqqulaqlarının hipertrofiyası, adenoid (udlaq badamcığının hipertrofiyası), damaq badamcıqlarının hipertrofiyası, haymorit ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- hidrosele, sistosele, rektosele, spermatosel, varikosele ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- bütün növ kistalar (dəri, dərialtı, böyrək, vaginal, yumurtalıqın kistası və s.), lipoma, hiqroma, uşaqlığın mioması ilə əlaqədar müalicə xərcləri;
- böyrək, dalaq və mədəaltı vəzi xəstəliklərlə əlaqədar cərrahi əməliyyatlar(bədbəxt hadisə zamanı alınan travmalarla əlaqədar cərrahi əməliyyatlar xaric);
- hipertoniya xəstəliyi;
- doğum təminatı verilən Sığorta müqavilələrində hamiləlik, fizioloji və operativ doğuş, düşük və bunların fəsadları ilə əlaqədar bütün növ tibbi xərclər.

5. Sığorta təminatında məhdudiyətlər

- 5.1 Fərdi və qrup sığortasında sığortaya ilk girişdə 16-65 yaş arasında şəxslər sığortalana bilər. Yaş hesablanmasında doğum ili ilə sığorta müqaviləsinin başlanğıc tarixi arasındakı fərq (ay və gün nəzərə alınmır) nəzərə alınır.
- 5.2 40 gün (uşağın xəstəxanadan çıxmış olması şərti ilə) 16 yaş arasındakı uşaqlar valideynləri ilə birlikdə sığortalanırlar.
- 5.3 Qrup sığortasında sığorta olunanların ailə üzvləri və qəyyumluğunda olan şəxslər sığorta müqaviləsinə yalnız risk dəyərləndirilməsi aparıldıqdan sonra daxil edilir. Risk dəyərləndirməsinin nəticəsində sığortaçı sığorta tələbini qəbul edə bilər, istisna və ya əlavə sığorta haqqı tələb edə bilər yaxud sığorta etməkdən imtina edə bilər.

6. Sığortanın ərazisi

- 6.1 Əgər sığorta müqaviləsində sığortanın konkret ərazisi göstərilmişdirsə, sığorta müqaviləsi yalnız həmin göstərilən ərazi hüduhdlarında qüvvədədir.
- 6.2 Sığorta müqaviləsində konkret ərazi göstərilmədiyi halda, müqavilə Azərbaycan Respublikasının ərazisində qüvvədədir.

FƏSİL 3. SİĞORTA MÜQAVİLƏSİ (ŞƏHADƏTNAMƏSİ)

7. Sığorta müqaviləsinin bağlanması

- 7.1 Tibbi sığorta onun subyektləri arasında bağlanmış müqavilələr formasında həyata keçirilir.

- 7.2 Tibbi Sığorta müqaviləsi yazılı formada aşağıdakı kimi bağlanır:
- 7.2.1 Sığortaçı və sığortalının bu Qaydalar əsasında tərtib olunan sığorta müqaviləsini qarşılıqlı imzalaması yolu ilə (Sığortalı hüquqi şəxsdirsə möhürü ilə də təsdiq etməlidir);
- 7.2.2 bu Qaydalarla sığortalının razı olmasını təsdiq etməsi şərti ilə sığortaçı tərəfindən ona sığorta şəhadətnaməsinin verilməsi yolu ilə;
- 7.3 Sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmamışdırsa, sığorta müqaviləsi sığorta haqqının ilk hissəsinin və ya tam ödənilməsindən sonra qüvvəyə minir.
- 7.4 Sığortaçı sığorta müqaviləsinin imzalanmasından sonra sığortalıya sığorta şəhadətnaməsi və sığorta kartı verir. Sığorta şəhadətnaməsi və sığorta kartı sığorta haqqının ilk hissəsinin və ya tam ödənilməsi gün, qrup halında sığorta zamanı isə sığorta haqqının ilk hissəsinin və ya tam ödənilməsindən sonra 3 iş günü müddətində verilir.

8. Sığorta müqaviləsinin yenilənməsi

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

- 8.1 Sığorta müqaviləsinin başa çatmasından bir ay əvvəl qarşılıqlı razılaşma ilə sığortaçının “Risk qəbul şərtləri” əsasında, mövcud müqavilənin başa çatma tarixindən etibarən yeni müqavilə bağlana bilər.
- 8.2 Yenilənmə ən gec əvvəlki müqavilənin başa çatma tarixində bağlanmalıdır. Əks təqdirdə müqavilə bağlanan tarixə qədər sığorta təminatı verilmir və şərtsiz gözləmə müddəti yenidən qüvvəyə minir.
- 8.3 Sığortaçı yeni müqavilənin bağlanması zamanı sığortalıdan sağlamlıq haqqında məlumat formasının doldurulmasını, ilkin tibbi müayinədən keçməsinə tələb edə bilər, əlavə sığorta haqqı və istisnalar tətbiq edə bilər.
- 8.4 Sığortaçının tətbiq etdiyi standart istisnalar sığorta müqaviləsinin yenilənməsi zamanı davam edir (sığortanın ilk ilində tətbiq olunan gözləmə müddəti yeniləmə ilə ortadan qalxır).

9. Sığorta müqaviləsinin Qaydalar üzərində üstünlüyü

Bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş istisnalar və məhdudiyyətlər qanunvericiliyə zidd olmadığı və Dövlət Sığorta Nəzarəti orqanının etiraz etmədiyi hallarda tərəflərin razılığı ilə sığorta təminatına daxil edilə bilər.

10. Sığorta təminatının müddətinin başlanması və sonu

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

11. Sığorta riskinin artması

- 11.1.** Sığortalı sığorta müqaviləsi bağlandıqdan sonra meydana çıxan və sığortaçının müqavilədən imtina etmək, yaxud onu məzmunu dəyişdirilmiş şəkildə bağlamaq qərarına təsir göstərə bilən sığorta riskinin artması ilə bağlı bütün hallar barədə sığortaçıya məlumat verməlidir.
- 11.2.** Sığorta riskinin artmasına təsir edən hallar barəsində məlumatı aldıqdan sonra sığortaçı sığorta müqaviləsinin şərtlərinə dəyişiklik etmək və ya artan riskə mütənasib olaraq əlavə sığorta haqqının ödənilməsinə tələb etmək hüququna malikdir.
- 11.3.** Əgər sığortalı sığorta müqaviləsinə edilən dəyişikliklərlə razılaşırsa və yaxud əlavə sığorta haqqı ödəməkdən imtina edərsə, 30 günlük müddəti gözləməklə sığorta müqaviləsinə sığortaçı tərəfindən xitam verilə bilər.

12. Sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi

- 12.1.** Sığortalı müqavilənin müddətinin uzadılması haqqında əvvəlcədən Sığortaçıya yazılı məlumat verməmişdirsə, müddətin bitməsi ilə sığorta müqaviləsi qüvvədən düşür.
- 12.2.** Sığorta müqaviləsinə aşağıdakı hallarda vaxtından əvvəl xitam verilir:
 - 12.2.1.** Sığorta olunanın ölümü (Qrup halında sığortadırsa, həmin sığorta olunana münasibətdə xitam verilir);
 - 12.2.2.** müqavilənin etibarsız olması haqqında məhkəmənin qüvvəyə minmiş qərarı;
 - 12.3.3.** qüvvədə olan qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada sığortaçının ləğv edilməsi;
 - 12.3.4.** Sığortalı-hüquqi şəxs ləğv edildikdə, sığorta olunanın sığorta haqqını ödəmək öhdəliyini öz üzərinə götürməməyi;
 - 12.3.5.** Sığortalı sığorta haqqını qanunvericilikdə və sığorta müqaviləsində müəyyən edilən qaydada ödəmədikdə;

12.3.6. Sığorta predmeti ilə əlaqədar riskin dərəcəsinin artması ilə bağlı sığortaçının sığorta müqaviləsinin şərtlərinə dəyişiklik edilməsi və ya artan riskə mütənasib olaraq əlavə sığorta haqqının ödənilməsi tələbləri sığortalı tərəfindən qəbul edilmədikdə, sığortaçının tələbi ilə;

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

12.3.8. Sığortaçı sığortalı (sığorta olunan) qarşısında öz öhdəliklərini yerinə yetirdikdə, yəni müqavilə müddəti ərzində baş vermiş bütün sığorta hadisələrinə görə sığortaçının həyata keçirdiyi ödənişlərinin cəmi sığorta məbləğinə bərabər olduqda;

12.3.9. Qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş digər hallarda.

FƏSİL 4. SİĞORTA MƏBLƏĞİ VƏ SİĞORTA HAQQI

13. Sığorta məbləği

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

14. Sığorta haqqı

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

14.2. Sığorta müqaviləsinə sonradan əlavə edilən sığorta olunanların sığorta haqqının hesablanma qaydası:

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

Sığorta müddəti (gün hesabı ilə)	Sığorta haqqı, illik haqdan faizlə
1-30	25
31-60	35
61-90	40
91-120	50
121-150	60
151-180	70
181-210	75
211-240	80
241-270	85
271-300	90
301-331	95
331 gündən artıq	100

15. Sığorta haqqının ödənilməsi

- 15.1.** Sığorta haqqının ödənilməsinin qaydası və ardıcılığı sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulur. Əgər sığorta haqqı və ya onun hissəsi müqavilədə müəyyən olunmuş vaxtda ödənilməzsə, sığortaçı onun ödənilməsi üçün yazılı surətdə 15 (on beş) gündək müddət müəyyən edə bilər.
- 15.2.** Hər bir halda sığorta haqqı və ya onun razılaşdırılmış ilk hissəsi sığorta müqaviləsi bağlandığı gündən 1 aydan gec olmayaraq ödənilməlidir.
- 15.3.** Əgər sığorta haqqı və ya onun hissəsi müqavilədə müəyyən olunmuş vaxtda ödənilməzsə, sığortaçının sığorta olunanlara tibbi xidmətlərin göstərilməsini dayandırmaq hüququ yaranmaqla, sığorta müqaviləsi ödənilmiş sığorta haqqına mütənasib dövr bitdiyi andan qüvvədən düşmüş hesab edilir.
- 15.4.** Sığorta haqqının ödənilməsi gün aşağıdakılar hesab olunur:
- nəgd ödəniş halında – sığorta haqqının sığortaçının kassasına və ya sığorta agentinə və ya brokerinə ödənilməsi gün;
 - qeyri-nəgd ödəniş (köçürmə) halında – pul vəsaitinin sığortaçının və ya sığorta agentinin, yaxud brokerin bank hesabına daxil olduğu gün.

16. Sığorta haqqının qaytarılması

- 16.1.** Sığorta müqaviləsinə (qrup halında sığorta zamanı həm də müqaviləyə hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) sığortalının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verildikdə, sığortaçı həmin müqavilə üzrə (qrup halında sığorta zamanı isə müqavilənin hər hansı sığorta predmeti ilə bağlı sığorta haqqına mütənasib olan) sığorta haqqının qaytarılan hissəsindən işlərin aparılması xərclərinin müqavilənin qurtarmamış müddətinə mütənasib hissəsini çıxmaqla həmin müddət üçün sığorta haqlarını ona qaytarır. Sığortalının sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi ilə bağlı tələbi sığortaçının sığorta müqaviləsi üzrə vəzifələrini yerinə yetirməməsi ilə bağlıdırsa, sığortaçı sığorta haqlarını (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarını) bütünlüklə sığortalıya qaytarır;
- 16.2.** Sığorta müqaviləsinə (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqaviləyə hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) sığortaçının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verildikdə o, sığorta haqlarını (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarını) bütünlüklə sığortalıya qaytarır; əgər bu tələb sığortalının sığorta müqaviləsi üzrə vəzifələrini yerinə yetirməməsi ilə bağlıdırsa, sığortaçı müqavilənin qurtarmamış müddəti üçün sığorta haqlarını (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarını) qaytarır. Bu halda sığortaçı sığorta müqaviləsi üzrə (qrup halında sığorta zamanı isə müqavilənin hər hansı sığorta predmeti ilə bağlı sığorta haqqına mütənasib olan) sığorta haqqının qaytarılan hissəsindən işlərin aparılması xərclərinin müqavilənin qurtarmamış müddətinə mütənasib hissəsini çıxma bilər;
- 16.3.** Sığorta müqaviləsinə (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqaviləyə hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) vaxtından əvvəl xitam verildiyi halda, əgər xitam verilmə anınadək sığortaçı tərəfindən sığortalıya ödənilmiş sığorta haqqına (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarına) bərabər və ya ondan çox miqdarda sığorta ödənişi verilmişdirsə, sığorta haqqı (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqları) sığortalıya qaytarılmır;
- 16.4.** Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verildiyi halda, əgər xitam verilmə anınadək ödənilmiş sığorta haqqından (qrup halında sığorta zamanı, həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmeti üzrə ödənilmiş sığorta haqlarından) az

miqdarda sığorta ödənişi verilmişdirsə, həmin sığorta haqqı məbləği ilə sığorta ödənişi məbləği arasındakı fərq miqdarında sığorta haqqının sığortalıya qaytarılması müvafiq olaraq bu Qaydaların 16.1-ci və 16.2-ci maddələrində nəzərdə tutulmuş qaydada həyata keçirilir;

