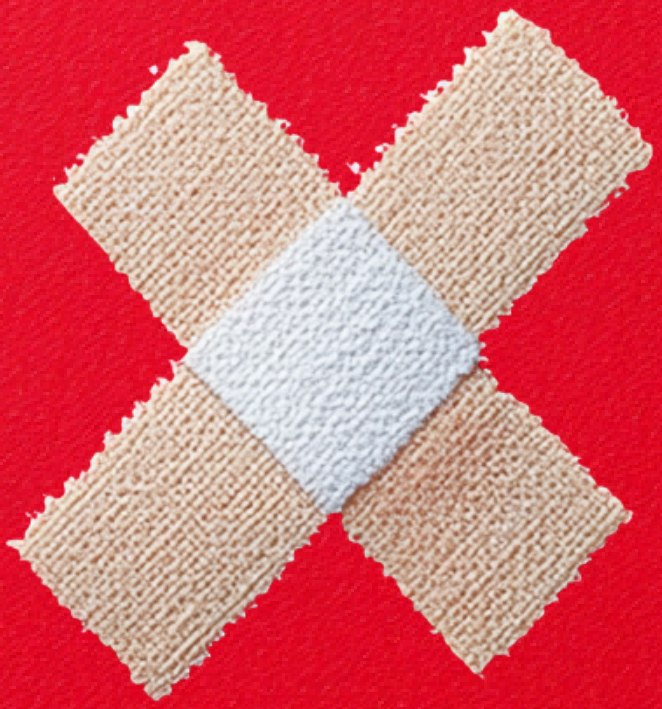
efes INSURANCE



ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԱՆՁԱՆՑ ԴԺԲԱԽՏ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐԻՑ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՈՆՆԵՐ

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE RULES FOR NATURAL PERSONS

Confirmed by
The Board of EFES ICJSC
Protocol 01 as of 08/08/2023

VALID SINCE
08/08/2023
Code: 04.10.02
Version: 1.0

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԼՈՒԽ 1: ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ 3
CHAPTER 1: GENERAL TERMS 3
ԳԼՈՒԽ 2: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏ 6
CHAPTER 2: INSURANCE OBJECT 6
ԳԼՈՒԽ 3: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՌԻՍԿԵՐ 6
CHAPTER 3: INSURANCE ACCIDENTS, INSURANCE RISKS 6
ԳԼՈՒԽ 4: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐ 12
CHAPTER 4: SUM INSURED AND INSURANCE PREMIUM 12
ԳԼՈՒԽ 5: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐԸ ԵՎ ԴՐԱ ԿՆՔՄԱՆ ԿԱՐԳԸ 14
CHAPTER 5: TERMS AND CONDITIONS OF THE INSURANCE CONTRACT CONCLUSION 14
ԳԼՈՒԽ 6: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ 14
CHAPTER 6: INSURANCE COMPENSATION PAYMENT PROCEDURE 14
ԳԼՈՒԽ 7: ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ 22
CHAPTER 7: TERMINATION OF THE INSURANCE POLICY 22
ԳԼՈՒԽ 8: ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ 24
CHAPTER 8: RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES 24
ԳԼՈՒԽ 9: ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒՄ ԵՎ ԼՐԱՑՈՒՄ 29
CHAPTER 9: CHANGES AND ADDITIONS TO THE TERMS 29
ԳԼՈՒԽ 10: ՎԵՃԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄ 29
CHAPTER 10: ORDER OF DISPUTE SOLUTION 29
ԳԼՈՒԽ 11. ԱՅԼ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ 30
CHAPTER 11: OTHER PROVISIONS 30

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԱՆՁԱՆՑ ԴԺԲԱԽՏ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐԻՑ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՈՆՆԵՐ

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE RULES FOR NATURAL PERSONS

ԳԼՈՒԽ 1: ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ **CHAPTER 1: GENERAL TERMS**	
1.1. Ֆիզիկական անձանց դժբախտ պատահարներից ապահովագրության սույն կանոնների (այսուհետ՝ Կանոններ) հիման վրա «ԷՖԵՍ» Ապահովագրական ՓԲԸ-ն իրականացնում է ոչ կյանքի ապահովագրություն՝ «Դժբախտ պատահարներից ապահովագրություն» դասով:	Based on the Rules “EFES” ICJSC performs Personal Accident Insurance Rules For Natural Persons - type of non-life insurance.
1.2. «ԷՖԵՍ» ԱՓԲԸ-ն Կանոնների և ՀՀ գործող օրենսդրության հիման վրա կնքում է դժբախտ պատահարներից կամավոր ապահովագրության պայմանագրեր/վկայագրեր (այսուհետև՝ Պայմանագիր) ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց հետ:	In accordance with RA current legislation and the present Rules of Personal Accident Insurance (hereinafter - the Rules) “EFES” ICJSC (hereinafter – the Insurer) concludes insurance conrtacts/policies (hereinafter – the Policy) with legal entities and natural persons (hereinafter – the Insured)
1.3. Կանոններում կիրառվող անվանումներն ու հասկացությունները որոշ դեպքերում հատուկ պարզաբանվում են համապատասխան սահմանումներով:	Terms and definitions used in the Rules in some cases are cleared out by specified definitions.
1.4. Եթե որևէ անվանման կամ հասկացության նշանակությունը պարզաբանված չէ Կանոններում և չի կարող պարզաբանվել օրենսդրական և ենթաօրենսդրական նորմատիվային ակտերով, ապա նման անվանումը կամ հասկացությունը կիրառվում է իր ուղղակի լեզվական նշանակությամբ:	If any of the terms and definitions has remained undefined in the Rules and cannot be defined by the legislation or subordinate normative acts, then it shall be understood in its direct meaning.
1.5. Անձը, որը Ապահովագրողի հետ կնքում է Պայմանագիր, այսուհետ անվանվում է Ապահովադիր:	A person who concludes the Policy with the Insurer, hereinafter is called the Insured.
1.6. Կանոններով Ապահովադիր կարող են հանդիսանալ իրավաբանական անձինք և գործունակ ֆիզիկական անձինք:	According to the Rules the Insured should be either a capable natural person or a legal entity.

1.7. Անձը, որի հետ կապված ապահովագրական պատահարի առաջացումը հանդիսանում է ապահովագրության պայմանագրի առարկա, այսուհետ անվանվում է Ապահովագրված անձ:	A person related to who the emergence of an insurance accident is the object of the Policy, hereinafter is called the Insured Person.
1.8. Ապահովագրված անձ կարող է հանդիսանալ Պայմանագրի կնքման պահին 0-ից մինչև 75 տարեկան ցանկացած ֆիզիկական անձ:	The Insured Person can be any natural person aged 0 to 75 at the moment of the Policy conclusion.
1.9. Ապահովադիրը կարող է կնքել Պայմանագիր ինչպես իր, այնպես էլ այլ անձի (այսուհետ՝ Շահառու) օգտին:	The Insured may conclude the Policy in favor of themselves as well as another person, hereinafter the Beneficiary.
1.10. Պայմանագրով Ապահովագրված անձ չեն կարող լինել անձինք, ովքեր. • Պայմանագրի կնքման պահին տառապում են նյարդային կամ հոգեկան համակարգի ծանր ախտահարմամբ (թուլամտություն, էպիլեպսիա, նյարդային համակարգի այլ խանգարումներ), • ի ծնե ունեն անկանոնություններ (անոմալիաներ), • ունեն ֆունկցիոնալության սահմանափակում, • ՄԻԱՎ վարակակիր են կամ ՁԻԱՀ-ով հիվանդ, • առողջական վիճակից ելնելով՝ մշտական խնամքի կամ հսկողության կարիք ունեն:	Under the Policy, the Insured person cannot be: A person who suffers from a severe illness of the nervous or psychological system (imbecility, epilepsy, other nervous system issues), A person that has congenital irregularities (anomalies), A person with disability or one that holds a disabled child condition, A person diagnosed with HIV/AIDS, A person in need of permanent supervision and care due to their health condition.
1.11. Եթե Պայմանագիրը կնքելուց հետո պարզվել է, որ Պայմանագրով ապահովագրվել է 1.10-րդ կետում նշված խմբերից որևէ մեկում ընդգրկված անձ, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը և միակողմանի վաղաժամկետ դադարեցնել Պայմանագիրը:	If after the signing of the Policy an individual included in one of the groups mentioned in the Clause 1.10 was insured, the Insurer has the right to reject the insurance compensation for an insurance claim and unilaterally terminate of the Policy preterm.
1.12. Պայմանագրով ապահովագրական հատուցումը ստանում է Ապահովագրված անձը, իսկ նրա մահվան դեպքում՝ Պայմանագրում նշված Շահառուն, իսկ եթե Շահառու նշված չէ, ապա՝ Ապահովագրված անձի ժառանգը՝ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերում և կարգով:	Under the Policy, the Insured Person will receive the insurance compensation, in case of the former's death the Beneficiary mentioned in the Policy becomes the recipient. When a Beneficiary is not mentioned, the compesation will receive the heir of the Insured Person in accordance with the RA legislation.
1.13. Եթե Ապահովագրված անձը մինչև 16 տարեկան անչափահաս է, ապա ապահովագրական հատուցումը կարող է ստանալ միայն նրա օրինական	If the Insured Person is a teenager under the age of 16 years, then the insurance compensation will

