

“RAZILAŞDIRILMIŞDIR”

Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Bankı
Tərəfindən



Baş direktor
Ziya Əliyev

“22” “oktyabr” 2024-cü il

“TƏSDİQ EDİLMİŞDİR”

“PAŞA Həyat Sığorta” Açıq Səhmdar
Cəmiyyətinin İdarə Heyətinin

21.06.2024-cü il tarixli, 089/24 sayılı

iclas protokolu ilə



İdarə Heyətinin Sədri
Niyaz İsmayılov

“24” “iyun” 2024 – cü il

Sağalmaz Xəstəliklərdən Sığorta
Qaydaları

Bakı 2024

“Sağalmaz Xəstəliklərdən Sığorta Qaydalarında” istifadə edilən abbreviaturalar:

KT – kompüter tomoqrafiyası;

MRT – maqnit rezonans tomoqrafiyası;

EKQ - elektrokardiogramma;

MMSE şkalası - psixi statusun qısa qiymətləndirilməsi şkalası;

QİÇS- qazanılmış immun çatışmazlığı virusu;

İÇV – immun çatışmazlığı virusu;

DB – desibel;

RAI - təsnifatı xroniki limfoleykozun kliniki təsnifatı;

TNM - təsnifatı xərçəng xəstəliklərinin beynəlxalq təsnifatı;

CIN (cancer in situ) – karsinoma in situ;

1. Ümumi müddəalar

- 1.1. “PAŞA Həyat Sığorta” ASC-nin (*bundan sonra “sığortaçı” adlandırılacaq*) “Sağalmaz xəstəliklərdən sığorta Qaydaları” (*bundan sonra “Qaydalar” adlandırılacaq*) Azərbaycan Respublikasının Mülki Məcəlləsi, “Sığorta fəaliyyəti haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu və digər normativ hüquqi aktlara müvafiq olaraq işlənib hazırlanmışdır.
- 1.2. Bu Qaydalar Cəmiyyətin bağladığı bütün sağalmaz xəstəliklərdən sığorta müqavilələrinin (*bundan sonra “sığorta müqaviləsi” adlandırılacaq*) ayrılmaz tərkib hissəsi hesab edilir.
- 1.3. Bu Qaydalar əsasında tərtib edilmiş, sığortalı tərəfindən doldurulan sığortalanma haqqında ərizə forması imzalandığı təqdirdə, sığorta müqaviləsinin ayrılmaz tərkib hissəsi hesab edilir.
- 1.4. Bu Qaydaların 1.3-cü bəndində nəzərdə tutulan ərizənin forması sığortaçı tərəfindən müəyyən edilir.
- 1.5. Sığorta müqaviləsi və bu Qaydalarda nəzərdə tutulmayan hallar Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə tənzimlənir.

2. Əsas anlayışlar

- 2.1. Əgər qaydaların məzmununda başqa cür nəzərdə tutulmamışdırsa, bu qaydalarda istifadə olunan termin və ifadələr aşağıdakı mənaları daşıyır:

Sığortalı - sığorta haqqı ödəyən, sığorta obyektinin sığorta etdirilməsində sığorta marağı olan, sığorta müqaviləsinin tərəfi olan fiziki və ya hüquqi şəxs;

Sığortaçı - “Sığorta fəaliyyəti haqqında” Azərbaycan Respublikasının qanununa əsasən sığorta fəaliyyətini həyata keçirmək üçün müvafiq lisenziyaya malik olan, sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan sığorta hadisəsi baş verdiyi halda qanunvericiliklə və ya müqavilə ilə müəyyən olunmuş qaydada sığorta ödənişini vermək öhdəliyi daşıyan sığorta müqaviləsinin tərəfi olan yerli hüquqi şəxs - “PAŞA Həyat Sığorta” Açıq Səhmdar Cəmiyyəti;

Sığorta olunan – sığorta müqaviləsi əsasında əmlak mənafeləri sığortalanan şəxs;

Faydalanan şəxs - sığorta müqaviləsinə uyğun olaraq sığorta ödənişi verilməli olan şəxs;

Aktuari - qanunvericiliyə uyğun olaraq iqtisadi-riyazi hesablamalar aparmaqla sığorta haqlarının hesablanması əsaslarını müəyyən edən, həmçinin sığorta ehtiyatlarını hesablayan mütəxəssis;

Sığorta müqaviləsi - sığortalının müvafiq sığorta haqqı ödəməsi müqabilində sığorta obyektinin məruz qala biləcəyi risklərlə bağlı itkilərin, dəyən zərərin əvəzinin və ya razılaşıdırılan pul məbləğinin müəyyən bir hadisənin baş verməsi əsasında ödənilməsinin sığortaçı tərəfindən öhdəlik kimi götürülməsi şərtlərinin təsbit edildiyi razılaşma;

Sığorta şəhadətnaməsi – sığorta müqaviləsinin bağlanması faktını təsdiq edən, sığortaçı tərəfindən sığortalıya və (və ya) sığorta olunana verilən sənəd;

Sığorta hadisəsi - qanunvericiliyə və ya sığorta müqaviləsinə görə sığorta ödənişinin sığortalıya, sığorta olunana və ya digər faydalanan şəxslərə ödənilməsi üçün əsas olan, sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət ərzində baş verən hadisə və ya yaranan hal;

Bədbəxt hadisə – kənar fiziki təsirlə əlaqədar olan və sığorta olunanın sağlamlığına zərər vuran – bədən üzvlərinin, toxumalarının zədələnməsi ilə sağlamlığının qəflətən və kəskin pozulması və ya ölüm halı ilə müşayiət olunan qəfil, gözlənilməz və təsadüfi hadisə;

Sığorta məbləği - sığortalanmış risklər üzrə sığortaçının öhdəliyinin sığorta müqaviləsi ilə müəyyənləşdirilmiş məbləğlə ifadə olunan son həddi;

Sığorta haqqı - risklərin qəbul edilməsi və ya bölüşdürülməsi müqabilində sığorta müqaviləsi ilə nəzərdə tutulan qaydada sığortalının sığortaçıya ödəməli olduğu pul məbləği;

Sığorta ödənişi - sığorta hadisəsi baş verdikdə, qanunvericiliyə, həmçinin sığorta müqaviləsinə uyğun olaraq sığortaçı tərəfindən ödənilən maliyyə kompensasiyası;

Sığorta tarifi - xalis sığorta tarifi və yüklənmədən ibarət olmaqla sığorta təminatı vahidinin dəyəri;

Gözləmə müddəti – sığorta təminatı qüvvəyə mindiyi andan başlayan, sığorta hadisəsi nəticəsində yaranan itkilərin sığorta təminatı ilə əhatə olunmadığı və sığortaçının baş vermiş hadisələrə görə məsuliyyət daşmadığı müddət;

Sağ qalma müddəti - sığorta hadisəsinin baş verdiyi tarixdən sığorta olunanın sığorta müqaviləsində qeyd olunmuş müddətə qədər sağ qalması müddəti. Həmin müddət ərzində sığortaçı sığorta hadisəsi ilə əlaqədar heç bir məsuliyyət daşmır.