- 16.5.** Sığorta müqaviləsi Azərbaycan Respublikasının müvafiq qanunvericiliyində müəyyən edilmiş qaydada xitam verilmiş hesab edildikdə, sığortaçı həmin müqavilə üzrə işlərin aparılması xərclərini çıxmaqla müqavilənin (qrup halında sığorta zamanı həm də müqavilənin hər hansı bir sığorta predmetinə münasibətdə) qurtarmamış müddəti üçün sığorta haqlarını 16.3-cü və 16.4-cü bəndlərin tələbləri nəzərə alınmaqla, sığortalının qanuni nümayəndəsinə qaytarır.
- 16.6.** Əgər sığorta müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmamışdırsa, işlərin aparılması xərcləri dedikdə inzibati xərclər nəzərdə tutulur.
- 16.7.** Əgər sığorta müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa, inzibati xərclərin həcmi sığorta haqqının 25 faizinə bərabərdir.

FƏSİL 5. TİBBİ XİDMƏTİN TƏŞKİLİ QAYDASI

17. Məlumat vermək vəzifəsi

- 17.1.** Sığorta hadisəsi baş verdikdə sığortalı (sığorta olunan) sığorta kartında göstərilən əlaqə telefon nömrələri vasitəsilə dispetçer xidmətinə müraciət edir və sığorta müqaviləsinə əlavə edilən sənəddə göstərilən tibb müəssisələrindən birinə göndərilir.
- 17.2.** Hər hansı diaqnostik, profilaktik və ya müalicəvi tədbirlər ancaq həkim təyinatı ilə həyata keçirilir.
- 17.3.** Sığorta müqaviləsinə müvafiq olaraq sığorta olunana göstərilən tibbi xidmətlərin haqqını sığortaçı tibb müəssisələrinə ödəyir (Sığorta müqaviləsində şərtsiz azadolma məbləği nəzərdə tutulduğu halda azadolma məbləği çıxılmaq şərti ilə).
- 17.4.** Sığorta olunan sərbəst şəkildə tibbi xidmətlərə görə haqq ödədiyi halda:
- 17.4.1.** Sığorta olunan tərəfindən tibb müəssisəsi göstərilməklə, ödənilmiş hesabın əsl, göstərilən xidmətlərin siyahısı və qiymətləri, qəbz, göndəriş, ambulator və ya stasionar xəstənin tibbi kartından çıxarış əlavə olunmaqla ərizə təqdim edildikdə sığortaçı tibbi xidmətlərə görə (əgər belə xidmət sığortaçı tərəfindən təşkil edilmiş və ya razılaşdırılmışdırsa) sığorta olunan tərəfindən ödənilmiş müvafiq tibbi xərclərin əvəzini ödəyir.

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

18. Müqavilənin qüvvədə olduğu müddətdə tərəflərin hüquq və vəzifələri

18.1. Sığortalının hüquqları:

18.1.1. Sığortaçının sığorta müqaviləsinin şərtlərinə əməl etməsini yoxlamaq, o cümlədən sığortaçıdan maliyyə sabitliyi barədə, kommersiya sirri olmayan məlumatı əldə etmək;

18.1.2. Tibbi proqrama uyğun olaraq və sığorta müqaviləsi şərtləri ilə razılaşdırılmış qaydada tibb müəssisələrində sığorta olunanlara tibbi xidmətlərin göstərilməsini tələb etmək;

18.1.3. Əvvəlcədən və ya sonradan əvəzini ödəmək şərti ilə sığorta proqramında göstərilməmiş tibbi xidmətlərin təşkil edilməsini sığortaçıya sifariş etmək.

18.2. Sığortalının vəzifələri:

18.2.1. Sığorta haqqını sığorta müqaviləsi ilə müəyyən edilmiş məbləğdə və müddətdə ödəmək;

18.2.2. Sığorta müqaviləsinin bağlanması üçün zəruri olan, eyni zamanda sığorta müqaviləsi ilə bağlı digər məlumatları sığortaçıya təqdim etmək;

18.2.3. Sığorta müqaviləsi bağlanarkən sığortalı özünə məlum olan və sığortaçının müqavilədən imtina etmək, yaxud onu məzmunu dəyişdirilmiş şəkildə bağlamaq qərarına təsir göstərə bilən bütün hallar barədə sığortaçıya məlumat verməlidir;

18.2.4. Sığorta müqaviləsinə aid olan sənədlərin qorunub saxlanmasını təmin etmək;

18.2.5. Sığorta olunanları sığorta müqaviləsi və ona olunan əlavələrlə tanış etmək;

18.2.6. Sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddətdə sığorta olunanların siyahısında edilən dəyişikliklər barədə yazılı şəkildə (məktub, e-mail, faks) sığortaçıya dərhal məlumat vermək;

18.2.7. Sığorta müddəti bitdikdə və ya bu və ya digər sığorta olunan sığorta olunanların siyahısından çıxarıldıqda, müvafiq sığorta kartını (və ya kartlarını) sığorta təminatının bitmə tarixindən etibarən 7 (yeddi) təqvim günü ərzində sığortaçıya qaytarmaq.