	ներկայացուցիչը կամ խնամակալը (հոգաբարձուն):	receive their legal representative or guardian (caretaker).
1.14.	Պայմանագրի կնքման ժամանակ Ապահովադրին տրվում է Կանոնների մեկ օրինակ, ինչի մասին հատուկ նշվում է Պայմանագրում, որի դրույթները դառնում են Պայմանագրի անբաժան մասը և պարտադիր են Ապահովադրի և Ապահովագրողի համար (այսուհետ՝ միասին՝ Կողմեր):	At the moment of signing the Policy, the Insured is provided with a single copy of the Rules. The terms of the latter become an integral part of the Policy and are mandatory both for the Insured and the Insurer (hereinafter the Parties).
1.15.	Պայմանագրի կնքման ժամանակ Կողմերը կարող են գրավոր (Պայմանագրով կամ առանձին համաձայնությամբ) պայմանավորվել Կանոնների որևէ առանձին դրույթի փոփոխության (բացառման) և/կամ լրացուցիչ դրույթների ավելացման վերաբերյալ:	At the moment of signing the Policy, in a written form the Parties can agree (within the Policy or in a separate agreement) on changing (excluding) and/or adding an extra term in the Rules.
1.16.	Պայմանագրով սահմանված որոշ հասկացություններ. ***Մարմնական վնասվածք***՝ կենդանի հյուսվածքների կառուցվածքի և օրգանների անատոմիական ամբողջականության խախտում, ինչը հանդիսացել է արտաքին միջավայրի ֆիզիկական (բացառությամբ էլեկտրամագնիսային և իոնացնող ճառագայթման) և քիմիական գործոնների միապահ կամ կարճաժամկետ ազդեցության արդյունք, որի ախտորոշումը կատարվել է բժշկական գիտությանը հայտնի ախտանիշների հիման վրա: ***Սխալ բժշկական մանիպուլյացիաներ***՝ բուժաշխատողների կողմից թույլ տրված և իրավասու մարմինների կողմից հաստատված շեղումներ բժշկագիտությամբ սահմանված մանիպուլյացիաների իրականացման տեխնիկայից, որոնք առաջացրել են Ապահովագրված անձի առողջության համար բացասական հետևանքներ. գլխուղեղի, ողնուղեղի, ներքին օրգանների վնասում, ոսկրերի կոտրվածք, հոդախախտ, վերք, կտրվածք, այրվածք, ցրտահարություն, էլեկտրահարություն, սեղմում, օրգանի լրիվ կամ մասնակի կորուստ: ***Սուր թունավորումներ***՝ Ապահովագրված անձի օրգանիզմի կտրուկ զարգացող	Several definitions of the terms used in the Policy: ***Bodily injury***: The disturbance of a tissue structure or organs' anatomical entirety, which is a result of an external physical (with the exception of electromagnetic and ionic radiation) and short-term or monolithic chemical effects, the diagnosis of which was conducted on a basis of scientifically known medical symptoms. ***Wrong medical manipulations***: The deviations from medical manipulation techniques by the medical staff and proved by the competent that caused negative consequences on the Insured Person's health: damage to brain, spine, internal organs, bone fractures, dislocations, wounds, cuts, burns, frostbite, electric shocks, compression, complete or partial loss of organs. ***Acute poisonings***: The abruptly developing morbid changes and protective signals of the Insured Person's organism, which appeared due to the monolithic or short-term effects of a chemical substance containing poisonous features originating from an external environment. ***Reasonable price:*** The price of expenses incurred for outpatient and/or inpatient treatment, the total amount of which is equivalent

հիվանդագին փոփոխություններ և պաշտպանիչ ազդանշաններ, որոնք առաջացել են արտաքին միջավայրից օրգանիզմի մեջ հանկարծակի ստացված թունավոր հատկություններ ունեցող քիմիական նյութի միապաի կամ կարճաժամկետ ազդեցության հետևանքով: ***Ողջամիտ գին***՝ ամբուլատոր և/կամ ստացիոնար բուժման համար կատարված ծախսերի գին, որի ընդհանուր գումարը համարժեք է ՀՀ լիցենզավորված բուժհաստատությունների գնային առաջարկներին:	to the price offers of RA licensed medical institutions.
ԳԼՈՒԽ 2: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏ ***CHAPTER 2: INSURANCE OBJECT***	
2.1. Ապահովագրության օբյեկտ են համարվում Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի)՝ ՀՀ օրենսդրությանը չհակասող գույքային շահերը՝ կապված դժբախտ պատահարի հետևանքով Ապահովագրված անձի մահվան, հաշմանդամության, ժամանակավոր անաշխատունակության կամ մարմնական վնասվածքներ ստանալու հետ:	The object of the insurance is the property interests of the Insured (Insured Person) regarding the risk to the death, permanent or temporary disability and received injuries of the Insured Person, that do not contradict the RA legislation.
ԳԼՈՒԽ 3: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՌԻՍԿԵՐ ***CHAPTER 3: INSURANCE ACCIDENTS, INSURANCE RISKS***	
3.1. Ապահովագրական պատահարը Պայմանագրով նախատեսված դեպքն է, որի տեղի ունենալու ուժով Ապահովագրողը պարտավորվում է Ապահովագրված անձին կամ Շահառուին վճարել ապահովագրական հատուցում:	The insurance accident is the event described in the Policy, that gives rise to the liability of the Insurer to pay insurance indemnity to the Insured Person or the Beneficiary.
3.2. Դժբախտ պատահար է համարվում արտաքին, կարճաժամկետ (մինչև մի քանի ժամ), չմտադրված, անկանխատեսելի պայմանների և հանգամանքների զուգադիպումը, այդ թվում՝ անաֆիլիկտիկ շոկը (բացառությամբ առաջացած դեղամիջոցներից և/կամ սննդից), սուր թունավորումը (բացառությամբ սննդային թունավորումը), շնչահեղձումը, ջրահեղձումը, մարմնի գերսառեցումը կամ տաքացումը, այվածքները, և այլն, որոնց դեպքում Ապահովագրված անձի կամքից անկախ մարմնական վնասվածքների կամ տոքսիկ ազդեցության հետևանքով վնաս է հասցվում	Personal accident is considered to be an external, short-term (up to a few hours), unintentional, sudden confluence of circumstances and conditions such as: anaphylactic shocks (except from drugs and/or food), acute poisonings (except from food), suffocations, drownings, body freezing or overheating, burns, etc., as a result of which death, disability or hard to the health of the Insured Person is caused.

	նրա առողջությանը, կամ սահմանափակվում է նրա ֆունկցիոնալությունը, կամ վրա է հասնում նրա մահը	
3.3.	Կանոնների համաձայն՝ դժբախտ պատահար չեն համարվում հիվանդությունները կամ դրանց բարդացումները (ինչպես նախկինում ախտորոշված, այնպես էլ առաջին անգամ հայտնաբերված), ինչպես նաև այն հիվանդությունները կամ դրանց բարդացումները, որոնք առաջացել (զարգացել) են արտաքին գործոնների ազդեցության հետևանքով, այդ թվում նաև՝ սրտամկանի ինֆարկտը, գլխուղեղի կաթվածը, աներիզմները, օրգանների ֆունկցիոնալ անբավարարությունը, օրգանների բնածին արատները, սխալ բժշկական մանիպուլյացիաները, սննդային թունավորումները, դեղամիջոցներից կամ սննդից առաջացած ալերգիկ ռեակցիան՝ ներառյալ անաֆիլաքսիան և այլն:	Under the Rules, diseases and further complications thereof (both for the pre-existing and newly formed conditions), as well as those diseases with their respective complications that developed under the influence of external factor such as myocardial infarction, cerebral palsy, aneurysms, organ dysfunctions, congenital malformations of organs, wrong medical manipulations, food poisonings, allergic reactions including anaphylaxis from food or medication do not constitute a personal accident.
3.4.	Ապահովագրական ռիսկն առաջանալու որոշակի հավանականությամբ և պատահականությամբ ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու հետևանքով առաջացող վնասի հնարավորությունն է:	The insurance risk is the possibility of potential loss due to the occurrence of the insurance accident.
3.5.	Կանոնների համաձայն և կողմերի համաձայնությամբ՝ Պայմանագրով կարող են ապահովագրվել Ապահովագրված անձի հետ կապված հետևյալ ռիսկերը՝ ա) դժբախտ պատահարի հետևանքով մահ, բ) դժբախտ պատահարի հետևանքով ֆունկցիոնալության սահմանափակում (խորը, միջին, ծանր), գ) դժբախտ պատահարի հետևանքով ժամանակավոր անաշխատունակություն, դ) դժբախտ պատահարի հետևանքով առաջացած բժշկական ծախսեր:	Under the Rules and mutual agreement of the Parties, the Policy may include the following risks. a) Death of the Insured Person as a result of a personal accident, b) Permanent disability as a result of a personal accident, c) Temporary disability as a result of a personal accident, d) Medical treatment costs as a result of a personal accident.
3.6.	Դժբախտ պատահարի հետևանքով մահը և ֆունկցիոնալության սահմանափակումը համարվում են ապահովագրական պատահարներ, եթե դրանք առաջացել են Պայմանագրի գործողության ընթացքում ՀՀ տարածքում (եթե այլ տարածք նախատեսված չէ Պայմանագրով) տեղի ունեցած դժբախտ պատահարի հետևանքով և առաջին անգամ	The death or permanent disability of the Insured Person as a result of a personal accident is considered an insurance accident when it occured during the policy period and on the territory of RA (if no other specification is made in the Policy), and was confirmed via a provided document by the corresponding competent authority, issued no later than 1 year after the accident.