Xəstəlik – insan orqanizminin normal fəaliyyətinin patogen faktorların təsiri nəticəsində pozulması;

Sağalmaz xəstəlik - ixtisaslı həkim tərəfindən müəyyən olunmuş, həyat üçün təhlükəli və ya dönməz nəticələri olan xəstəliklər qrupu;

Həkim - tibb müəssisəsi ilə əmək və ya mülki-hüquqi münasibətdə olan, ali tibbi təhsili təsdiq edilmiş mütəxəssis;

İxtisaslı həkim – müəyyən xəstəliklər kateqoriyasında, pasient növündə və müalicə üsullarında ixtisaslaşmış, həmin xəstəliklər üzrə müayinə, müalicə və mürəkkəb tibbi texnologiyaların tətbiqini bacaran, müvafiq sertifikatıdan keçmiş həkim-mütəxəssis;

Xəstəliyin başlanma tarixi - sığorta olunanın yardım üçün həkimə müraciət etməsinin, yaxud ona diaqnoz qoyulmasının rəsmi tibbi sənəd ilə təsdiq edilmiş ilk tarixi;

Tibb müəssisəsi – qeydiyyatdan keçməklə, dövlət və ya qeyri-dövlət səhiyyə sistemində daxil olan, habelə xarici ölkədə tibb fəaliyyətini həyata keçirən müvafiq xüsusi icazəyə malik olan hüquqi şəxs. Bu qaydalarda “tibb müəssisəsi” deyildikdə müvafiq lisenziyaya malik olması və akkreditasiyadan keçməsi şərtilə özəl tibbi praktika ilə məşğul olan yerli və xarici fiziki şəxslər də nəzərdə tutulur;

Sığorta sahəsində yardımçı fəaliyyət göstərən hüquqi şəxslər - sığorta risklərinin və zərərlərin qiymətləndirilməsi, sığorta hadisələrinin araşdırılması, həmçinin zərərlərin tənzimlənməsi ilə bağlı xidmətləri həyata keçirən sığorta bazarının peşəkar iştirakçıları.

2.2. Bu qaydalarda istifadə olunan sözlər və terminlər əgər qaydalarda başqa cür təsbit edilməmişdirsə, ilk əvvəl Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində, daha sonra tibbi terminologiyada, daha sonra isə Azərbaycan dilinin izahlı lüğətində bildirdiyi mənada istifadə edilmişdir.

3. Sığorta sinfi

- 3.1.** Sağalmaz xəstəliklərdən sığorta, sığorta obyektinə görə şəxsi sığortaya aid olan, sığorta olunanın səhhətində onun həyatını təhlükə altına qoyan xəstəlik tibb müəssisəsi tərəfindən müəyyən edildikdə sığorta ödənişinin həyata keçirilməsini nəzərdə tutan həyat sığortası sinfidir.

4. Sığorta predmeti

- 4.1.** Bu Qaydalara əsasən, sığorta müqaviləsi üzrə sığortalanan əmlak mənafelərinin aid olduğu fiziki şəxs sığortanın predmeti hesab olunur.

5. Sığorta obyektı

- 5.1.** Bu Qaydalara əsasən, sığorta obyektı, sığortalının və ya sığorta olunanın həyatı ilə bağlı əmlak mənafeləridir.

6. Sığorta riskləri

- 6.1.** Bu Qaydalara əsasən, bağlanmış sığorta müqaviləsi üzrə sığortaçı bu Qaydaların “Sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı – sığorta təminatında məhdudiyyətlər” və “İstisnalar” bəndlərində nəzərdə tutulan şərtlərə uyğun olaraq aşağıdakılardan biri və ya bir neçəsi (*hamısı*) nəticəsində baş vermiş sığorta hadisələrinə sığorta təminatı verir:

6.1.1. xərcəng;

6.1.2. insult;

6.1.3. miokard infarktı;

6.1.4. aorto-koronar şuntlama;

6.1.5. böyrək çatışmazlığı;

6.1.6. orqanların transplantasiyası;

6.1.7. iflic;

6.1.8. ürək qapaqlarında cərrahi əməliyyat;

6.1.9. dağınıq skleroz;

6.1.10. görmə qabiliyyətinin itirilməsi;

6.1.11. ağır dərəcəli yanıqlar;

6.1.12. aorta üzərində cərrahi əməliyyatlar;

- 6.1.13.** bakterial meningit;
- 6.1.14.** koma;
- 6.1.15.** ensefalit;
- 6.1.16.** eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi;
- 6.1.17.** nitq qabiliyyətinin itirilməsi;
- 6.1.18.** hərəkəti neyronların xəstəlikləri;
- 6.1.19.** parkinson xəstəliyi;
- 6.1.20.** poliomyelit;
- 6.1.21.** 1-ci tip şəkərli diabet
- 6.1.22.** qan köçürmə vasitəsilə insan immun çatışmazlığı virusuna yoluxma
- 6.1.23.** sığorta müqaviləsində qeyd olunmuş digər sağalmaz xəstəliklər.

6.2. 18 (on səkkiz) yaşına çatmamış fiziki şəxslər (bundan sonra “uşaq” adlandırılacaq) üzrə sığortaçı bu Qaydaların “sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı – sığorta təminatında məhdudiyyətlər” və “istisnalar” bəndlərində nəzərdə tutulan şərtlərə uyğun olaraq, aşağıdakılardan biri və ya bir neçəsi (hamısı) nəticəsində baş vermiş sığorta hadisələrinə sığorta təminatı verir:

- 6.2.1.** aplastik anemiya;
- 6.2.2.** Bakterial meningit;
- 6.2.3.** Baş beynin xoşxassəli şişi;
- 6.2.4.** Qırmızı sümük iliyi transplantasiyası;
- 6.2.5.** Xərçəng;
- 6.2.6.** Koma;
- 6.2.7.** 1-ci tip şəkərli diabet;
- 6.2.8.** Ensefalit;
- 6.2.9.** Böyrək çatışmazlığı;
- 6.2.10.** Eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi;
- 6.2.11.** Orqan transplantasiyası;
- 6.2.12.** İflic;
- 6.2.13.** Görmə qabiliyyətinin ağır dərəcəli pozulması;
- 6.2.14.** İnsult;
- 6.2.15.** 3-cü dərəcəli yanıqlar;
- 6.2.16.** Sığorta müqaviləsində qeyd olunmuş digər sağalmaz xəstəliklər.