18.3. Sığorta olunanın hüquqları:

18.3.1. Tibbi xidmət almaq üçün sığorta müqaviləsinə edilən əlavədə göstərilən tibb müəssisələrindən hər hansı birini seçmək;

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

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

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

18.3.5. Tibbi yardımın göstərilməsi ilə bağlı mübahisəli hallar yaranarsa sığortaçıya müraciət etmək;

18.3.6. Fiziki şəxs olan sığortalı öldükdə, hüquqi şəxs olan sığortalı qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş qaydada ləğv edildikdə, həmçinin sığortaçı və sığortalı bu barədə razılığa gəldikdə sığortalının öhdəliklərini yerinə yetirmək və müqaviləyə görə sığortalının bütün hüquqlarını əldə etmək;

18.4. Sığorta olunanın vəzifələri:

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

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

18.4.3. Sığorta sənədlərinə qayğı ilə yanaşmaq və tibbi xidmətlərin alınması məqsədi ilə həmin sənədlərin digər şəxslərə verilməsinə yol verməmək. Sığorta müqaviləsi üzrə tibbi xidmətlərin alınması məqsədi ilə sığorta kartının digər şəxsə verilmə faktı təsdiqlənərsə, sığorta müqaviləsinin qüvvəsi sığorta olunana qarşı həmin andan dayandırılır;

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

18.4.5. Dispetçer üçün zəruri olan bütün məlumatları bildirmək;

18.4.6. Sığorta müqaviləsi ilə (şərtsiz) azadolma məbləği nəzərdə tutulduğu halda, azadolma məbləğini ona xidmət göstərən tibb müəssisəsinə ödəmək;

18.5. Sığortaçının vəzifələri:

18.5.1. Müəyyən edilmiş müddətdə sığorta şəhadətnaməsi və sığorta kartını sığortalıya (sığorta olunana) verməlidir;

18.5.2. Sığortaçı və tibb müəssisəsi arasında bağlanmış xidmət göstərilməsi haqqında müqaviləyə uyğun olaraq sığorta hadisəsi baş verdiyi halda tibbi xidmətlərə görə müvafiq sənədlər əsasında ödənişi həyata keçirmək;

18.5.3. Sığortalı ilə münasibətlərdə məxfiliyi təmin etmək;

18.5.4. Sığorta müqaviləsinin vaxtından əvvəl xitam edilməsi halında, bu Qaydalarda müəyyən edilmiş qaydada hesablanmış məbləği 30 (otuz) bank günü ərzində sığortalıya qaytarmaq;

18.5.6. Sığorta müqaviləsi çərçivəsində tibb müəssisələri ilə münasibətdə sığorta olunanın hüquqlarını müdafiə etmək;

18.5.7. Qanunvericiliyə müvafiq olaraq sığortaçı sığorta müqaviləsi ilə bağlı məlumatların, o cümlədən həkim sirrinin öz işçiləri tərəfindən yayılmasına görə məsuliyyət daşıyır.

18.6. Sığortaçının hüquqları:

18.6.1. Sığortalı tərəfindən verilən məlumatları və həmçinin sığortalı və sığorta olunan tərəfindən sığorta müqaviləsinin şərtlərinə riayət edilməsini yoxlamaq;

18.6.2. Bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş hallarda, o cümlədən sığorta olunan tərəfindən sığorta kartı tibbi xidmət almaq üçün üçüncü şəxsə verildikdə, sığorta ödənişini həyata keçirməkdən imtina etmək, belə ödənişlərin həyata keçirildiyi hallarda sığorta olunan və ya sığortalı tərəfindən geri qaytarılmasını tələb etmək;

18.6.3. Sığortalı (sığorta olunan) ona məlum olan riskin qiymətləndirilməsi üçün əhəmiyyətli hallar barəsində və sığorta hadisəsi haqqında sığortaçıya qəsdən yanlış məlumat verməsi aşkar olunarsa sığorta ödənişini həyata keçirməkdən imtina etmək;

18.6.4. Sığorta olunana dəymiş travmatik zədə və ya onun səhhətinin başqa cür pozulmasına gətirib çıxaran hadisə və faktlar üzrə cinayət işi qaldırıldığı halda səlahiyyətli orqanların müvafiq qərarının qəbul olunmasına qədər tibbi xidmətlər üzrə ödənişləri təxirə salmaq;

18.6.5. Bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş qaydada və şərtlərlə sığorta müqaviləsinə xitam vermək;

18.6.6. Sığorta haqqının ödənilməmiş hissəsi sığorta müqaviləsində göstərilən müddət ərzində ödənilmədikdə, sığorta olunanlara xidmətlərin göstərilməsini dayandırmaq yaxud sığorta müqaviləsinə xitam vermək;

18.6.7. Kifayət qədər əsas olmadığı təqdirdə müalicə həkiminin və ya tibb müəssisənin dəyişdirilməsində sığortalının (sığorta olunanın) müraciətini qəbul etməmək;

18.6.8. Sığorta olunanın zədə alması ilə bağlı tibbi xidmət üçün müraciət etdiyi halda onun alkoqol, narkotik və ya toksik maddələrin təsiri altında olub-olmamasının yoxlanılmasını tələb etmək;

18.6.9. Sığorta olunanın alkoqol, narkotik və ya toksik maddələrin təsiri altında olub-olmamasının yoxlanılmasına etiraz etdiyi halda, Sığortaçı dəymiş zədə ilə bağlı tibbi xidmətlərin haqqının ödənilməsindən imtina edə bilər;

19. Sığortaçı tərəfindən nəzarət

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

FƏSİL 6. SİĞORTA ÖDƏNİŞİ

20. Sığorta ödənişi və onun həyata keçirilməsi qaydası

- 20.1.** Sığortaçı bu Qaydalar əsasında bağlanmış sığorta müqaviləsinə əsasən sığorta olunana göstərilən tibbi xidmətlərin haqqını tibb müəssisəsinə ödəyir (Sığorta müqaviləsində azadolma məbləği nəzərdə tutulduğu halda, azadolma məbləğinin çıxılması şərti ilə).
- 20.2.** Sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət ərzində sığortaçının həyata keçirdiyi bütün ödənişlərin cəmi sığorta müqaviləsində göstərilən sığorta məbləğini aşmır.
- 20.3.** Sığorta olunana göstərilən tibbi xidmətlərin əvəzinin ödənilmə qaydası sığortaçı ilə tibb müəssisəsi və ya özəl tibbi fəaliyyətlə məşğul olan şəxs arasında müvafiq müqavilə ilə təyin edilir.
- 20.4.** Sığortaçının yazılı razılığı olmadan sığorta olunan tərəfindən özbaşına tibbi yardımın təşkil edilməsi halında sığortaçı göstərilmiş tibbi xidmətlərin keyfiyyətinə və sığorta olunanın çəkdiyi xərclərə görə heç bir məsuliyyət daşmır.