հաստատվել են համապատասխան իրավասու մարմինների կողմից տրված փաստաթղթերով դժբախտ պատահարից հետո՝ ոչ ուշ, քան 1 տարվա ընթացքում:	
3.7. «Դժբախտ պատահարի հետևանքով ժամանակավոր անաշխատունակություն» ռիսկով ապահովագրական պատահար է համարվում Պայմանագրի գործողության ընթացքում (այսուհետ նաև՝ ապահովագրության ժամկետ) տեղի ունեցած դժբախտ պատահարի հետևանքով ապահովագրված անձի աշխատունակության ժամանակավոր կորուստը (ժամակավոր անաշխատունակություն), որը հաստատված է համապատասխան իրավասու մարմինների կողմից տրված փաստաթղթերով դժբախտ պատահարից հետո, ոչ ուշ քան 6 ամսվա ընթացքում,	The temporary disability of the Insured Person as a result of a personal accident is considered an insurance accident when it occured due to a personal accident during the Policy period and resulted in a temporary loss of workabiliy, and was confirmed via a document provided by the corresponding competent authority, issued no later than 6 months after the accident.
3.8. Կանոնների 3.5-րդ կետում նշված իրադարձությունները չեն համարվում ապահովագրական պատահարներ, եթե դրանց առաջացման պատճառներն են. ա) Ապահովագրված անձի, Ապահովադրի կամ Շահառուի կողմից կատարված միտումնավոր գործողությունները կամ այն անձի կողմից կատարված գործողությունը, որը Պայմանագրի, Կանոնների կամ ՀՀ օրենսդրության համաձայն Ապահովագրված անձի մահվան դեպքում հանդիսանում է Շահառու, ինչպես նաև այն անձանց կողմից, որոնք գործում են վերջիններիս հանձնարարությամբ՝ ուղղված ապահովագրական պատահարի ի հայտ գալուն, բ) Ապահովագրված անձի կողմից քրեական հանցագործություն կատարելը, որն ուղղակի կապի մեջ է ապահովագրական պատահարի հայտանիշեր պարունակող իրադարձության հետ, գ) Ապահովագրված անձի ալկոհոլային թունավորումը, թմրադեղային կամ տոքսիկ թունավորումը նրա կողմից թմրադեղային ուժեղ ազդեցություն ունեցող կամ հոգեմետ նյութերի	Events referred in Clause 3.5 shall not be recognized as an insurance accident if it results from the following: a) Intentional acts of the Insured Person, the Insured or the Beneficiary or the person who is a beneficiary upon the death of the Insured Person according to the Policy or the RA legislation as well as persons acting on their behalf to make the insurance accident happen, b) commitment of a criminal offense by the Insured Person which is directly connected with the event having the characteristics of the insurance accident, c) alcohol poisoning, drugs or toxic substance poisoning, use of potent and psychotropic substances without a doctor's prescription (or on doctor's orders, but by breaching the dosage), d) driving a vehicle without the right to drive a vehicle in that category or transfering the control of the vehicle to a person who had no right to drive a vehicle of that category, e) driving the vehicle by the Insured Person in a state of alcoholic, narcotic, or toxic intoxication, or transfering the control of the

օգտագործման դեպքում առանց բժշկի նշանակման (կամ բժշկի նշանակմամբ, բայց նրա կողմից սահմանված չափերի խախտմամբ),	vehicle to a person who was in a state of alcoholic, narcotic, or toxic intoxication,
դ) Ապահովագրված անձի կողմից տրանսպորտային միջոցի վարումը առանց այդ դասի տրանսպորտային միջոցի վարելու իրավունքի կամ Ապահովագրված անձի կողմից տրանսպորտային միջոցի վարման փոխանցումը այլ անձի, ով չունի տվյալ տրանսպորտային միջոցը վարելու իրավունք,	f) The suicide of the Insured Person (suicide attempt), if at the time of the suicide (attempted suicide) the Policy operated for less than three years (or insurance was not continuously held for two years). The exception is illegal acts of third parties which made the Insured Person to commit suicide (suicide attempt),
ե) Ապահովագրված անձի կողմից տրանսպորտային միջոցի վարում՝ գտնվելով ալկոհոլի, թմրադեղերի, թունավոր նյութերի ազդեցության տակ կամ Ապահովագրված անձի կողմից տրանսպորտային միջոցի վարումը ալկոհոլի կամ թմրադեղերի ազդեցության տակ գտնվող անձին փոխանցելը,	g) nuclear explosion, radiation or radioactive contamination, military operations, their consequences, civil, military coups, civil commotion, as well as participation in military duties and trainings during the term of military service by the Insured Person,
զ) Ապահովագրված անձի կողմից կատարված ինքնասպանությունը (ինքնասպանության փորձը), եթե ինքնասպանության (ինքնասպանության փորձը) պահին Պայմանագիրը գործել է 3 տարուց պակաս (կամ անընդմեջ չի գործել 2 տարվա ընթացքում): Բացառություն են կազմում Ապահովագրված անձին ինքնասպանության (ինքնասպանության փորձի) հակելու կամ հասցնելու դեպքերը,	h) flight in an aircraft except for cases of flight as a passenger on the licensed multiengined plane of civil commercial aviation,
է) միջուկային պայթյունը, ճառագայթումը կամ ճառագայթումից վարակումը, ռազմական գործողությունները, զորաշարժերը կամ դրանց հետևանքները, ժողովրդական հուզումները, պատերազմը, քաղաքացիական պատերազմը, գործադուլները կամ ահաբեկչական գործողությունները, ինչպես նաև Ապահովագրված անձի մասնակցությունը ռազմական հավաքներին, զինված ուժերում ծառայելու ընթացքում,	i) The engagement of the Insured Person in professional sports with a purpose of participating in various professional tournaments, events, and marathons. The activity of any of the mentioned sports can be regarded as an insurance accident, if it occurred during a single training, amateur games (for example: during a holiday, or the weekend), which cannot be classified as a professional sports activity on a regular basis aimed at achieving professional results in certain disciplines,
	j) participation in life, health threatening dangerous sports (car and motorcycle tournaments, skydiving, mountain climbing, mountaineering and water sports, scuba diving, etc.),
	k) pregnancy or its interruption, psychological or neurotic disorders,
	l) wrong medical manipulations,
	m) allergic reactions from food and medications,
	n) food poisonings.

թ) Ապահովագրված անձի օդային ճանապարհորդությունը՝ բացառությամբ այն դեպքի, երբ նա հանդիսանում է լիցենզավորված բազմաշարժիչային առևտրային ինքնաթիռի ուղևոր, որը ղեկավարվում է արտոնագրված առևտրային ավիաընկերության կողմից կամ պատկանում և ղեկավարվում է առևտրային ընկերության կողմից, ժ) Ապահովագրված անձի կողմից պրոֆեսիոնալ սպորտով զբաղվելը, ցանկացած տեսակի սպորտով կանոնավոր զբաղվելը՝ ուղղված մարզական արդյունքների ձեռքբերմանը, մրցումներին կամ մրցավազքերին մասնակցությունը: Սույն կետում նշված սպորտաձևերով զբաղվելը կարող է դիտվել որպես ապահովագրական պատահար, եթե դա տեղի է ունեցել միանգամյա մարզման, խաղերի ժամանակ (օրինակ՝ արձակուրդի, ոչ աշխատանքային օրերի ընթացքում), որոնք հնարավոր չէ դիտարկել որպես պրոֆեսիոնալ սպորտով զբաղվել կամ կանոնավոր մարզումներ՝ ուղղված մարզական արդյունքների ձեռքբերմանը: ժա) Կյանքի, առողջության համար վտանգավոր հոբբիներով զբաղվելը (օրինակ՝ լեռնամագլցում, սառցամագլցում, լեռնագնացություն, ջրասուզություն, անկարգելով թռիչք, սքայսերֆինգ, դելտա/պարապլանիզմ, մարտեր առանց կանոնների, որսորդություն, ավտո կամ մոտո մրցաշավեր և այլն): ժա) հղիությունը կամ դրա ընդհատումը, հոգեկան կամ նյարդային խանգարումը, ժգ) սխալ բժշկական մանիպուլյացիաները, ժդ) ալերգիկ ռեակցիաները առաջացած դեղամիջոցներից և սննդից, ժե) սննդային թունավորումը:	
3.9. Պայմանագրով չեն հատուցվում ստորև նշված ծախսերը, բժշկական ծառայությունները.	The Policy excludes the following expenses and medical services:

Ա) ցանկացած տեսակի սննդի, սննդային և/կամ կենսաբանական ակտիվ հավելումների (վիտամիններ և այլն), կոսմետիկ կամ խնամքի պարագաների կամ հանքային աղերի ձեռքբերման ծախսեր, Բ) առանց բժշկական ցուցումների կատարված բժշկական ծառայություններ, դեղորայք, հոսպիտալացում, հետազոտություններ կամ բժշկական պարագաների ձեռքբերում, Գ) ՀՀ-ում չարտոնագրված դեղամիջոցների կամ բժշկական պարագաների ձեռքբերման ծախսեր, Դ) ՀՀ օրենսդրության համաձայն՝ պետության կողմից երաշխավորվող անվճար հիվանդանոցային կամ արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության կամ սպասարկման ծառայությունների ցանկում ընդգրված բժշկական ծառայությունների, դեղորայքի, բժշկական պարագաների հետ կապված ծախսեր, Ե) ապահովագրության ժամկետի ավարտից 30 օր հետո կատարված բժշկական ծախսերը, Զ) ֆիզիոթերապևտիկ, վերականգնողական, սանատոր-առողջարանային միջոցառումներ կամ բուժում, Է) ոչ ավանդական, այլընտրանքային (ոչ գիտական) բուժում ու ախտորոշման մեթոդներ՝ ասեղնաբուժություն, հոմեոպաթիա, Ֆոլիի մեթոդով ախտորոշում, բիոռեզոնանսային ախտորոշում և այլն, փորձարարական կամ հետազոտական մեթոդներով բուժում, կազդուրման ավանդական համակարգեր, հեռաբժշկության հետ կապված ծառայություններ, Ը) այնպիսի բժշկական ծառայություններից օգտվելու հետ կապված ծախսերը, որոնք ուղղակիորեն կապված չեն տեղի ունեցած դժբախտ պատահարի հետևանքով առաջացած վնասվածքների կամ տոքսիկ ազեցության հետ,	a) The purchase of any type of food, food-based and/or bioactive supplements (vitamins and etc), cosmetic or beauty care accessories or mineral salts, b) The conducted medical services (medicine, hospitalization, examination, or the purchase of medical accessories) without the doctor's prescription, c) The purchase of unauthorised medicine or medical accessories by the RA MoH, d) The expenses related to inpatient and outpatient medical care, service, medicine, or medical accessories included in the free state service in accordance with the RA legislation, e) The expenses made 30 days after the Policy ended, f) Physiotheurapetic, rehabilitative, health-resorting treatment and interventions, g) Non-traditional, alternative (non-scientific) treatment and diagnostic methods: acupuncture, homeopathy, Voll method diagnosis, treatment via bioresonance method, traditional regenerative methods, tele-medicine related costs, h) The medical expenses not directly related to the injuries or toxic effects from the accident, i) Medical expenses incurred for the complications and worsening of pre-existing conditions or the prevention thereof.