- 6.3. Sağalmaz qadın xəstəlikləri üzrə sığortaçı bu qaydaların “sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı – “sığorta təminatında məhdudiyətlər” və “istisnalar” bəndlərində nəzərdə tutulan şərtlərə uyğun olaraq, aşağıdakılardan biri və ya bir neçəsi (*hamısı*) nəticəsində baş vermiş sığorta hadisələrinə sığorta təminatı verir:
- 6.3.1. Süd vəzinin xərçəngi;
 - 6.3.2. Vulvanın xərçəngi;
 - 6.3.3. Uşaqlıq yolunun xərçəngi;
 - 6.3.4. Uşaqlığın xərçəngi;
 - 6.3.5. Uşaqlıq boynunun xərçəngi;
 - 6.3.6. Yumurtalıqların xərçəngi;
 - 6.3.7. Ciftin xərçəngi;
 - 6.3.8. Süd vəzinin in-situ karsinoması, mastektomiya olunduğu halda;
 - 6.3.9. Süd vəzisinin in-situ karsinoması və ya intraduktal papilloması, lumpektomiya və ya müvafiq radioterapiya keçirildiyi halda;
 - 6.3.10. Sığorta müqaviləsində qeyd olunmuş digər sağalmaz xəstəliklər.
- 6.4. Qaydaların 6.1, 6.2 və 6.3-cü bəndlərinə daxil yarım bəndlərdə qeyd edilən xəstəliklər üzrə birlikdə sığorta təminatı verilə bilər.
- 6.5. Bu Qaydalara əlavənin tərtib edilməsi və həmin əlavənin qanunvericiliyə uyğun olaraq Azərbaycan Respublikasının Mərkəzi Bankı ilə razılaşdırılması şərti ilə, bu bənddə qeyd edilməyən xəstəliklər üzrə həmin əlavələr ilə sığorta təminatı verilə bilər.

7. Sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı – sığorta təminatına məhdudiyətlər

- 7.1. Bu Qaydaların 6-cı maddəsində göstərilmiş sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı, habelə həmin xəstəliklər üzrə verilən sığorta təminatında məhdudiyətlər bu maddəyə əsasən tənzimlənir.
- 7.2. Bu Qaydaların 6.1-ci bəndində göstərilmiş sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı və həmin xəstəliklər üzrə təminatda xüsusi şərtlər aşağıdakı kimidir:
- 7.2.1. **Xərçəng xəstəliyi** - bədxassəli hüceyrələrin böyüməsi və yayılması ilə birgə digər histoloji tip toxumaların destruksiyası ilə müşayiət olunan xəstəlikdir.
 - 7.2.1.1. **A təminatı** - bədxassəli hüceyrələrin yayılması, ətrafdakı normal toxumalara invaziyası və onların dağılması, progressiv idarəolunmayan inkişafı müşayiət olunan bədxassəli yenitörəmənin olmasıdır. Xərçəng xəstəliyi histopatoloji müayinə nəticəsində müsbət təsdiqlənməlidir. Əgər sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmayıbsa, bu qaydalar

üzrə təminat verilən “*a təminatı*” xərçəng xəstəliyi üzrə aşağıda qeyd olunan törəmələr sığorta təminatına daxil edilmir və istisna hesab olunur:

- 7.2.1.1.1. Hockin xəstəliyi və qeyri-hockin limfoması 1-ci mərhələ; (*ann arbor təsnifatı*)
- 7.2.1.1.2. Xronik limfositar leykemiya başqa, qanyaradıcı sümük iliyində leykemik hüceyrələrin ümumi yayılması ilə müşayiət olunmayan leykemiya;
- 7.2.1.1.3. Bədxassəli dəyişiklikləri əks etdirən karsinoma in-situ törəmələri (*cin-1, cin-2 və cin-3 uşaqlıq boynunun displaziyası daxil olmaqla*) və ya histoloji olaraq xərçəngqabağı kimi təsvir olunmuş törəmələr;
- 7.2.1.1.4. Törəmənin maksimal qalınlığı 1.5 millimetrdən artıq olan və breslou üsulu ilə histoloji müayinə nəticəsində təsdiqlənmiş bədxassəli melanoma və ya metastazların olması sübut olunan hallar istisna olmaqla, bütün növ dəri xərçəngləri;
- 7.2.1.1.5. Həyat üçün təhlükəli olmayan xərçəng xəstəlikləri, misal üçün, tnm təsnifatına əsasən t1(a) və ya t1(b) kimi təsvir olunmuş prostat vəzinin xərçəngi və digər təsnifatlara görə qeyd edilənlərə ekvivalent və ya daha kiçik mərhələni göstərən xərçəng;
- 7.2.1.1.6. Qalxanvari vəzinin papilyar mikrokarsinoması;
- 7.2.1.1.7. Histoloji olaraq t1n0m0 və ya daha aşağı təsnif edilmiş sidik kisəsinin qeyri-invaziv papilyar xərçəngi;
- 7.2.1.1.8. Binet təsnifatına əsasən a-1 və ya ra1 təsnifatına əsasən 1-ci mərhələlərindən aşağı xroniki limfositli leykemiya.

7.2.1.2. B təminatı - bədxassəli hüceyrələrin idarə olunmayan artması və toxumalara invaziya ilə müşayiət olunan xərçəngin histopatoloji müsbət təsdiqlənmiş formasıdır. B təminatı xəstəliyi leykemiya, limfoma və sarkoma terminini də əhatə edir. Əgər sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmayıbsa, bu qaydalar üzrə təminat verilən “*b təminatı*” xərçəng xəstəliyi üzrə aşağıda qeyd olunan törəmələr sığorta təminatına daxil edilmir və istisna hesab olunur:

- 7.2.1.2.1. Bütün xərçəngqabağı vəziyyətlər və bütün karsinoma in-situ;
- 7.2.1.2.2. Tnm təsnifatına görə ən azı t2n0m0 mərhələsinə çatmış və ya glison təsnifatına görə 6-dan yüksək olan hallar istisna olmaqla, prostat vəzi xərçənginin bütün növləri;
- 7.2.1.2.3. Histoloji təsnifata əsasən epidermisin dərin layına invaziya etmiş bədxassəli melanomadan başqa, bütün növ dəri xərçəngləri.
- 7.2.1.2.4. Histoloji olaraq t1n0m0 və ya daha aşağı təsnif edilmiş qalxanvari vəzinin papilyar xərçəngi;

7.2.1.3. Aşağıda qeyd edilən səviyyələr amerika xərçəngə qarşı müştərək komitə tərəfindən istifadə edilən ümumi təsnifatla əlaqələndirilmişdir (*prostat vəzinin xərçəngi, leykemiya və limfoma istisna olmaqla bütün xərçəng xəstəliklərinə aiddir*):

- A səviyyəsi – xərçəng 4-cü mərhələ;
- B səviyyəsi - xərçəng 3-cü mərhələ;
- C səviyyəsi - xərçəng 2-ci mərhələ;
- D səviyyəsi - xərçəng 1-ci mərhələ.