- 20.5.** Sığortaçının yazılı razılığı olmadan sığorta olunana, təxirəsalınmaz hallar istisna olmaqla, tibbi xidmətlərin müqavilədə razılaşıdırılmamış tibb müəssisələrində göstərilməsinə görə sığortaçı çəkilən xərclərin əvəzini ödəmək öhdəliyi daşımır. Sığortaçının yazılı razılığı olduqda, belə tibb müəssisələrində göstərilmiş xidmətlər üçün ödəniş sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş tibb müəssisələrinin preyskurantları əsasında həyata keçiriləcəkdir.
- 20.6.** Əgər sığorta olunan tibbi təyinatlara, tibbi personalın məsləhətlərinə və tibb müəssisəsində müəyyən edilmiş daxili intizam qaydalarına riayət etməzsə, tibb müəssisəsi sığortaçını məlumatlandıraraq ambulator xidmətlərin göstərilməsini, yaxud stasionar yardımını dayandırdıqda, sığortaçı artıq bu vaxta qədər göstərilmiş tibbi xidmətlərə görə xərclərin və həmçinin bunun nəticəsində baş vermiş başqa əlavə xərclərin ödənilməsindən imtina edə bilər. Belə halda artıq bu vaxta qədər göstərilmiş tibbi xidmətlərin əvəzinin ödənilməsi öhdəliyi sığortalının üzərinə düşür.
- 20.7.** Əgər sığorta olunan həkim təyinatına əsasən xəstəxanada yerləşdirilməkdən imtina edərsə, sığortaçı bu xəstəliyin ağırlaşmalarına görə sığorta olunanın müalicəsinə yönəldilən tibbi xidmətlərə təminat verməkdən imtina edə bilər.
- 20.8.** Əgər sığorta olunan xəstəxanada yerləşdirildikdən və ya ambulator xidmət almaq üçün müraciət etdikdən sonra baş vermiş hadisənin sığorta müqaviləsinə əsasən sığorta hadisəsi olmamağı məlum olursa, tibb müəssisəsində göstərilən xidmətlərin ödənilməsi sığorta olunanın öhdəliyidir.
- 20.9.** Sığorta müqaviləsi qüvvədə olduğu müddətdə baş vermiş sığorta hadisəsinin nəticələrinə görə tibbi yardım göstərilməsi zərurəti sığorta müqaviləsi qüvvədən düşdükdən sonra da mövcud olduqda, tibbi xidmətlərə görə sığorta ödənişləri aşağıdakı qaydada həyata keçirilir:
- 20.9.1.** Ambulator müalicə zamanı xəstəliyin kəskin dövründə-sığorta müddətinin bitməsindən sonra 3 (üç) təqvim günündən artıq olmamaq şərti ilə, xəstəlik vəərəqəsi bağlananadək;
- 20.9.2.** Xəstəxanaya təxirəsalınmaz yerləşdirilmə zamanı-sığorta müddətinin bitməsindən sonra 5 (beş) təqvim günündən artıq olmamaq şərti ilə xəstənin xəstəxanadan çıxmasınadək;
- 20.9.3.** Xəstəxanaya planlı yerləşdirilmə zamanı-sığorta müqaviləsinin qüvvədən düşməsinə qədər.

- 20.10.** Sığortalı bilavasitə onun (və ya sığorta olunanın) təqsiri üzündən sığorta kartından qanunsuz istifadə edən şəxsə göstərilən xidmətlər üçün xərclənmiş məbləği sığortaçıya qaytarmalıdır.
- 20.11.** Sığorta olunan həkim qəbuluna təyin edilən vaxtda gəlmədikdə, təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım briqadasının çağırılması zamanı göstərilən ünvanda olmadıqda, sığortalı (sığorta olunan) sığortaçının tibb müəssisəsinə ödədiyi xərcləri ona qaytarmalıdır.

21. Sığorta ödənişindən imtinanın əsasları

- 21.1.** Sığortaçı sığorta ödənişinin verilməsindən aşağıdakı hallarda imtina edir:
- 21.1.1.** baş vermiş hadisənin qanunvericiliyə, bu Qaydalara və sığorta müqaviləsinə görə sığorta hadisəsi hesab edilməməsi;
- 21.1.2.** 18.2.3-ci bəndi nəzərə alınmaqla, sığorta olunan şəxs və/və ya sığorta hadisəsi barəsində sığortalının/sığorta olunanın sığortaçıya qəsdən yanlış məlumat verməsi nəticəsində sığortaçının sığorta riskini qiymətləndirmək, həmçinin sığorta hadisəsinin səbəblərini və ya dəyən zərərin həcmi müəyyənləşdirmək imkanından tam və ya qismən məhrum olması;
- 21.1.3.** 18.4.1-ci bəndinin tələblərinə əməl edilməməsi nəticəsində sığortaçının hadisənin sığorta hadisəsi olub-olmamasını müəyyənləşdirmək imkanından məhrum olması;
- 21.1.4.** Sığortaçının sığorta hadisəsinin baş verməsi səbəblərini araşdırmasına sığortalı və ya sığorta olunan tərəfindən maneçilik törədilməsi;
- 21.1.5.** Sığorta hadisəsinin sığorta haqqı və ya onun hər hansı bir hissəsinin qanunvericilikdə və ya müqavilədə nəzərdə tutulmuş ödənilməsi müddəti başa çatdıqdan 15 gün sonra, sığortaçının sığortalını yazılı surətdə xəbərdarlıq edərək müddət müəyyən etdiyi halda müəyyən edilən müddətin başa çatmasından 3 gün sonra baş verməsi halında sığorta haqqı və ya onun müvafiq hissəsi ödənilmədikdə.

22. Subroqasiya hüququ

- 22.1.** Sığorta ödənişinin həyata keçirilməsindən sonra, sığorta olunanın səhhətinə vurulan zərəre görə məsuliyyət daşıyan üçüncü şəxsə qarşı subroqasiya qaydasında tələb irəli sürmək hüququ, həmin ödəniş məbləği həddində sığortaçıya keçir.