Թ) այնպիսի բժշկական ծառայությունների հետ կապված ծախսերը, որոնք կատարվել ապահովագրված անձի մոտ մինչև դժբախտ պատահարի տեղի ունենալն առկա հիվանդությունների սրացումների կամ բարդացումների գծով, ինչպես նաև դրանց սրացումների կամ բարդացումների կանխարգելման նպատակով:	
ԳԼՈՒԽ 4: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐ **CHAPTER 4: SUM INSURED AND INSURANCE PREMIUM**	
4.1. Ապահովագրական գումարը Պայմանագրում սահմանված դրամական գումարն է, որի սահմաններում Ապահովագրողը պարտավորվում է ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու դեպքում վճարել ապահովագրական հատուցում:	Sum insured is the sum of money that is set by the Policy, on the basis of which the Insurer shall pay the insurance compensation when insurance accident occurs.
4.2. Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով, Պայմանագրում սահմանված ապահովագրական գումարը հանդիսանում է տվյալ Պայմանագրի շրջանակներում տեղի ունեցած բոլոր ապահովագրական պատահարների գծով Ապահովագրողի կողմից հատուցման ենթակա գումարների ընդհանուր սահմանաչափը:	The sum insured indicated in the Policy is the maximum limit of indemnity subject to be compensated for all insurance accidents occurring during the Policy, unless specified otherwise in the Policy.
4.3. Ապահովագրական գումարի չափը որոշվում է կողմերի համաձայնությամբ:	The sum insured is defined upon the agreement of the Parties.
4.4. Պայմանագիր կնքելիս Ապահովագրողը սահմանում է ապահովագրավճարի չափը, որը պետք է վճարի Ապահովադիրը:	The Insurer sets the insurance premium to be paid by the Insured upon the conclusion of the Policy.
4.5. Ապահովագրավճարը ենթակա է ամբողջությամբ վճարման Պայմանագրի կնքման պահին, եթե այլ վճարման կարգ նախատեսված չէ Պայմանագրով:	The insurance premium should be paid in a single payment at the moment of the contract conclusion, unless specified otherwise in the Policy.
4.6. Տարաժամկետ վճարման կարգ սահմանող պայմանագրերի դեպքում Ապահովագրողը իրավունք ունի ապահովագրական հատուցումը վճարել միայն պայմանագրի ամբողջ ժամկետի համար ապահովագրավճարի վճարումից հետո:	When the Policy implies multiple payments, the Insurer has the right to pay the indemnity only after receiving the payment of the insurance premium for the full term specified in the Policy.
4.7. Ապահովագրավճարը անկանխիկ եղանակով վճարելու դեպքում Ապահովադիրը պարտավոր է վճարման հանձնարարականում	For non-cash transfers, the Insured must reference to the account number and the date in the payment order, based on which the payment of the

	հղում կատարել հաշվի համարին և ամսաթվին, որի հիման վրա կատարվում է ապահովագրավճարի վճարումը, և/կամ ապահովագրության պայմանագրի (վկայագրի) համարին, որի համար իրականացվում է ապահովագրավճարի վճարում:	insurance premium is made, and/or the Policy (Certificate) number, for which the payment is made.
4.8.	Անկանխիկ եղանակով վճարելու դեպքում ապահովագրավճարը համարվում է վճարված Ապահովագրողի հաշվարկային հաշվին մուտքագրվելու պահին:	For non-cash transfers, the insurance premium is considered paid once it enters into the Insurer's account.
4.9.	Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ժամկետում և չափով Ապահովադրի կողմից ապահովագրավճարը (ապահովագրավճարի հերթական մասը) չվճարելու դեպքում Ապահովագրողը իրավունք ունի չսահմանել լրացուցիչ ժամկետ ապահովագրավճարի վճարման համար, չծանուցել այդ մասին Ապահովադրին, միակողմանի դադարեցնել Պայմանագիրը, և ազատվում է Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարման ամսաթիվ հանդիսացող օրվան հաջորդող օրվա ժամը 00:00-ից հետո տեղի ունեցած իրադարձությունների հետևանքով առաջացած վնասների դիմաց ապահովագրական հատուցումներ իրականացնելու պարտականություններից: Ապահովագրողը իր հայեցողությամբ իրավունք ունի սահմանել ապահովագրավճարի վճարման լրացուցիչ ժամկետներ և այդ մասին ծանուցել Ապահովադրին: Լրացուցիչ ժամկետի սահմանման դեպքում Ապահովագրողը միևնույն է ազատվում է Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարման ամսաթիվ հանդիսացող օրվան հաջորդող օրվա ժամը 00:00-ից հետո տեղի ունեցած իրադարձությունների հետևանքով առաջացած վնասների դիմաց ապահովագրական հատուցումներ իրականացնելու պարտականություններից:	If the Insured does not pay the insurance premium (the regular part of the insurance premium) within the timeframe and in the amount specified in the Policy, the Insurer has the right not to give additional term for the payment of the insurance premium. The Insurer also has the right not to notify the Insured and unilaterally terminate the Policy and is exempted from its responsibilities after 00:00 of the following day. The Insurer may, at its discretion, set additional terms for the payment of the insurance premium and notify the Insured about it. Even when the additional time is set, the Insurer is exempted from the obligation to provide compensation for the damages incurred by the accidents occurring after 00:00 on the day following the date of payment of the next portion of the insurance premium specified in the Policy.

ԳԼՈՒԽ 5: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐԸ ԵՎ ԴՐԱ ԿՆՔՄԱՆ ԿԱՐԳԸ **CHAPTER 5: TERMS AND CONDITIONS OF THE INSURANCE CONTRACT CONCLUSION**		
5.1.	Պայմանագիրը կնքվում է Ապահովադրի գրավոր կամ բանավոր դիմումի հիման վրա:	The Policy shall be concluded based on the written or oral application of the Insured.
5.2.	Ապահովագրողն իրավունք ունի Ապահովադրից (Ապահովագրված անձից) պահանջել ներկայացնել փաստաթղթեր և տեղեկություններ ապահովագրական պատահարի ի հայտ գալու հավանականության որոշման նպատակով:	The Insurer has the right to require additional documents from the Insured (the Insured Person) in order to determine the probability of insurance accident occurrence.
5.3.	Ապահովադիրն Ապահովագրված անձի գրավոր համաձայնությամբ նշանակում է Շահառու՝ Ապահովագրված անձի մահվան դեպքում հատուցում ստանալու համար:	The Insured appoints a beneficiary with the written consent of the Insured Person, in order for the Beneficiary to receive the compensation in case of the Insured Person's death.
5.4.	Եթե Ապահովադիրը համարվում է անգործունակ, ապա Շահառուի նշանակումն իրականացվում է Ապահովագրողի կողմից Ապահովագրված անձի օրինական ներկայացուցչի համաձայնությամբ:	If the Insured is incapacitated, the appointment of the Beneficiary is implemented by the Insurer upon the Insured Person's legal representative's consent.
5.5.	Պայմանագիրն ուժի մեջ է մտնում ապահովագրավճարի կամ դրա առաջին մասի (տարաժամկետ վճարման դեպքում) պահից, եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով:	The insurance coverage enters into force starting from day of payment of the premium or its portion (for multiple payments), unless otherwise is stated in the Policy.
5.6.	Ապահովագրողի՝ Պայմանագրով սահմանված պատասխանատվությունը դադարում է Պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտին կամ սույն Կանոններում և/կամ Պայմանագրում նախատեսված այլ դեպքերում:	The Insurer's liability implied by the Policy ends at the moment of expiring the Policy's validity or in other cases specified in the Rules or the Policy.
ԳԼՈՒԽ 6: ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ **CHAPTER 6: INSURANCE COMPENSATION PAYMENT PROCEDURE**		
6.1.	Ապահովագրողն ապահովագրական պատահարի կարգավորման համար 6.8-րդ կետում նշված անհրաժեշտ բոլոր փաստաթղթերը ստանալուց հետո ոչ ուշ, քան 20 աշխատանքային օրվա ընթացքում պարտավոր է քննել հայտը և կայացնել ապահովագրական հատուցում վճարելու կամ հատուցման վճարումը մերժելու մասին որոշում:	The Insurer should made the decision on the insurance compensation or rejection within 20 business days after receiving the documents specified in Clause 6.8.

6.2. Ապահովագրական հատուցումը կատարվում է հատուցման մասին որոշման կայացումից հետո ոչ ուշ, քան 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում:	The insurance compensation is made within 10 business days after the decision on insurance compensation is made.
6.3. Դժբախտ պատահարի հետևանքով մահվան ռիսկի գծով ապահովագրական հատուցումը կատարվում է Ապահովագրված անձի համար սահմանված ապահովագրական գումարի 100%-ի չափով:	In case of the Insured Person's death as a result of a personal accident the insurance compensation is 100% of the sum insured.
6.4.Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով, ապա Դժբախտ պատահարի հետևանքով ֆունկցիոնալության սահմանափակման դեպքում դեպքում ապահովագրական հատուցումը Պայմանագրի շրջանակներում կատարվում է մեկ անգամ և հետևյալ տարբերակներից միայն մեկով՝ • Խորը աստիճան – տվյալ ռիսկի համար սահմանված ապահովագրական գումարի 100%-ի չափով, • Ծանր աստիճան – տվյալ ռիսկի համար սահմանված ապահովագրական գումարի 75%-ի չափով, • Միջին աստիճան – տվյալ ռիսկի համար սահմանված ապահովագրական գումարի 50%-ի չափով:	Unless specified otherwise, the insurance accident causing permanent disability the compensation is paid once as a lump sum and is calculated according to one of the following options Disability: Critical - 100% of the sum insured, Disability: Severe - 75% of the sum insured, Disability: Moderate - 50% of the sum insured.
6.5. Դժբախտ պատահարի հետևանքով մահվան դեպքում ապահովագրական հատուցման գումարից ֆունկցիոնալության սահմանափակման ռիսկի գծով տվյալ Պայմանագրի գծով վճարված ապահովագրական հատուցումները ենթակա են նվազեցման:	During the Policy, the insurance payments made for disability risk are subject to reduction when compensating for the death resulting from a personal accident.
6.6. Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով, ապա Դժբախտ պատահարի հետևանքով ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքում ապահովագրական հատուցումը հաշվարկվում է 10,000 ՀՀ դրամի չափով դժբախտ պատահարի հետևանքով առաջացած ժամանակավոր անաշխատունակության յուրաքանչյուր օրվա համար (անկախ նրանից, թե ժամանակավոր անաշխատունակության ժամկետն ավարտվել է ապահովագրության ժամկետի ավարտից առաջ, թե հետո), բայց ոչ	Unless specified otherwise, in case of the temporary disability caused by a personal accident, the insurance compensation is set 10,000 AMD for each day in the state of temporary disability (disregarding whether the temporary disability has ended before the policy term end, or after it), yet not exceeding 300,000 AMD for each insurance accident, moreover, the temporary disability occuring in different time periods, yet caused by a single personal accident is considered as one insurance accident. The insurance compensation for the temporary disability due to a personal