7.2.1.4. Leykemiya və limfoma üzrə sığorta təminatı verilən mərhələlər aşağıdakı kimidir:

7.2.1.4.1. D mərhələsi

Sığorta ödənişi aşağıda qeyd edilən diaqnozlardan hər hansı biri üzrə həyata keçiriləcək:

- Xronik limfositik leykemiya (*0 və ya 1-ci mərhələ*)
- Tüklü hüceyrəli leykemiya
- 1-ci mərhələ hockin/qeyri-hockin limfoması (*ann arbor təsnifatına əsasən 1-ci mərhələ*);

7.2.1.4.2. C mərhələsi

Sığorta ödənişi aşağıda qeyd edilən diaqnozlardan hər hansı biri üzrə həyata keçiriləcək

- Xronik limfositik leykemiya (*rai təsnifatına əsasən 2-ci mərhələ*)
- Kəskin limfositik leykemiya (*uşaqlarda*)
- Xronik miyeloid leykemiya (*sümük iliyinin transplantasiyası olmadan*)
- Hockin/qeyri-hockin limfoması (*ann arbor təsnifatına əsasən 2-ci mərhələ*)
- Çoxsaylı miyeloma (*durie-salmon təsnifatına əsasən 1-ci və 2-ci mərhələlər*);

7.2.1.4.3. B mərhələsi

Sığorta ödənişi aşağıda qeyd edilən diaqnozlar üzrə həyata keçiriləcək:

- Hockin/qeyri-hockin limfoması (*ann arbor təsnifatına əsasən 3-cü mərhələ*);

7.2.1.4.4. A mərhələsi

Sığorta ödənişi aşağıda qeyd edilən diaqnozlardan hər hansı biri üzrə həyata keçiriləcək:

- Kəskin miyeloid leykemiya
- Xronik limfositik leykemiya (*rai təsnifatına əsasən 3-cü və 4-cü mərhələ*)
- Xronik miyeloid leykemiya (*qırmızı sümük iliyinin transplantasiyasına ehtiyac olması*)

- Kəskin limfositar leykemiya (18 (on səkkiz) və ya daha çox yaşı olan şəxslərdə)
- Hockin/qeyri-hockin limfoması (ann arbor təsnifatına əsasən IV mərhələ)
- Çoxsaylı miyeloma (durie-salmon təsnifatına əsasən 3-cü mərhələ);

7.2.1.5. Prostat vəzi üzrə təminat verilən mərhələlər aşağıdakı kimidir:

7.2.1.5.1. 2-ci mərhələ: t2, n0, m0 istənilən g

7.2.1.5.2. 3-cü mərhələ: t3, n0, m0 istənilən g

7.2.1.5.3. 4-cü mərhələ: t4, n0, m0 istənilən g

7.2.1.5.4. Habelə aşağıdakılar istənilən halda təminata daxildir:

- İstənilən t, n1-3, m0 hər hansı g
- İstənilən t, istənilən n, m1, istənilən g, cat d

7.2.1.6. Prostat vəzinin xərçəngində aşağıda qeyd edilən mərhələlər sığorta təminatına daxil deyil və istisna hesab olunur:

- Prostat vəzinin 1-ci mərhələ xərçəngi:
 - T1a, n0, m0, g1 təsnifatı
- Prostat vəzinin 2-ci mərhələ xərçəngi:
 - T1a, n0, m0, g2 – g4
 - T1b, t1c, n0, m0 istənilən g təsnifatı

7.2.1.7. Xərçəng xəstəliyinə aid xüsusi qeydlər:

7.2.1.7.1. Xəstəliyin histoloji təsdiqi tələb olunur;

7.2.1.7.2. Sığorta tələbi irəli sürmək üçün sığorta olunana ixtisaslı həkim tərəfindən xərçəng xəstəliyi üzrə diaqnozun qoyulması kifayət edir, müalicə aparılması tələb edilmir;

7.2.1.7.3. Karsinoma in-situ səbəbilə profilaktik mastektomiya əməliyyatı sığorta təminatına daxil deyil və istisna hesab olunur.

7.2.1.7.4. Sığorta müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa, xərçəng xəstəliyində sığorta ödənişinin verilməsi qaydası:

A təminatına görə: təminat verilən xəstəliklər - sığorta məbləğinin 100 %-i həcmində;

B təminatına görə: təminat verilən xəstəliklər (xərçəng xəstəliyinin 1-ci və 2-ci mərhələləri istisna olmaqla) - sığorta məbləğinin 100 %-i həcmində; xərçəng xəstəliyinin 1-ci və 2-ci mərhələləri - sığorta məbləğinin 50 %-i həcmində.

7.2.2. İnsult - serebro-vaskulyar pozğunluqlar nəticəsində yaranan xəstəlikdir.

7.2.2.1. İnsult nəticəsində sığorta olunanda yaranan nevroloji pozğunluqlar davamlı və bərpa olunmaz şəkildə olmalı, eyni zamanda sığorta olunanda aşağıda qeyd olunan əlamətlərdən biri və ya bir neçəsi (*hamısı*) mövcud olmalıdır:

7.2.2.1.1. Yardımçı vasitələrin köməyi olmadan düz səthdə ən azı 200 metr məsafəni gedə bilməməsi;

7.2.2.1.2. Verilmiş qidanı köməksiz qəbul edə bilməməsi;

7.2.2.1.3. Yardımçı vasitələrin köməyi olmadan ətrafdakı insanlarla şifahi nitq vasitəsi ilə ünsiyyətdə ola bilməməsi;

7.2.2.1.4. Keçirilmiş insultun nəticəsi olaraq nevroloji pozğunluğun ən azı bir ətrafın daimi və bərpa olunmayan funksiyasının azalması ilə müşayiət olunması. Funksiyanın azalması nevroloji təsdiqlənməlidir. Ətraf dedikdə – qol (*bilək daxil olmaqla*) və ya ayaq (*pəncə daxil olmaqla*) nəzərdə tutulur.