- 22.2.** Sığortalı (sığorta olunan) sığortaçının subroqasiya hüququnun təmin edilməsi üçün öz imkanları çərçivəsində ona hər cür kömək göstərməli və sığortaçını tələb irəli sürmək üçün zəruri olan bütün sənədlər, sübut və məlumatlarla təmin etməlidir.
- 22.3.** Sığortalının (sığorta olunanın) hər hansı məhkəmədən kənar razılaşma və ya məhkəmə qərarı əsasında zərərə görə məsuliyyət daşıyan şəxslərdən aldığı təminat məbləğləri, ilk növbədə sığortaçının sığorta müqaviləsi üzrə həyata keçirdiyi sığorta ödənişlərinin əvəzinin ödənilməsinə xərclənəcək.
- 22.4.** Sığortaçı ilə sığortalı arasında başqa cür razılaşdırıldığı və belə razılaşmanın sığorta müqaviləsində təsbit olunduğu hallar istisna olmaqla, sığortalı (sığorta olunan) zərərverən şəxsə qarşı iddiadan və ya tələbi təmin edən hüquqlardan, yaxud lazımı sənədləri sığortaçıya verməkdən imtina etdikdə, sığortaçı sığorta ödənişi verməkdən zərərverən şəxsdən subroqasiya qaydasında ala biləcəyi məbləğ həcmində azad edilir və ödənilmiş sığorta ödənişinin tam və ya müvafiq hissəsinin qaytarılması hüququnu əldə edir.

23. Valyuta haqqında qeyd-şərt

- 23.1.** Sığorta məbləğlərinin, sığorta haqlarının və azadolma məbləğinin xarici valyuta ilə ifadə olunduğu hallarda, bütün ödənişlər Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Bankının ödənişin həyata keçirildiyi tarixə və ya ödənişə əsas verən sənədin tərtib edilməsi tarixinə olan rəsmi məzənnəsi əsasında Azərbaycan manatı ilə və ya Azərbaycan Respublikasının valyuta qanunvericiliyinə müvafiq olduğu hallarda hər hansı xarici valyuta ilə həyata keçirilə bilər.
- 23.2.** Əgər sığorta ödənişinin verilməsi üçün əsas olan sənədlər Azərbaycan manatı və ya şəhadətnamənin valyutasından fərqli valyutada ifadə olunmuşdursa, sığorta müqaviləsinin ifadə olunduğu valyutaya çevirmə Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Bankının həmin sənədin tərtib olunduğu tarixə uyğun rəsmi məzənnəsi əsasında həyata keçirilir.

24. Ödənilməmiş sığorta haqqının nəzərə alınması

Əgər sığorta ödənişi verilənə qədər nəzərdə tutulan sığorta haqqı (və ya onun hissəsi) tam ödənilməmişdirsə, sığortaçı sığorta ödənişinin həyata keçirilməsi zamanı ödənilməyən sığorta haqqını sığorta ödənişinin məbləğindən çıxmaq hüququna malikdir.

25. Sığorta müqaviləsinin şərtlərinin yerinə yetirilməməsinə və ya lazımi qaydada yerinə yetirilməməsinə görə tərəflərin məsuliyyəti

Sığorta müqaviləsinin şərtlərinin yerinə yetirilməməsinə və ya lazımi qaydada yerinə yetirilməməsinə görə tərəflər bir-biriləri qarşısında Azərbaycan Respublikası qanunvericiliyində nəzərdə tutulmuş məsuliyyət daşıyırlar.

26. Mübahisələrin həlli qaydası

Bu Qaydalar əsasında bağlanmış sığorta müqaviləsindən irəli gələn bütün mübahisələr ilkin olaraq danışıqlar yolu ilə, pretenziya qaydasında, tərəflər arasında razılığa gəlinmədiyi təqdirdə isə qüvvədə olan Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə müvafiq olaraq məhkəmə vasitəsilə həll edilir.

İSTİSNALAR

Aşağıda göstərilən hallar Könüllü Tibbi Sığorta şəhadətnaməsinə əsasən sığorta təminatına aid deyil:

1. Alkoqolizm, narkomaniya, toksikomaniya, narkotik maddələrə, psixotrop preparatlara və s. asılılıq, spirtli içkilərin, narkotik və toksik (zəhərləyici) maddələrin qəbulu, həmçinin, onların qəbulu nəticəsində sığorta olunan şəxsin sərxoş vəziyyətdə nəqliyyat vasitəsinin idarə edilməsi və ya nəqliyyat vasitəsinə belə vəziyyətdə olan bir şəxsin idarəsinə verilməsi nəticəsində səhhətə dəymiş ziyan;
2. Ruhi (psixiatrik) xəstəliklər, psixonevroloji xəstəliklər, nevrasteniyə, ipoxondriya, enurez, nevroz, dağınıq skleroz, Parkinson xəstəliyi, sinir sisteminin demiyelinizasiyaedici xəstəliklərin, epilepsiya və hazırkı bənddə göstərilən xəstəliklər nəticəsində əmələ gələn somatik xəstəliklər və xəsarətlərin müayinə və müalicəsi;
3. Eşitmənin və görmənin operativ və konservativ müalicəsi və xüsusi cihazlar vasitəsi ilə korreksiyası, bununla əlaqədar və peşə yararlığının müəyyən olunması üçün aparılan müayinələr, miopiya, presbiopiya, qipermetropiya, ametropiya və astigmatizm kimi gözün refraksiya anomaliyalarının lazer metodu ilə müalicəsi daxil;
4. Eynək, şüşə, çərçivə, kontakt linza, eşitmə cihazları;
5. Psixoloqun, psixiatrın, psixoterapevtin, psixoanalitikin, loqopedin, androloqun, həkim-ekstrasensin, narkoloqun və seksopatoloqun xidmətləri;
6. Sığorta müqaviləsinin hüquqi qüvvə qazandığı tarixdən əvvəl mövcud olan xəstəliklər ilə əlaqədar bütün tibbi xərclər, xroniki xəstəliklərin müalicəsi;
7. Sığorta təminatının başlanması tarixindən sonra müəyyən edilmiş olsa da anadangəlmə və irsi patologiyalar, bədən quruluşu pozğunluqları (Hallux valgus, pectus excavatum, Peyroni xəstəliyi, triggerfinger və s.), onurğanın patoloji ayrılıqları;
8. Qeyri-ənənəvi (alternativ) müalicə və müayinə üsulları (hipnoz, aromaterapiya, fitoterapiya, akupunktura, termopunktura, elektropunktura və s.), bütün növ reabilitasiya tədbirləri, sanator-kurort müalicəsi, AR Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən lisenziyalaşdırılmamış müayinə və müalicə üsulları, Sığortaçının Azərbaycanda mövcud olan təcrübəyə əsaslanaraq eksperimental, qeyri-effektiv və ya təsdiq edilməmiş hesab etdiyi müayinə və müalicə;
9. Kəskin və xroniki şüa xəstəliyi, birləşdirici toxumanın sistem və diffuz xəstəlikləri (qırmızı qurdeşənəyi, dermatomiozit, sklerodermiya və s.) və diferensiasiya olunmamış kollagenozlar;
10. Vərəm, sarkoidoz, mukovistsidoz, peşə xəstəlikləri;