ավել, քան ընդհանուր 300,000 ՀՀ դրամ յուրաքանչյուր ապահովագրական պատահարի համար, ընդ որում՝ նույն դժբախտ պատահարի հետևանքով ապահովագրված անձի՝ տարբեր ժամանակահատվածներում ժամանակավոր անաշխատունակությունը դիտվում է որպես մեկ ապահովագրական պատահար: «Դժբախտ պատահարի հետևանքով ժամանակավոր անաշխատունակություն» ռիսկով Պայմանագրի շրջանակներում ապահովագրական հատուցումը կատարվում է առավելագույնը 2 ապահովագրական պատահարի համար:	accident risk is made for no more than 2 insurance accidents within the Policy period.
6.7. Եթե այլ բան նախատեսված չէ Պայմանագրով, ապա «Դժբախտ պատահարի հետևանքով առաջացած բժշկական ծախսեր» ռիսկով ապահովագրական պատահար է համարվում ապահովագրված անձի կողմից ապահովագրության ժամկետի ընթացքում բժշկական հաստատություն դիմելը՝ պայմանավորված դժբախտ պատահարի հետևանքով բժշկական օգնություն ստանալու անհրաժեշտությամբ: Սույն ռիսկով ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու դեպքում Պայմանագրով հատուցվում են ապահովագրության ժամկետում տեղի ունեցած դժբախտ պատահարի հետևանքով առաջացած ամբուլատոր և/կամ ստացիոնար բուժման, մասնավորապես՝ ընդհանուր հիվանդասենյակի, վիրահատությունների, բժշկի կողմից նշանակված բժշկական ծառայությունների, ախտորոշիչ հետազոտությունների, դեղամիջոցների, վիրակապական, անշարժացնող միջոցների հետ կապված անհրաժեշտ և ողջամիտ ծախսերը: Պայմանագրի շրջանակներում բժշկական ծախսերը ենթակա են հատուցման ընդհանուր 2,000,000 ՀՀ դրամի չափով:	Unless specified otherwise in the Policy, the insurance accident under medical expenses resulting from a personal accident risk is considered to be the Insured Person's treatment at the medical institution during the Policy term, for receiving neccessary medical assistance caused by a personal accident. The incurred medical expenses of inpatient and/or outpatient treatment, more specifically general hospital rooms, surgeries, the prescribed medical services, diagnostic examinations, medication, bandages, costs related to the necessary and reasonable means of fixation, caused by a personal accident are subject to compensation. Under the Policy, the medical expenses are subject to compensation up to 2,000,000 AMD.
6.8. Ապահովագրական հատուցում ստանալու համար Շահառուն (իրավահաջորդը) պարտավոր է ներկայացնել հետևյալ փաստաթղթերը ա) Ապահովագրված անձի մահվան դեպքում.	In order to receive compensation the Beneficiary (legal successor) is obliged to provide the following documents: In case of the Insured Person's death: • The copy or original of the insurance certificate,

• ապահովագրական վկայագրի բնօրինակը կամ պատճենը, • ապահովագրական հատուցում ստանալու դիմում (Ապահովագրողի կողմից սահմանված ձևով) ապահովագրական պատահարի մանրամասն նկարագրությամբ և ապահովագրական հատուցում ստանալու եղանակների նշմամբ (կանխիկ կամ բանկային փոխանցումով), • արտադրությունում դժբախտ պատահարի մասին ակտ, եթե ապահովագրական պատահարը տեղի է ունեցել Ապահովագրված անձի աշխատանքային պարտականությունների կատարման ընթացքում, • ոստիկանության համապատասխան ստորաբաժանման կողմից տրված տեղեկանքի բնօրինակը կամ պատճենը (անհրաժեշտության դեպքում), • Ապահովագրված անձի մահը հաստատող վկայականի բնօրինակը կամ նոտարական վավերացմամբ պատճենը, • մահվան պատճառի մասին բժշկական եզրակացություն, • նոտարի կողմից տրված ըստ օրենքի կամ ըստ կտակի ժառանգության իրավունքի վկայականի պատճենը, • ապահովագրական հատուցում ստացող անձի ինքնությունը հավաստող փաստաթուղթ, • ապահովագրական հատուցման որոշման կայացման համար այլ անհրաժեշտ փաստաթղթեր: բ) Ապահովագրված անձի ֆունկցիոնալության սահմանափակման դեպքում. • ապահովագրական վկայագրի բնօրինակը կամ պատճենը, • ապահովագրական հատուցում ստանալու դիմում (Ապահովագրողի կողմից սահմանված ձևով)	• Claim application form (established by the Insurer) with detailed description of the insurance accident and preferred way to receive insurance compensation (cash or bank transfer), • Act about industrial accident if the insurance accident occurred during the performance of job duties of the Insured Person, • The original or a copy of the act issued by the relevant police department (if necessary), • The original or notarized copy of the death certificate of the Insured Person, • Medical conclusion about the cause of death, • Notarized copy of the certificate of inheritance, • A document confirming the identity of the person who receives the insurance compensation, • Other documents required for the decision on the insurance compensation. In case of the Insured Person's permanent disability: • The copy or original of the insurance certificate, • Claim application form (established by the Insurer) with detailed description of the insurance accident and preferred way to receive insurance compensation (cash or bank transfer), • Act about industrial accident if the insurance accident occurred during the performance of job duties of the Insured Person, • The original or notarized copy of the death certificate of the Insured Person, • The original or copy of the certificate on determining the status of a person with a disability group/status of disabled child by the competent state bodies in the field of medical and social examination,

ապահովագրական պատահարի մանրամասն նկարագրությամբ և ապահովագրական հատուցում ստանալու եղանակների նշմամբ (կանխիկ կամ բանկային փոխանցումով),
- արտադրությունում դժբախտ պատահարի մասին ակտ, եթե ապահովագրական պատահարը տեղի է ունեցել Ապահովագրված անձի աշխատանքային պարտականությունների կատարման ընթացքում;
- ոստիկանության համապատասխան ստորաբաժանման կողմից տրված տեղեկանքի բնօրինակը կամ պատճենը (անհրաժեշտության դեպքում),
- բժշկասոցիալական փորձաքննության ոլորտում իրավասու պետական մարմինների կողմից անձին ֆունկցիոնալության սահմանափակման կարգավիճակ սահմանելու մասին տեղեկանքի բնօրինակ կամ պատճեն,
- մինչև 16 տարեկան Ապահովագրված անձանց համար՝ ծնողների, խնամակալի, հոգաբարձուի բնակության վայրից սոցիալական ապահովության տեղեկանքի բնօրինակը կամ պատճենը,
- Ապահովագրված անձի հիվանդության պատմության բնօրինակը կամ պատճենը,
- ապահովագրական հատուցում ստացող անձի ինքնությունը հավաստող փաստաթուղթ,
- ապահովագրական հատուցման որոշման կայացման համար այլ անհրաժեշտ փաստաթղթեր:

գ) Դժբախտ պատահարի հետևանքով բժշկական ծախսեր առաջանալու և/կամ ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքում.

- If the Insured Person is a minor under 16 years, a reference about social security of the Insured Person's parent, guardian, trustee,
- The Insured Person's medical history,
- A document confirming the identity of the person who receives the insurance compensation,
- Other documents required for the decision on the insurance compensation.

In case of the Insured Person's temporary disability and/or incurred medical costs:

- The copy or original of the insurance certificate,
- Claim application form (established by the Insurer) with detailed description of the insurance accident and preferred way to receive insurance compensation (cash or bank transfer),
- Act about industrial accident if the insurance accident occurred during the performance of job duties of the Insured Person,
- Temporary disability certificate (presented in case of temporary disability),
- The original or copy of the certificate issued by the relevant authority of police, ministry of emergency situations, prosecutor's office, judicial or other competent body on the circumstances of the accident and its confirmation (if required),
- Medical document stamped and signed by the authorized individual (epicrisis, extract from the outpatient medical card, doctor's report, reference issued by the medical institution, medical history, etc.) that contains the customer's complaints, laboratory or instrumental examinations, final diagnosis and prescribed treatment, the doctor's name and contact information,
- A document confirming the payment, cash register receipt together with detailed cost

• ապահովագրական վկայագրի բնօրինակը կամ պատճենը, • ապահովագրական հատուցում ստանալու դիմում (Ապահովագրողի կողմից սահմանված ձևով) ապահովագրական պատահարի մանրամասն նկարագրությամբ և ապահովագրական հատուցում ստանալու եղանակների նշմամբ (կանխիկ կամ բանկային փոխանցումով), • արտադրությունում դժբախտ պատահարի մասին ակտ, եթե ապահովագրական պատահարը տեղի է ունեցել Ապահովագրված անձի աշխատանքային պարտականությունների կատարման ընթացքում, • ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկը (ներկայացվում է ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքում), • ոստիկանության, արտակարգ իրավիճակների, դատախազության, դատական կամ այլ իրավասու մարմինների կողմից տրված փաստաթղթի բնօրինակը կամ պատճենը, որոնց իրավասության շրջանակներում է գտնվում տվյալ դժբախտ պատահարի հանգամանքների քննումը և հաստատումը, • բժշկական հաստատության կնիքով և իրավասու անձի ստորագրությամբ հաստատված բժշկական փաստաթուղթ (էպիկրիզ, քաղվածք ամբուլատոր-բժշկական քարտից, բժշկի եզրակացություն, բժշկական հաստատության կողմից տրված տեղեկանք, հիվանդության պատմություն և այլն), որը պետք է պարունակի հաճախորդի գանգատները, կատարված լաբորատոր կամ գործիքային հետազոտությունները, վերջնական	sheet (cashier's receipt (orders), etc.), originals of cash payment receipts, • A document confirming the identity of the person who receives the insurance compensation, • Other documents required for the decision on the insurance compensation.