7.2.2.2. Yuxarıda qeyd edilən vəziyyətlərin qiymətləndirilməsi üçün insult baş verdiyi tarixdən ən azı 3 ay keçməlidir.

7.2.2.3. Aşağıda qeyd edilənlərdən birinin mövcudluğu kt, mrt və ya digər oxşar vizualizasiya metodları ilə aydın şəkildə sübut olunmalıdır:

- Beyin toxumasının infarktı;

- Kəllədaxili və ya subaraxnoidal qansızma.

7.2.3. Miokard infarktı - ürək əzələsinin müəyyən bir hissəsinin qan təchizatının pozulması nəticəsində həmin hissənin nekrozu ilə bağlı birmənalı diaqnozudur.

7.2.3.1. Sığorta olunanda xəstəliyin aşağıdakı bütün əlamətləri aşkar olunmalıdır:

7.2.3.1.1. Döş qəfəsinin mərkəzi nahiyəsində səciyyəvi ağrı hissi – miokard infarktının simptomu;

7.2.3.1.2. Spesifik ürək markerlərinin miokard infarktı üçün səciyyəvi olan diaqnostik göstəricilərdə yüksəlməsi;

7.2.3.1.3. Ekq-da miokard infarktı üçün səciyyəvi olan yeni dəyişikliklər;

7.2.3.1.4. Sol mədəciyin funksiyasının sübut olunmuş azalması, məsələn, sol mədəciyin atım fraksiyasının azalması və ya əhəmiyyətli hipokineziya, akineziya və divar hərəkətinin anomaliyaları.

7.2.4. Aorto-koronar şuntlama - yalnız əməliyyatın torakotomiya üsulu ilə ürəyin koronar arteriyaları xəstəliyinin korreksiyası və ya müalicəsi məqsədi ilə həyata keçirilməsi faktıdır.

7.2.4.1. Sığorta ödənişi yalnız əməliyyat olunandan sonra həyata keçirilir;

7.2.4.2. Angioplastika və ya digər qeyri-cərrahi texnikalar (*lazer müalicəsi kimi*) aorto-koronar şuntlama əməliyyatı hesab edilmir, odur ki sığorta təminatına daxil deyil və sığorta ödənişinə istisna hesab edilir.

7.2.5. Böyrək çatışmazlığı – hər iki böyrəyin funksiyasının xroniki dönməz pozğunluğu ilə müşahidə olunan böyrək çatışmazlığının terminal mərhələsi və onun nəticəsində başlanmış müntəzəm hemodializ proseduru və ya həyata keçirilmiş böyrək transplantasiyası əməliyyatı faktlarıdır.

7.2.5.1. Böyrək çatışmazlığı üzrə sığorta ödənişi dializ proseduru başladıqdan və ya böyrəyin transplantasiyası əməliyyatı keçirildikdən sonra həyata keçirilir;

7.2.5.2. Böyrək çatışmazlığı üzrə aşağıda qeyd edilən hallar sığorta təminatına istisna hesab edilir:

7.2.5.2.1. Kompensasiya mərhələsində olan böyrək çatışmazlığı;

7.2.5.2.2. Müntəzəm dializ və ya transplantasiya olunmadan böyrək çatışmazlığı.

7.2.6. Əsas orqanların transplantasiyası - insandan insana orqanın köçürülməsi, yəni donordan sığorta olunana bir və ya bir neçə orqanın köçürülməsi. Bu qaydaların məqsədləri üçün əsas orqanların transplantasiyası böyrək, qaraciyər, ürək, ağciyər, mədəaltı vəzi və qırmızı sümük iliyn transplantasiyası hesab edilir .

7.2.6.1. Əsas orqanların transplantasiyası üzrə sığorta ödənişi transplantasiya əməliyyatı keçirildikdən sonra verilir;

7.2.6.2. Hər hansı digər orqan, orqan hissələrinin, toxumaların və ya hüceyrələrin transplantasiyası sığorta təminatına istisna olunur.

7.2.7. İflie - onurğa beyininin xəstəliyi və ya zədə nəticəsində iki və daha artıq ətrafın (*ətraf dedikdə, bir tam əl və ya ayaq nəzərdə tutulur*) funksiyalarının daimi və tam itirilməsi xəstəliyi.

7.2.8. Ürək qapaqlarında cərrahi əməliyyat – ürək qapaqlarının defektləri və ya pozuntuları nəticəsində bir və ya bir neçə ürək qapağının dəyişdirilməsi və ya bərpası məqsədilə torakotomiya üsulu ilə keçirilən açıq ürək əməliyyatıdır.

7.2.9. Dağınıq skleroz - mərkəzi sinir sisteminin ağ maddəsinin müəyyən hissələrinin demiyelinizasiyası, və bəzi hallarda boz maddəyə yayılması ilə müşayiət edilən xəstəlik. Daimi nevroloji çatışmazlıqla müşayiət olunur.

7.2.9.1. Dağınıq skleroz üzrə sığorta ödənişi aşağıdakı nevroloji çatışmazlıqlardan biri və ya bir neçəsi (*hamısı*) ilə müşayiət olunduqda verilir:

7.2.9.1.1. Sığorta olunanın yardımçı vasitələr olmadan düz səthdə ən azı 200 metr gəzmək bacarığını daimi və dönməz itirməsi;

7.2.9.1.2. Sığorta olunanın hazırlanmış qidanı müstəqil şəkildə qəbul etmək bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.9.1.3. Nevroloji sübut olunmuş mərkəzi skotoma.

7.2.10. Görmə qabiliyyətinin itirilməsi - kliniki təsdiq olunmuş formada hər iki gözün xəstəlik və ya bədbəxt hadisə nəticəsində görmə qabiliyyətinin (*bərpası mümkün olmayan*) itirilməsi faktıdır. Korreksiya ilə görmə itiliyinin snellen cədvəlinə əsasən 6/60 və ya 20/200-dən aşağı olması və ya

görmə sahəsinin daralması nəticəsində hər iki gözün görmə sahəsinin maksimum (\leq) 20° olması halıdır.

7.2.10.1. Tibbi rəyə əsasən cihaz və ya implant vasitəsilə görmə qabiliyyətinin tam və ya hissəvi şəkildə bərpasının mümkün olması sığorta ödənişindən imtina üçün əsasdır.