11. Bütün növ protezlər, ortopedik və digər yardımçı vasitələr (corablar, elastik bintlər, müalicəvi bandajlar), fiksə edici ləvazimatlar, korsetlər, protezləşdirmə, istənilən növ protezlər (həmçinin endoprotezləşdirmə və stomatoloji protezləşdirmə, protezləşdirmə ilə əlaqədar xidmətlər) və hazırlıq tədbirləri;
12. Orqan və toxumaların transplantasiyası, kataraktanın müalicəsi, burun çəpərinin əyriliyi (septoplastika), konxotomiya (vazotomiya), hər növ implantların implantasiya edilməsi, osteosintez;
13. Dişlərin protezləşdirilməsi və ona hazırlıq, dental implantasiya, köhnə diş plomblarının dəyişdirilməsi, kosmetik stomatologiya, dişlərin ftorlakla örtülməsi, ortodontik və kosmetik qüsurlar, parodontoz, qinçivit, periodontit;
14. Ürək-damar cərrahiyyəsi; aorto-koronar şuntlama, ürək qüsurlarının cərrahi yol ilə müalicəsi, kardiostentlərin qoyulması, , hər növ venaların varikoz genişlənməsi, skleroterapiya, koronaroanqioqrafiya, angiografiya;
15. Xroniki böyrək və qaraciyər çatışmazlığı, litotripsiya, böyrəyin duz diatezi (duzlaşma), ekstrakorporal müalicə üsulları (plazmaferez, hemodializ, hemosorbsiya, ozonoterapiya, qanın lazer- və ultrabənövşəyi şüalanması, oksigenoterapiya və s.), prostatit, işemik və hemorraqik insultların 7 gündən artıq stasionar müalicəsi;
16. Birbaşa və ya dolayı yolla sonsuzluq və impotensiyanın müalicəsi, kişi və qadın ailə planlaşdırılması (spermoqramma, histerosalpinqografiya), nəsil törətmə və sonsuzluqla bağlı müayinə və müalicə, sterilizasiya və ya ondan sonrakı bərpası, tibbi göstərişlə olmayan abortlar, UDS daxil və xaric edilməsi, süni mayalanma və ondan sonra hamiləliyin aparılması, genetik xidmətləri;
17. Təsdiq edilmiş istənilən növ bədxəssəli və xoşxəssəli şişlər, yenitörəmələr və qan xərçəngi; radioizotop müalicə üsulları, kimyəvi və şüa terapiyası;
18. Şəkərli diabet və ondan irəli gələn bütün ağırlaşmalar (mikroangiopatiya, retinopatiya və s.) (əlavə təminat olaraq verilməmişsə);
19. Bütün növ hepatitlərin və virusdaşımının müayinə və müalicəsi;
20. Bütün növ plastik cərrahiyyə əməliyyatları və ya sığorta müqavilənin bağlandığı tarixdən əvvəl edilmiş plastik cərrahiyyə əməliyyatı nəticəsində yaranmış hər hansı xəstəlik, ginekomastiya, cinsiyyəti dəyişdirmə əməliyyatları, eləcə də estetik və kosmetoloji məqsədlə aparılan müayinə və müalicələr, diffuz dazlıq (diffuzalopesiya);
21. Zöhrəvi xəstəliklər və cinsi yolla yoluxan istənilən digər xəstəliklərlə əlaqədar aparılan müayinə və müalicə xərcləri; ginekoloji xəstəliklər (AIDS , İİV , mikoplazma, xlamidiya, ureaplazma, SMV, insan papilloma virusu, genital herpesin yaratdığı digər patoloji hallar), hemangioma, klimakterik vəziyyət, dermatoloji xəstəliklərin (papilloma, ziyil, sızanaqlar, alopesiya, seboreya, psoriaz, xloazma, vitiliqo), həmçinin kosmetoloji defektlərin müayinə və müalicəsi;