	ախտորոշումը և նշանակված բուժումը, բժշկի անուն ազգանունը և կոնտակտային տվյալները, • կատարված վճարումը հավաստող փաստաթղթերի՝ ՀԴՄ կտրոնի՝ ծախսերի մանրամասն բացվածքի հետ միասին (դրամարկղի մուտքի անդորրագրի (օրդեր) և այլն), կանխիկ վճարման հաշվի բնօրինակները, • ապահովագրական հատուցում ստացող անձի ինքնությունը հավաստող փաստաթղթի բնօրինակը կամ պատճենը (Վրաստանի տարածքում տեղի ունեցած պատահարների դեպքում Ապահովագրված անձի անձնագրի բնօրինակը), • ապահովագրական հատուցման որոշման կայացման համար այլ անհրաժեշտ փաստաթղթեր,	
6.9.	Ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքում Ապահովագրողը իրավունք ունի չպահանջել անաշխատունակության թերթիկ, և հատուցման որոշումը կայացնել միայն անձի ստացիոնար բուժման վերաբերյալ բժշկական հաստատության կնիքով և իրավասու անձի ստորագրությամբ հաստատված բժշկական փաստաթղթի (էպիկրիզ, քաղվածք ամբուլատոր-բժշկական քարտից, բժշկի եզրակացություն, բժշկական հաստատության կողմից տրված տեղեկանք, հիվանդության պատմություն և այլն) հիման վրա:	The Insurer has the right not to demand the disability certificate in case of temporary disability and make the compensation decision based on the individual's in-patient treatment medical confirmation stamped statement and a medical document confirmed with a signature by a competent authority.
6.10.	Ապահովադիրը (Շահառուն) պարտավոր է ապահովագրական հատուցման դիմումը ներկայացնել ապահովագրական պատահարից ոչ ուշ, քան 60 օր հետո:	The Insured (Beneficiary) is obliged to fill the insurance compensation application no later than 60 days after the insurance accident.
6.11.	Ապահովադիրը կամ Շահառուն պարտավոր է Կանոններով սահմանված ապահովագրական հատուցման համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը ներկայացնել ապահովագրական հատուցման դիմումի ներկայացման օրվանից 60 օրվա ընթացքում: Ապահովագրողը, ելնելով տվյալ գործի հանգամանքներից, կարող է այդ	The Insured or the Beneficiary has an obligation to submit the necessary documents for the insurance compensation during 60 days after the application. The Insurer may prolong the application submission term up to 6 months, based on the circumstances of the insurance accident if the Insured submites a written application about the

ժամկետը երկարաձգել մինչև 6 (վեց) ամիս, եթե Ապահովադիրը (Շահառուն) գրավոր միջնորդություն է ներկայացնում փաստաթղթերի ներկայացման խոչընդոտների կամ այլ պատճառաբանությամբ սահմանված ժամկետը երկարաձգելու մասին:	obstacles or other reasonings for extending the set deadline.
6.12. Անհրաժեշտության դեպքում Ապահովագրողը ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով տեղեկություններ է ստանում իրավապահ մարմիններից, բժշկական հաստատություններից և այլ կազմակերպություններից՝ կապված ապահովագրական պատահարի հանգամանքների հետ:	When necessary, the Insurer gathers information related to the circumstances of the insurance accident from law enforcement bodies, medical and other organizations and institutions related to the accident and the authenticity of the submitted documents.
6.13. Ապահովագրական հատուցման մերժման դեպքում Ապահովագրողը կայացնում է պատճառաբանված որոշում, որը հնգօրյա ժամկետում պատվիրված նամակով ուղարկվում է (կամ տրամադրվում է առձեռն) Ապահովադրին (Շահառուին):	In case of rejecting the insurance compensation application, the Insurer compiles an argumented decision, which is later sent to the Insured (Beneficiary) via ordered letter (or is delivered in person).
6.14. Դատարանի կողմից Ապահովագրված անձին մահացած ճանաչելու դեպքում ապահովագրական հատուցումը ենթակա է վճարման այն պայմանով, եթե դատարանի վճռում նշված է, որ Ապահովագրված անձն անհայտ կորել է նրա կյանքին սպառնացող կամ կոնկրետ դժբախտ պատահարի հետևանքով նրա մահվան ենթադրության համար հիմք հանդիսացող հանգամանքների պարագայում, և նրա անհետանալու կամ ենթադրվող մահվան օրն ընկած է Պայմանագրի գործողության ընթացքում: Դատարանի կողմից Ապահովագրված անձին անհայտ բացակայող ճանաչելու դեպքում ապահովագրական հատուցում չի վճարվում:	Compensation shall be paid to the Insured Person if the court has considered them missing as a result of direct threat to their life from a personal accident and that accident occurred during the period of the Policy. If the Insured Person is considered unknown missing by the court, compensation is not payable.
6.15. Ապահովագրողն իրավունք ունի հետաձգել ապահովագրական հատուցման որոշման կայացումը կամ վճարումը • եթե նրա մոտ առաջացել են հիմնավոր կասկածներ Ապահովագրված անձի (Շահառուի) ապահովագրական հատուցում ստանալու իրավունքի վերաբերյալ,	The Insurer has the right to delay the decision on the insurance compensation or the payment thereof: if reasonable suspicions have appeared regarding the Insured Person's (Beneficiary's) right to receive the insurance compensation,

• եթե առկա է տվյալ պատահարի կարգավորման հետ ուղղակի կամ անուղղակի կերպով առնչվող՝ հարուցված քաղաքացիական, քրեական կամ դատական կարգով վարչական գործ, մինչև Ապահովագրողի կողմից ապահովագրական պատահարի վերաբերյալ տեղեկություն ունեցող հաստատություններից և կազմակերպություններից փաստաթղթերի ստացումը, ինչպես նաև մինչև ապահովագրական պատահարի վկաներից վկայությունների ստացումը:	if civil, criminal or judicial administrastive case directly or indirectly related to the accident is filed, Until the Insurer's acquisition of the documents related to the insurance provided from the companies and institutions that have some information, as well as until the reception of testimonials by the witnesses regarding the insurance accident.
6.16. Ապահովագրական հատուցում կարող է վճարվել նաև Շահառուի ներկայացուցչին համապատասխան լիազորագրի առկայության դեպքում:	The insurance compensation can be also paid to the Beneficiary's representative in case of respective power of attorney's presence.
6.17. Ապահովագրական հատուցում ստանալու համար ներկայացված բոլոր բժշկական փաստաթղթերում պետք է ներառվեն Ապահովագրված անձի անուն ազգանունը, ծննդյան ամսաթիվը, տարիքը, հայտարարված պատահարի ամսաթիվը և հանգամանքները, նշանակված և իրականացված բուժումը, բուժման սկիզբը և ավարտը, կատարված բժշկական միջոցառումների անվանումները, բժշկի կողմից սահմանված ախտորոշումը՝ հաստատված բժշկական պրակտիկայում ընդունված հետազոտությունների մեթոդներով, բոլոր ախտորոշիչ հետազոտությունների (լաբորատոր, կլինիկական, լուսաճառագայթային և այլն) արդյունքները, իրականացված վիրահատության արձանագրությունը:	Every document presented to the Insurer for receiving insurance compensation must include the Insured Person's name, surname, date of birth, age, the date of the declared insurance accident and circumstances, the prescribed and performed treatment, the start and the end of the treatment, the denominations/names of processed medical events, the diagnosis confirmed by the doctor according to the universally accepted research methods in the medical expertise, all diagnostic researches' (laboratory, clinical, radiation and etc.) results, the report of the conducted surgery.
ԳԼՈՒԽ 7: ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ **CHAPTER 7: TERMINATION OF THE INSURANCE POLICY**	
7.1. Պայմանագրի գործողությունը դադարում է, եթե. ա) Պայմանագրի գործողության ժամկետն ավարտվել է, բ) Ապահովագրված անձը մահացել է, գ) Պայմանագրում սահմանված ապահովագրական գումարի չափով Ապահովագրողը կատարել է	The Policy is terminated in the following cases: a) The term of the Policy has expired, b) The Insured Person has died, c) The Insurer has fulfilled its liability to pay insurance compensation within the sum insured defined in the Policy, d) The Insured or the Insurer has terminated the Contract. The Parties have the right to terminate

ապահովագրական հատուցում վճարելու գծով իր պարտավորությունները, դ) Ապահովադիրը կամ Ապահովագրողը հրաժարվել է Պայմանագրից, ընդ որում՝ Կողմերն իրավունք ունեն հրաժարվել Պայմանագրից ցանկացած պահի՝ այդ մասին ոչ պակաս, քան 15 օր առաջ ծանուցելով մյուս Կողմին, պայմանով, որ հրաժարման պահին ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու հավանականությունը չի վերացել, ե) Ապահովագրական ընկերության ապահովագրական գործունեության լիցենզիան ուժը կորցրած է ճանաչվել, զ) Պայմանագիրը լուծվել է Ապահովադրի և Ապահովագրողի փոխադարձ համաձայնությամբ, է) Պայմանագիրը լուծվել է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքով կամ Կանոններով կամ Պայմանագրով նախատեսված այլ հիմքերով, ը) դատարանի կողմից Պայմանագիրն անվավեր է ճանաչվել: Այս դեպքում Ապահովագրողը պարտավոր է վերադարձնել Ապահովադրին ապահովագրավճարներն ամբողջությամբ, իսկ Ապահովադիրը՝ հատուցել Ապահովագրողի կրած ծախսերը:	the Contract at any time by notifying the other Party at least 15 days in advance, while acknowledging that the probability of occurrence of insurance accidents at the time of termination has not disappeared,. e) The insurance company's insurance license was revoked, f) Annulation of the Policy by a mutual consent of the Insured and the Insurer, g) in other cases provided by the RA legislation or the Rules, h) presence of a court decision declaring the Policy invalid. In this case, the Insurer is obliged to return the Insured insurance premium paid and Insured is obliged to fully compensate incurred costs the Insurer.
7.2. Պայմանագրի լուծման դեպքում Ապահովագրողը նետտո ապահովագրավճարից համամասնորեն վերադարձնում է Պայմանագրի չլրացած օրերի գծով վճարված ապահովագրավճարի և կատարված հատուցումների դրական տարբերությունը: Նետտո ապահովագրավճար է համարվում ապահովագրավճարի ռիսկային մասնաբաժինը, որն առաջանում է բրուտտո ապահովագրավճարի և գործառնական, Պայմանագրի թողարկման համար կատարվող այլ ծախսերի՝ բեռնվածության տարբերությունից: Բեռնվածության գումարը կազմում է առաջին տարվա ապահովագրավճարի 25%-ը և յուրաքանչյուր հաջորդ տարվա ապահովագրավճարի 15%-ը:	In case of termination of the Policy the Insurer proportionally returns the positive difference of paid net insurance premium for the unexpired days of the Policy and received compensations. Net insurance premium is considered the risk part of the insurance premium, which is the difference of gross insurance premium and load of operational and other expenses, made for the issuance of Policy. The loading sum for the first year of insurance is 25% and for each following year of insurance – 15% of the insurance premium.