7.2.11. Ağır dərəcəli yanıqlar - termal, elektrik, kimyəvi təsirlər nəticəsində toxumaların zədələnməsi və 3-cü dərəcəli yanıqların yaranması və ya bədən səthininən azı 20%-nin tam qalınlığında yanmasıdır. *(doqquzlar qaydası və ya land və brouder cədvəli ilə ölçülür).*

7.2.12. Aorta üzərində cərrahi əməliyyatlar - laparotomiya və ya torakotomiya üsulu ilə aorta anevrizmasının, obstruksiyasının, koarktasiya və ya travmatik zədələnməsinin bərpası və ya korreksiya edilməsi məqsədi ilə aparılan cərrahi əməliyyatdır.

7.2.12.1. Bu təminatda aortadan çıxan arteriyalar üzərində cərrahi əməliyyatlar daxil deyil, yalnız abdominal aorta və ya döş aortası üzərində əməliyyat keçirildiyi halda sığorta ödənişi həyata keçirilir.

7.2.13. Bakterial meningit - baş və ya onurğa beyininin təbəqələrinin bakterial infeksiya nəticəsində yaranan iltihabıdır. Xəstəlik sığorta olunanda daimi və dönməz nevroloji çatışmazlığa səbəb olmalıdır. Sığorta olunanda aşağıdakı çatışmazlıqlardan biri və bir neçəsi (hamısı) olmalıdır:

7.2.13.1.1. Sığorta olunanın yardımçı vasitələr olmadan düz səthdə 200 metr gəzmək bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.13.1.2. Sığorta olunanın hazırlanmış və əlçatan qidanı müstəqil şəkildə qəbul etmək bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.13.1.3. Sığorta olunanın müstəqil şəkildə verbal kommunikasiya qurmaq bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.13.1.4. Mmse şkalasına əsasən göstəricilərin 16 (*on altı*) baldan az olması.

7.2.14. Koma - huşun itirilməsi, xarici qıcıqlara və ya daxili tələblərə qarşı reaksiyayanın olmaması, ən azı 96 saat davam edən və sığorta olunanın reanimasiya cihazlarına qoşulu olmasını tələb edən vəziyyətdir.

7.2.14.1. Koma zamanı sığorta ödənişi qeyd olunan nevroloji çatışmazlıqlardan biri və ya bir neçəsi (hamısı) əsasında həyata keçirilir:

7.2.14.1.1. Sığorta olunanın yardımçı vasitələr olmadan düz səthdə ən azı 200 metr gəzmək bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.14.1.2. Sığorta olunanın hazırlanmış və əlçatan qidanı müstəqil şəkildə qəbul etmək bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.14.1.3. Sığorta olunanın ətraf mühitlə verbal danışıq vasitəsilə kommunikasiya qurmaq bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.14.1.4. Mmse şkalasına əsasən göstəricilərin 16 (*on altı*) baldan az olması.

7.2.14.2. Eyni zamanda koma 2 (*iki*) ay və ya daha çox müddətdə davam etdiyi halda sığorta ödənişi verilir.

7.2.15. Ensefalit - beyin toxumasının (*beyin yarımkürələri, beyin kötüyü və ya beyincik*) iltihabı nəticəsində yaranan xəstəlikdir. Xəstəlik ən azı 6 həftə davam edən əhəmiyyətli, daimi nevroloji çatışmazlıqla və ağırlaşmalarla müşayiət olunmalıdır (*daimi nevroloji çatışmazlıq hesab edilir: əqli gerilik, emosional labillik, görmə və ya eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi, nitq pozuntuları, hemiplegiya və ya iflic*).

7.2.15.1. Xəstəliklə törədilən nevroloji çatışmazlıq aşağıdakılardan biri və ya bir neçəsi (hamısı) müşayiət olunduğu halda sığorta ödənişi həyata keçirilir:

7.2.15.1.1. Sığorta olunanın yardımçı vasitələr olmadan düz səthdə ən azı 200 (*iki yüz*) metr gəzmək bacarığının daimi və dönməz itirilməsi;

7.2.15.1.2. Sığorta olunanın hazırlanmış və əlçatan qıdanı müstəqil şəkildə qəbul etmək bacarığının daimi və dönməz itirilməsi;

7.2.15.1.3. Ətraf mühitlə verbal kommunikasiya qurmaq bacarığının daimi və dönməz itirilməsi;

7.2.15.1.4. Mmse şkalasına əsasən göstəricilərin 16 (*on altı*) balndan az olması.

7.2.16. Eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi - bədbəxt hadisə və yaxud xəstəlik nəticəsində eşitmə qabiliyyətinin səviyyəsi 90 (*doxsan*) db-dən çox olmaqla, hər iki qulağın eşitmə qabiliyyətinin tam və dönməz itirilməsidir.

7.2.16.1. hər hansı müalicə, implant, cihaz və ya hər hansı digər köməkçi vasitələrlə akustik stimullarının eşitmə qabiliyyəti hissəvi və ya tam şəkildə bərpa olunması halları sığorta ödənişindən imtinanın verilməsi üçün əsasdır.

7.2.17. Nitq qabiliyyətinin itirilməsi - bədbəxt hadisə və yaxud xəstəlik nəticəsində nitqin tam və dönməz itirilməsi deməkdir. Sığorta müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa, nitq qabiliyyətinin itirilməsi halı daimi olaraq 12 (*on iki*) ay müddətində davam etməlidir.

7.2.17.1. hər hansı müalicə, implant, cihaz və ya hər hansı digər köməkçi vasitələrlə nitq qabiliyyətinin hissəvi və ya tam şəkildə bərpa olunması sığorta ödənişinə imtinanın verilməsi üçün əsasdır.

7.2.18. Hərəkət neyronlarının xəstəlikləri - onurğa beyinin ön buynuzunun və ya bulbar efferent neyronların onurğa beyininin sinir yollarının kortikospinal yollarının progressiv zədələnməsi ilə nəticələnən ağır nevroloji xəstəlikdir. Hərəkət neyronlarının xəstəliklərinə spinal əzələ atrofiyası, progressiv bulbar iflic, lateral amiotrofik skleroz və 1-cili lateral skleroz aiddir.

7.2.18.1. Hərəkət neyronlarının xəstəlikləri üzrə sığorta ödənişi xəstəliklə törədilən nevroloji çatışmazlıq aşağıdakılardan biri və ya bir neçəsi (hamısı) ilə ifadə olunduğu halda verilir:

7.2.18.1.1. Sığorta olunanın yardımçı vasitələr olmadan düz səthdə ən azı 200 (iki yüz) metr gəzmək bacarığının daimi və dönməz itirməsi;

7.2.18.1.2. Sığorta olunanın hazırlanmış və əlçatan qıdanı müstəqil şəkildə qəbul etmək bacarığının daimi və dönməz itirməsi.