22. Piylənmə, çəki itkisi və ya çəki problemləri;
23. Sünnət (planlı circumcizio), uşaq yeməkləri, əmzilər, uşaq bezi xərcləri;
24. Təcili və təxirəsalınmaz yardımın saxta və əsaslandırılmamış çağırışı, xəstənin göstərilən ünvanında olmaması;
25. Xüsusi arayışlar almaq məqsədi ilə aparılan müayinələr (sürücülük vəsiqəsinin alınması üçün, hüquqi şəxslərin tələbilə, silah gəzdirmə izninin alınması üçün, xarici ölkələrə səfər etmək məqsədilə, təhsil müəssisələrinə təqdim etmək məqsədilə, müəyyən edilmiş əlillik qrupu olan Sığorta olunanlar üçün əlilliyə səbəb olan xəstəliklə əlaqədar müayinələr);
26. Sığortaçı ilə razılaşdırmadan, Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmamış tibb müəssisələrində göstərilən tibbi xidmətlər və həmçinin müqavilədə nəzərdə tutulmamış tibb müəssisələrində aparılan müalicə və ya müayinə nəticəsində əmələ gələn patologiyaların müalicəsi;
27. Sığorta olunanın həkim göstərişinə riayət etməməsi nəticəsində əmələ gələn ağırlaşmalar;
28. Planlaşdırılmış vaksinasiyalar (proqrama daxil olmadığı halda);
29. Sığorta olunan hər hansı xəstəliyə tutulmadan həkim, laborator/rentgen və s. müayinələrdən keçməsi, check-up – yəni tam tibbi müayinə xərcləri (əlavə təminat olaraq verilməmişsə);
30. Hamiləliyin gedişi və doğuş, hamiləliklə əlaqədar bütün növ xərclər (sığorta proqramına daxil olmadığı halda); Doğuş zamanı həkimin gecə, bayram və tətil günləri çağırışı ilə əlaqədar əlavə xərclər; rezus konflikt ilə əlaqədar müayinə və müalicə. İmmunoglobulin inyeksiyanın doğuşdan sonra təyinatı;
31. Peşəkar və ya həvəskar olaraq yüksək riskli hər hansı idman növünün birbaşa və ya dolaylı yolla nəticəsi olan bədən xəsarətləri (alpinizm, planerizm, speleologiya, paraşütlə tullanma, sualtı idman növləri, qış idman növləri, döyüş sənətləri, motosiklet və at yarışları), idman yarışlarında və ya belə yarışlara hazırlıq məşqlərində meydana gələn xəstəlik və ya yaralanmalarla əlaqədar tibbi xərclər;
32. Hərbi əməliyyatlar, vətəndaş müharibəsi, xalq hərəkatları, iğtişələr, üsyan və qiyamlar, tətilər, terror aktları, təbii fəlakətlər, o cümlədən, zəlzələ, vulkan, sunami və s. bu kimi təbii xarakterli fəlakətlər, nüvə partlayışı, radiasiya və radioaktiv şüalanma nəticəsində yaranmış xəstəlik və zədələnmələr;
33. Sığorta olunan şəxsin özünə qəsdən bədən xəsarəti yetirməsi, intihara cəhd etməsi, cinayət törətməsi, cinayətkar fəaliyyətlə bilavasitə və ya dolayısı ilə məşğul olması nəticəsində yaranmış bədən xəsarətləri, digər xəstəlik və zədələnmələr;
34. Təhlükədə olan insan həyatını və əmlakı xilas etmək halları istisna olmaqla, Sığorta olunanın öz həyatını və sağlamlığını şüurlu surətdə təhlükəyə atması;
35. İl ərzində 30 gündən artıq stasionar müalicə;

36. 10 prosedurdan artıq masaj və seçilmiş fizioterapiya növü üzrə 10 prosedurdan artıq (digər bəndlərdə istisna olunan üsulları çıxmaq şərtilə);
Qeyd: Sığorta olunan sığorta müddəti ərzində fizioterapiya növlərindən yalnız birini seçə bilər.
37. Klinikaların təqdim etdiyi əlavə pullu xidmətlər (iş saati xaricində konkret həkimin (məsələn ginekoloqun) çağırışı, xarici mütəxəssislərin xidmətləri, bir-nəfərlik palata, pullu telefon məsləhətləri, MRT müayinəsinin diskə yazılması və s.);
38. Aşağıdakı dərman preparatları, gigiyenik və kosmetik vasitələr sığorta təminatına daxil deyil:
- Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən lisenziyalaşdırılmamış dərman preparatları;
 - bioaktiv qida əlavələri, homeopatik preparatlar;
 - immunomodulyatorlar;
 - bütün növ sabun və şampunlar, kosmetik vasitələr, losyonlar;
 - kontraseptiv (hamiləliyin qarşısını alan) preparatlar;
 - arıqlamaq məqsədi ilə istifadə olunan preparatlar;
 - potensiyanı (cinsi fəaliyyətini) aktivləşdirən preparatlar;
 - müalicəvi mineral sular;
 - diş pastaları;
 - saç tökülməsinin və kəpəklənmənin qarşısını alan preparatlar;
 - tütün məhsullarından asılılığı aradan götürmək üçün istifadə olunan preparatlar;
 - kontakt linza məhlulları;
 - gigiyenik vasitələr;
 - sığorta təminatına daxil olmayan xəstəliklərin müalicəsi üçün yazılan dərman preparatları.

Könüllü Tibbi Sığorta üzrə tarif dərəcələrinin hesablanması və iqtisadi əsaslandırılması

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

- 1) Sığorta hadisəsinin baş verməsi ehtimalı(q)-0,01;
- 2) Bir sığorta müqaviləsi üzrə orta sığorta məbləği(S_0)- 60 000 manat;
- 3) Bir sığorta hadisəsi üzrə orta sığorta ödənişi(S_0)- 17 500 manat;
- 4) Bağlanılacaq sığorta müqavilələrinin sayı(n) - 450.

T_n, T_0 və T_r ilə müvafiq olaraq netto-dərəcəni, onun əsas hissəsini və risk üstəliyini işarə edək. Netto-dərəcənin əsas hissəsi 100 manat sığorta məbləğinə uyğun olaraq aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$T_0 = 100qS_0/S_0 = 0,01 \times 100 \times 17\,500/60\,000 = 0,29 \text{ manat.}$$

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

$$T_r = 1,2 \cdot T_0 \cdot \alpha \cdot ((1-q)/nq)^{1/2} = 1,2 \times 0,29 \times 2 \times ((1-0,01)/(0,01 \times 450))^{1/2} = 0,33 \text{ manat.}$$

$$T_n = T_0 + T_r = 0,29 + 0,33 = 0,62 \text{ manat.}$$

Tarif dərəcəsinin strukturu: netto-dərəcə-70%, yüklənmə-30%. O cümlədən işlərin aparılması xərcləri-28%, tarif mənfəəti -2%.

Brutto-dərəcəni T_b ilə işarə edək. Onda brutto-dərəcənin hesablanması düsturuna əsasən

$$T_b = T_n / (100 - f) = 0,62 / (1 - 0,3) = 0,89 \text{ manat.}$$

Sığortaçı müəyyən maliyyə nəticələri və bazar münasibətləri mülahizələrini əsas tutaraq tarif dərəcələrini və brutto-dərəcənin strukturuna daxil olan yüklənmə faizini, o cümlədən yüklənməni təşkil edən komponentlərin faizini fərqli müəyyən edə bilər.