7.3. Ապահովագրողի նախաձեռնությամբ Պայմանագրի լուծման դեպքում Ապահովագրողն ապահովագրավճարից համամասնորեն վերադարձնում է Պայմանագրի չլրացած օրերի գծով վճարված ապահովագրավճարը առանց որևէ մասհանումների:	In case of the Policy's termination by the Insurer's initiative, the Insurer shall return the premium proportionately in respect to the remaining days defined in the Policy's term without any reductions.
ԳԼՈՒԽ 8: ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ***CHAPTER 8: RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES***	
8.1. Ապահովադիրն իրավունք ունի՝ 8.1.1. ստանալ ցանկացած բացատրություն Պայմանագրի շրջանակներում, 8.1.2. ստանալ վկայագրի կրկնօրինակը բնօրինակի կորստի դեպքում, 8.1.3. Պայմանագրի կնքման ժամանակ նշել Շահառուին (մեկ կամ մի քանի անձ)՝ Ապահովագրված անձի մահվան դեպքում հատուցում ստանալու համար: 8.1.4. Ապահովագրողի համաձայնությամբ Պայմանագրում կատարել փոփոխություններ: 8.1.5. վաղաժամկետ դադարեցնել Պայմանագիրը,	The Insured has a right to: i. get any explanation within the Policy, ii. receive a copy of the Certificate in case of the original's loss, iii. set the Beneficiary (one or several persons), in case of death of the Insured Person, iv. make changes to the Policy with the consent of the Insurer, v. prematurely terminate the Policy.
8.2. Ապահովադիրը պարտավոր է՝ 8.2.1. Պայմանագրով սահմանված ժամկետներում և չափով վճարել ապահովագրավճարները, 8.2.2. Պայմանագրի շրջանակներում հայտնել Ապահովագրողի համար հետաքրքրություն ներկայացնող ստույգ տեղեկատվություն, 8.2.3. գրավոր ձևով հայտնել Ապահովագրողին փոփոխությունների մասին, որոնք նա մտադիր է ներառել Պայմանագրի պայմաններում, 8.2.4. ապահովագրական պատահարի ի հայտ գալու դեպքում անհապաղ տեղեկացնել Ապահովագրողին կատարվածի մասին, 8.2.5. Ապահովագրողին ցանկացած հնարավոր միջոցով անհապաղ (իսկ 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ նաև գրավոր) հայտնել Պայմանագրի գործողության ընթացքում Պայմանագրի կնքման ժամանակ Ապահովագրողին ներկայացված հանգամանքների, ռիսկի աստիճանի փոփոխության մասին, ինչպես նաև հետևյալ հանգամանքների դեպքում.	Insured is obliged to: i. pay the insurance premium in accordance with terms and conditions of Policy, ii. provide Insurer with the necessary and accurate information, iii. inform the Insurer in a written form about the changes, which they intend to include in the terms of the Policy, iv. immediately inform the Insurer about the occurrence of an insurance accident, v. promptly notify the Insurer (in a written form during 3 business days) about the changes in the risk degree, presented circumstances at the time of the Policy conclusion, as well as in the following circumstances: 1. Change in the residence place or activity place of the Insured Person, 2. Substantial change in the professional domain or activity nature of the Insured Person, 3. Personal Accident policy(ies) signed by the Insured person with other insurance companies,

Ա) Ապահովագրված անձի գործունեության վայրի կամ բնակության վայրի փոփոխություն, Բ) Ապահովագրված անձի աշխատանքի բնույթի կամ ոլորտի էական փոփոխություն, Գ) Պայմանագրի գործողության ընթացքում Ապահովագրված անձի նկատմամբ դժբախտ պատահարներից ապահովագրության պայմանագրերի կնքում այլ ապահովագրական ընկերություններում, Դ) Վարկերի ձեռքբերում, որոնց արդյունքում Ապահովագրված անձի մարման ենթակա վարկերի ընդհանուր մեծությունը գերազանցում է իր տարեկան եկամտի եռապատիկը:	4. Acquisition of bank loans, when the total load of laons exceeds the Insured Person's annual income by three times.
8.3. Ապահովագրողն իրավունք ունի՝ 8.3.1. ստուգել Ապահովադրի, Ապահովագրված անձի և Շահառուի կողմից ներկայացված տեղեկատվությունը, 8.3.2. մերժել ապահովագրական հատուցման (ամբողջությամբ կամ մասնակի) վճարումը, եթե Ապահովադիրը (Ապահովագրված անձը) կամ Շահառուն՝ ա) չի կատարել Կանոններով և Պայմանագրով սահմանված իր պարտականությունները, բ) խախտել է Կանոններով սահմանված ապահովագրական հատուցում ստանալու համար Ապահովագրողին դիմելու և/կամ հատուցման որոշման կայացման համար անհրաժեշտ փաստաթղթերի ներկայացման ժամկետները, գ) Պայմանագիրը կնքելիս կամ դրա գործողության ընթացքում հայտնել է իրականությանը չհամապատասխանող, կեղծ տեղեկություններ կամ ապահովագրական պատահարի հետ կապված հանգամանքների վերաբերյալ հայտնել է անարժանահավատ տեղեկատվություն, դ) կատարել է այնպիսի գործողություններ, որոնց արդյունքում	The Insurer has a right to: i. check the information provided by the Insured, the Insured Person and the Beneficiary, ii. fully or partially reject the payment of the insurance compensation, if the Insured (Insured Person) or the Beneficiary: 1. Has not complied with their obligations defined by the Rules and the Policy, 2. Has not met the deadlines, defined in the Rules, for submitting the required documents to the Insurer for the insurance compensation decision, 3. During the Policy conclusion or during its validity has reported untruthful information, which did not correspond to the reality or has reported untrustworthy information regarding the circumstances of the insurance accident, 4. Has carried out such actions, due to which it has become impossible for the Insurer to carry out appropriate actions for the clarification of the insurance accident's circumstances (the conduction of investigation has become impossible), 5. Has reported false information regarding the health condition of the Insured Person or has concealed essential information about the risk

անհնարին է դարձել Ապահովագրողի կողմից ապահովագրական պատահարի հանգամանքների պարզմանն ուղղված գործողությունների իրականացումը (անհնարին է դարձել ապահովագրական պատահարի հետաքննության անցկացումը), ե) Պայմանագրի կնքման պահին և դրա գործողության ընթացքում հայտնել էր Ապահովագրված անձի առողջական վիճակի մասին սխալ տեղեկություններ, կամ թաքցրել ռիսկի աստիճանի վրա ազդող տեղեկություններ, զ) չի հայտնել Ապահովագրված անձի գործունեության ոլորտի փոփոխության մասին, եթե այդ փոփոխությունը դարձել է ապահովագրական պատահարի հայտանիշեր ունեցող իրադարձության ի հայտ գալու ուղղակի կամ անուղղակի պատճառ: Սույն բացառությունը կիրառելի է, եթե Ապահովադրի (ապահովագրված անձի, շահառուի) գործունեության ոլորտը նշված է Պայմանագրի, դրան կից Հարցաթերթիկի կամ այլ հայտարարության մեջ, է) Կանոններով սահմանված կարգով անհապաղ չի տեղեկացրել ապահովագրական պատահարի հայտանիշեր ունեցող իրադարձության ի հայտ գալու մասին, ը) չի ներկայացրել փաստաթղթեր և տեղեկություններ, որոնք անհրաժեշտ են ապահովագրական պատահարի հայտանիշեր ունեցող իրադարձության բնույթի և պատճառների հաստատման համար և նրա կապը ի հայտ եկած հետևանքների հետ, թ) Պայմանագրով նախատեսված ժամկետներում ապահովագրավճարի ոչ լրիվ վճարման կամ չվճարման դեպքում, ժ) Պայմանագրի կնքման պահին Ապահովադիրը Ապահովագրողին գրավոր չի հայտնել Ապահովագրված անձի հետ այլ ապահովագրական	degree, at the moment of the conclusion of the Policy or during its validity, 6. Did not inform the Insurer about changes of business occupation, which directly or indirectly led to the insurance accident. This exception is appliable, if the Insured's (Insured Person's, Beneficiary's) field of activity is mentioned in the Policy, the attached questionnaire or other declaration form, 7. In accordance with the Rules, has not immediately informed about the occurence of an event containing symptoms of an insurance accident, 8. Has not submitted documents and information necessary for the approval of the symptoms of the nature and cause of the insurance accident and its consequences, 9. Has not met the deadlines defined in the Policy for paying the insurance premium (partially or fully), 10. Has not informed the Insurer about the concluded personal accident insurance policies with other insurance companies, at the moment of the conclusion of the Policy. 11. The Insurer has the right to fully or partially reject the payment of the insurance compensation, if the treatment carried out (including medicine) and/or the medical means, examinations were identified to be unnecessary for the treatment of the given disease, injury or health state/condition by the protocols of the RA or international medical associations. The Insurer has a right to make an inquiry to a corresponding certified specialists (if necessary to the specialists from the Ministry of Heath of RA) and adopt their conclusions as basis for the determination of the neccessity of the conducted and provided medical service, pharmacological treatment and prescribed medical examinations. 12. If the Insurer has suspicions regarding the trustworthiness and the entirety of the provided documents regarding the event containing symptoms of the insurance accident or the Insured Person's health