7.2.19. Parkinson xəstəliyi - baş beyin hissələrində neyronların degenerasiyası nəticəsində dopaminin səviyyəsinin azalması ilə nəticələnən mərkəzi sinir sisteminin tədricən progressivləşən degenerativ xəstəliyidir.

7.2.19.1. Parkinson xəstəliyi diaqnozu birmənalı şəkildə qoyulduqda və aşağıdakı qeyd edilən bütün şərtlər müşahidə edildikdə sığorta ödənişi verilir:

7.2.19.1.1. Dərman müalicəsi vasitələri ilə xəstəliyə nəzarətin mümkün olmaması;

7.2.19.1.2. Progressiv zədələnmə əlamətlərinin müşahidə olunması;

7.2.19.1.3. Parkinson xəstəliyi ilə törədilən nevroloji çatışmazlıq aşağıdakı əlamətlərdən biri və ya bir neçəsi ilə ifadə olunmaması;

7.2.19.1.3.1. Parkinson xəstəliyinə xas olan və nevroloji sübuta yetirilmiş yerimək qabiliyyətinin daimi və dönməz itirilməsi;

7.2.19.1.3.2. Mmse şkalasına əsasən göstəricilərin 16 (*on altı*) baldan az olması.

7.2.20. Poliomyelit - hərəkəti funksiyasının pozulması və tənəffüs zəifliyi ilə müşayiət olunan və iflic xəstəliyini yaradan poliovirus infeksiyası diaqnozudur. Poliomyelit xəstəliyi yalnız ətrafların daimi iflici ilə nəticələnən nevroloji çatışmazlıq yaratdığı halda sığorta ödənişi verilir.

7.2.21. 1-ci tip şəkərli diabet – insulinin total çatışmazlığı ilə müşayiət olunan və müntəzəm olaraq insulinin gündəlik çoxsaylı injeksiyalarından ibarət əvəzedici müalicəyə zərurət yaradan xəstəlikdir.

7.2.21.1. 1-ci tip şəkərli diabet xəstəliyi diaqnozu birmənalı şəkildə qoyulduqda və aşağıdakı qeyd edilən bütün şərtlər mövcud olduqda sığorta ödənişi verilir:

7.2.21.1.1. 1-ci tip şəkərli diabet xəstəliyi diaqnozunun qoyulmasından ən azı 6 aylıq müddət keçməlidir;

7.2.21.1.2. xəstəlik tibbi sənədlər, laborator müayinələrin nəticələri və müvafiq tibbi hesabatlarla təsdiq olunmalıdır.

7.2.21.1.3. 1-ci tip şəkərli diabet üzrə aşağıdakı hallar sığorta təminatından istisna hesab olunur və bu hallarda sığorta ödənişi verilmir:

7.2.21.2. mütəxəssis-həkim tərəfindən təyin olunmayan alkoqol, narkotik maddələr və ya dərmanların qəbulu ilə nəticələnən xəstəlik.

7.2.21.3. şəkərsiz diabet

7.2.21.4. 2-ci tip şəkərli diabet

7.2.22. Sığorta olunanın insan immun çatışmazlığı virusuna yoluxması halında sığorta ödənişi aşağıdakı şərtlər qarşılandığı halda verilir:

7.2.22.1. Sığorta təminatının başlandığı tarixdən sonra sığorta olunana aparılan qan köçürülməsi nəticəsində infeksiyaya yoluxması

7.2.22.2. Qan köçürməni icra edən tibbi müəssisəsi tərəfindən məsuliyyətin qəbul edilməsi və ya bu cür məsuliyyəti göstərən məhkəmənin apellyasiya oluna bilinməyən yekun hökmü qərarının mövcud olması

7.2.22.3. İnfeksiyaya yoluxmuş sığorta olunanın hemofiliya xəstəsi olmaması.

Qeyd:

Qiçs-in (qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu) və ya İİV-un (insan immun çatışmazlığı virusunun) əlavə təsirlərinin müalicəsi və ya qiçs-in yaranmasının qarşısının alınması nəticəsi ilə aparılan tibbi müalicə sığorta təminatından istisna hesab olunur.

Cinsi əlaqə və ya narkotik maddələrin venadaxili istifadəsi nəticəsində yoluxma da daxil olmaqla, hər hansı digər şəkildə infeksiyaya yoluxma halları sığorta təminatından istisna hesab olunur. Sığortaçının bütün qan nümunələrinə baxış və qan nümunələrinin müstəqil şəkildə yoxlanılmasına hüququ olmalıdır.

7.3. Əgər sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmayıbsa, qrup halında sığorta müqavilələri üzrə təminat verilən sağalmaz xəstəliklər sığorta müqaviləsinin bağlanması tarixindən 1 (bir) il ərzində bu Qaydaların 7.3.1. – 7.3.5.-ci bəndlərdə qeyd edilən xəstəlik və/və ya vəziyyətlərdən irəli gələrsə və onlar barədə sığorta olunan əvvəlcədən məlumatlı olarsa, o zaman yaranan hal sığorta hadisəsi hesab edilmir və sığortaçı sığorta ödənişindən imtina verə bilər:

7.3.1. **Xərçəng xəstəliyi üzrə** - anamnezdə xərçəng və ya xərçəngqabağı vəziyyət, sidik kisəsinin papillomasi, yoğun bağırsağın polipozu, kron xəstəliyi, xoralı kolit, hematuriya, nəcisdə qan, qan hayxırma, limfadenopatiya, splenomeqaliya, kaxeksiya.

7.3.2. **Miokard infarktı, aorto-koronar şuntlama, ürək qapaqlarında cərrahi əməliyyat üzrə** - stenokardiya, arterioskleroz və koronar arteriyaların xəstəlikləri, fiziki gərginlik zamanı sinədə (*döş qəfəsində*) ağrılar, ürək ritminin pozulması, ekq-da qeyri-normal dəyişikliklər, hiperlipidemiya.

7.3.3. **İnsult üzrə** - ürək qapaqların xəstəlikləri, tranzitor işemik həmlə, hemofiliya, ağciyər arteriyaların emboliyası, hər hansı iri damarların emboliyası, şəkərli diabet, kəllədaxili qan damarların anevrizmaları, arterioskleroz, arterio-venoz qüsurlar, qulaqcıqların fibrilyasiyası.