ընկերություններում կնքված դժբախտ պատահարներից ապահովագրության Պայմանագրերի գոյության մասին, ժա) Ապահովագրողն իրավունք ունի ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը կատարված բժշկական ծախսերի գծով, եթե կատարված բուժումը (այդ թվում՝ դեղորայքային) և/կամ բուժական միջոցները, հետազոտությունները ՀՀ կամ միջազգային բժշկական ասոցիացիաների արձանագրություններով ճանաչված չեն որպես անհրաժեշտ տվյալ հիվանդության, վնասվածքի կամ առողջական վիճակի համար: Ապահովագրողն իրավունք ունի մատուցված ծառայության, դեղորայքային բուժման, կատարված կամ նշանակված հետազոտության անհրաժեշտությունն որոշելու նպատակով հարցում կատարել համապատասխան որակավորում ունեցող մասնագետներին (անհրաժեշտության դեպքում ՀՀ առողջապահության նախարարության գլխավոր մասնագետներին) և հիմք ընդունել նրանց եզրակացությունները, ժբ) Ապահովագրական պատահարի հայտանիշեր ունեցող իրադարձության կամ ապահովագրված անձի առողջական վիճակի (ֆունկցիոնալության սահմանափակման աստիճան սահմանված լինելու) մասին փաստաթղթերի արժանահավատության կամ հավաստիության վերաբերյալ Ապահովագրողի մոտ կասկածներ առաջանալու դեպքում կամ ներկայացված փաստաթղթերի ոչ ամբողջական լինելու դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի ապահովագրված անձից պահանջել անցնելու կրկնակի լաբորատոր և/կամ գործիքային հետազոտություններ,	condition (the mentioned disability group), the Insurer has a right to require the Insured Person to undergo a secondary laboratory or/and instrumental, medical examinations paid by the INSURER, and consider the results thereof as a sufficient basis for the insurance compensation decision. The Insurer has the right to extend the insurance compensation decision time or/and its payment until the end of the medical examinations mentioned in this clause. The Insured Person is obliged to pass the abovementioned examinations and medical check-ups at the institutions and doctors chosen by the Insurer, within the set time period. 13. The Insurer has the right to reject the insurance compensation payment, if the Insured Person has failed to undergo the set secondary examinations or/and check-ups or the results thereof do not correspond to the disability reference or medical conclusion on a basis of which the permanent or temporary disability had been defined and accept the results of the secondary examination as a basis of rejecting the insurance compensation to the Insured Person in accordance with the standards determined by the RA legislation. 14. demand the return of the paid insurance compensation, if grounds for rejection of the application emerged according to the Rules and the RA legislation.

	բուժզննումներ՝ Ապահովագրողի հաշվին և ապահովագրական հատուցման վճարման վերաբերյալ որոշման կայացման համար հիմք ընդունել այդ հետազոտությունների արդյունքները: Սույն կետում նշված հետազոտությունների կամ բուժզննումների ընթացքում Ապահովագրողն իրավունք ունի հետաձգելու ապահովագրական հատուցման վերաբերյալ որոշման կայացումը և/կամ հատուցման վճարման կատարումը՝ մինչև դրանց ավարտը: Վերը նշված հետազոտությունները և բուժզննումներն ապահովագրված անձը պարտավոր է անցնել Ապահովագրողի կողմից սահմանված ժամկետի ընթացքում, Ապահովագրողի կողմից նշված հաստատություններում և բժիշկների մոտ, ժգ) Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժել ապահովագրական հատուցման վճարումը, եթե ապահովագրված անձը Ապահովագրողի կողմից սահմանված կարգով և ծավալով չի անցել Ապահովագրողի կողմից նշանակված կրկնակի հետազոտությունները և/կամ բուժզննումները կամ դրանց արդյունքները չեն համապատասխանում ֆունկցիոնալության սահմանափակման տեղեկանքի կամ ժամանակավոր անաշխատունակությունը սահմանելու համար հիմք հանդիսացած բժշկական եզրակացության արդյունքներին և դրանք հիմք ընդունելու պարագայում ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված չափորոշիչների համաձայն՝ ապահովագրված անձին չէր կարող սահմանվել ֆունկցիոնալության սահմանափակման տեղեկանքով նախատեսված խումբը կամ ապահովագրված անձը չէր կարող ճանաչվել ժամանակավոր անաշխատունակ,	

8.3.3. պահանջել վճարված հատուցման վերադարձ, եթե ապահովագրական հատուցման վճարումից հետո ի հայտ են գալիս ապահովագրական հատուցման վճարումը մերժելու սույն Կանոններով և ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված հիմքեր:	
8.4. Ապահովագրողը պարտավոր է՝ 8.4.1. ծանոթացնել Ապահովադրին ապահովագրության Կանոններին, 8.4.2. թողարկել ապահովագրական վկայագիր, 8.4.3. Կանոններով սահմանված ժամկետներում և կարգով կայացնել ապահովագրական հատուցման վճարման կամ մերժելու մասին որոշում 8.4.4. Կանոններով սահմանված դեպքում, ժամկետներում և կարգով վճարել ապահովագրական հատուցումը, 8.4.5. պահպանել ապահովագրական գաղտնիք հանդիսացող տեղեկությունները:	The Insurer is obliged to i. Familiarize the Insured with the Rules, ii. Issue the insurance certificate, iii. Make the decision on approving or rejecting the insurance claim for the insurance compensation withing the deadlines and terms defined in the Rules, iv. Make the compensation payments within the deadlines and terms defined in the Rules, v. Keep the confidential information secure.
ԳԼՈՒԽ 9: ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒՄ ԵՎ ԼՐԱՑՈՒՄ **CHAPTER 9: CHANGES AND ADDITIONS TO THE TERMS**	
9.1. Ապահովագրողն իրավունք ունի միակողմանի՝ առանց ապահովադրի համաձայնության, փոփոխություն և/կամ լրացում կատարելու Կանոններում:	The Insurer is entitled to unilaterally without the consent of the Insured make alterations or additions to the Rules.
9.2. Կանոններում փոփոխություն և/կամ լրացում կատարելու դեպքում Ապահովագրողը պարտավոր է ոչ ուշ, քան նման փոփոխությունների կատարումից մեկ ամիս առաջ դրա մասին գրավոր ծանուցել Ապահովադրին:	In case of making alterations and/or additions to the Rules, the Insurer is obliged to inform the Insured of such changes no later than one month prior.
9.3. Կատարված փոփոխությունների և/կամ լրացումների հետ համաձայն չլինելու դեպքում Ապահովադիրն իրավունք ունի միակողմանի լուծելու Պայմանագիրը:	In case of disagreement with made alterations and/or additions, the Insured is entitled to immediately terminate the Policy.
ԳԼՈՒԽ 10: ՎԵՃԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄ **CHAPTER 10: ORDER OF DISPUTE SOLUTION**	
10.1. Կանոնների համաձայն կնքված ապահովագրության պայմանագրերի/վկայագրերի շրջանակներում Կողմերի միջև ծագած վեճերը լուծվում են բանակցությունների միջոցով: Անհամաձայնության (համաձայնության չգալու) դեպքում վեճերը լուծվում են ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:	According to the Rules, the disputes between Parties in the domain of the Policy are solved through negotiations. In case of disagreement (inability to reach common terms) the disputes are solved within the RA legislation.

ԳԼՈՒԽ 11. ԱՅԼ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ CHAPTER 11: OTHER PROVISIONS	
11.1. Սույն Կանոնների համաձայն Ապահովագրողի կողմից Ապահովադրի (Շահառուի) հասցեին ուղարկված բոլոր ծանուցումները և գրությունները համարվում են պատշաճ ծանուցված, եթե պահպանվել են հետևյալ պայմաններից որևէ մեկը. 11.1.1. Ծանուցումը ուղարկվել է փոստային առաքմամբ՝ ապահովագրության Պայմանագրում կամ հայտային դիմումում նշված հասցեով, 11.1.2. Ծանուցումը ուղարկվել է SMS հաղորդագրությամբ՝ ապահովագրության Պայմանագրում կամ Ապահովադրի (Շահառուի) և/կամ նրա լիազոր անձի կողմից տրամադրած այլ փաստաթղթի մեջ (հայտային դիմում, հայտարարություն, և այլն) նշված հեռախոսահամարով, 11.1.3. Ծանուցումը ուղարկվել է էլեկտրոնային նամակի տեսքով՝ ապահովագրության Պայմանագրում կամ հայտային դիմումում նշված էլեկտրոնային հասցեով,	According to the Rules, all notifications and letters sent by the Insurer to the Insured (Beneficiary) are properly notified if one of the following conditions have been met: I. the notification was sent by mail to the address specified in the Policy or application form, II. the notification was sent by SMS to the phone number specified in the Policy or in another document (application form, announcement, etc.) provided by the Insured (Beneficiary) and/or their authorized person, III. the notification was sent by email to the email address listed in the Policy or application form.
11.2. Հասցեների և/կամ վերոնշյալ ռեկվիզիտների փոփոխության դեպքում ապահովադիրը (Շահառուն) պարտավոր է այդ մասին ողջամիտ ժամկետում տեղեկացնել Ապահովագրողին: Եթե Ապահովագրողին ողջամիտ ժամկետում չեն տեղեկացրել հասցեների և/կամ այլ ռեկվիզիտների փոփոխության մասին, ապա Ապահովադրին (Շահառուին) ուղարկված բոլոր ծանուցումները/գրությունները հին հասցեներով/ռեկվիզիտներով համարվում են պատշաճ ծանուցված այն ամսաթվից, երբ այդ ծանուցումները ստացվել են այդ հասցեներում:	If the addresses and/or the above-mentioned details are changed, the Insured (Beneficiary) is obliged to inform the Insurer within a reasonable time. If the Insurer is not informed within a reasonable time about the change of addresses and/or other details, all notifications/letters sent to the Insured (Beneficiary) at the old addresses/requisites are considered to be duly notified from the date on which such notices were received.