7.3.4. **Əsas orqanların transplantasiyası üzrə:**

- *Ağciyər üzrə:* ağciyər çatışmazlığı, mukovisidoz;
- *Ürək və ürək/ağciyər üzrə:* tac (*koronar*) arteriyaların xəstəliyi, ürək çatışmazlığı, kardiomiopatiya, hipertoniya;

- *Qaraciyər üzrə: hepatit b və c, xroniki hepatitin terminal mərhələsi, qaraciyərin 1-cili biliar sirrozu, qaraciyərin alkoqol xəstəliyi, autoimmun hepatit, qaraciyər venalarının trombozu, metabolik pozuntular, yeni törəmələr (şişlər), xolanqit;*
- *Mədəaltı vəzi: şəkərli diabet, pankreatit, mukovisidoz;*
- *Böyrək üzrə: xroniki qlomerulonefrit, anadangəlmə xəstəliklər, böyrəyin polikistozu, analgetik maddələrin təsirindən əmələ gələn və ya reflükslü nefropatiya, hipertoniya, şəkərli diabet, qırmızı qurdeşənəyi;*
- *İlik üzrə: hər hansı bədxassəli vəziyyətlər, anemiyalar, leykopeniya və/və ya trombopeniyalar.*

7.3.5. Böyrək çatışmazlığı üzrə - xroniki qlomerulonefrit, anadangəlmə xəstəliklər, böyrəklərin polikistozu, analgetik və ya reflükslü nefropatiya, hipertoniya, şəkərli diabet, qırmızı qurdeşənəyi.

7.4. Miokard infarktı, aorto-koronar şuntlama, ürək qapaqlarında əməliyyat, ürək transplantasiyası və insult **“beyin və ürək damar sisteminin xəstəlikləri”** kimi nəzərə alınır və bu səbəbdən bir vəziyyət kimi qəbul edilir. Odur ki, misal üçün, sığorta olunan sığorta təminatı qüvvəyə minməzdən əvvəl insult keçiribse növbəti insult, miokard infarktı, aorto-koronar şuntlama və ya ürək transplantasiyasına görə sığorta ödənişi verilmir. Eyni hal miokard infarktı, aorto-koronar şuntlama, ürək qapaqlarında əməliyyat və ürək transplantasiyasına da şamil edilir.

7.5. Sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmayıbsa, qrup halında sığorta müqavilələri üzrə sağalmaz xəstəliklər təminatının qüvvədə olma müddəti 1 (bir) ildən artıq olarsa (*sığorta müqaviləsinin yenilənməsi, müddətinin uzadılması və s. nəticəsində*) 7.3.1 – 7.3.5 - bəndlərində qeyd edilən istisnalar tətbiq edilmir.

7.6. Bu Qaydaların 6.2-ci bəndində göstərilmiş sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı və həmin xəstəliklər üzrə təminatda xüsusi şərtlər aşağıdakı kimidir:

7.6.1. Aplastik anemiya:

7.6.1.1. Aplastik anemiya - anemiya, neytropeniya və trombositopeniya ilə müşayiət olunan qırmızı sümük iliği funksiyasının xroniki və davamlı pozulmasıdır. Sığorta ödənişinin verilməsi üçün:

7.6.1.1.1. Diaqnoz qırmızı sümük iliyinin punksiyası və ya biopsiyası ilə sübut olunmalıdır;

7.6.1.1.2. Qanın ümumi analizində aşağıdakı meyarlardan ən azı ikisi əks olunmalıdır:

- Neytrofillərin mütləq sayı $< 0.5 \times 10^9$ litrdə
- Retikulositlər eritrositlərin $< 1\%$ təşkil edir
- Trombositlərin sayı $< 20 \times 10^9$ litrdə

7.6.2. Bakterial meningit - baş beyinin və ya onurğa beyininin təbəqələrinin bakterial infeksiya nəticəsində yaranan iltihabıdır.

7.6.2.1. Xəstəliyin sığorta olunanda yaratdığı daimi və dönməz nevroloji çatışmazlıq nəticəsində 7.7-ci bənddə təsbit edilmiş cədvəldə göstərilən yaşla əlaqəli hərəkətlərin icra oluna bilməməsi müşahidə edilməlidir.

7.6.2.2. Diaqnoz ixtisaslı nevropatoloq tərəfindən təsdiq olunmalıdır.

7.6.3. Baş beyinin xoşxassəli şişi - bədxassəli olmayan, lakin həyat üçün təhlükəli olan baş beyin törəməsidir.

7.6.3.1. Sığorta ödənişinin verilməsi üçün aşağıdakı bütün meyarlara əməl olunmalıdır:

7.6.3.1.1. Şişin mövcud olması mrt, kt və ya oxşar müvafiq müayinə üsulları ilə sübut olunmalıdır;

7.6.3.1.2. Kəllədaxili təzyiq, ilk epileptik tutmaların yaranması, hərəkət və ya hissiyyat pozuntuları kimi şişin ağır nəticələri obyektiv şəkildə sübut olunmalıdır;

7.6.3.1.3. Şişdə aşağıdakılardan ən azı biri müşahidə edilməlidir:

7.6.3.1.3.1. Cərrahi əməliyyat nəticəsində tam götürülməlidir və ya onun maksimum mümkün olan bir hissəsi kəsilməlidir;

7.6.3.1.3.2. Kimyəvi müalicə və ya şüa terapiyası üsulları ilə müalicə olunmuşdur;

7.6.3.1.3.3. İnkişaf etdiyi mərhələyə görə yalnız palliativ müalicə mümkündür;

7.6.3.1.3.4. Kistalar, kalsifikatlar, qranulyomalar, baş beyin arteriya və ya venaların malformasiyaları və ya hematomalar istisna olunur;

7.6.3.1.3.5. Xəstəliyin ilk simptomları və ya vəziyyətin ilk yaranması və ya şiş diaqnozunun ilk qoyulma tarixi sığorta müddətinin başlanma tarixindən 90 (*doxsan*) gün müddətinə təsadüf edərsə sığorta ödənişindən imtina etmək üçün əsasdır.

7.6.4. Qırmızı sümük iliynin transplantasiyası - qırmızı sümük iliynin tam ablasiyasından sonra insan qırmızı sümük iliynin transplantının hematopoetik kök hüceyrələri vasitəsi ilə qəbul edilməsidir.

7.6.4.1. Digər kök hüceyrələrinin transplantasiyası sığorta təminatından istisnadır.

7.6.5. Xərçəng - bədxassəli hüceyrələrin böyüməsi və yayılması və digər histoloji tip toxumaların destruksiyası ilə müşayiət olunan xəstəlikdir. Xərçəng diaqnozu histoloji müayinə və ya sistemli xərçəng hallarında sitoloji müayinə ilə təsdiq olunmalıdır.

7.6.5.1. Aşağıdakı hallar sığorta təminatına daxil deyil:

7.6.5.1.1. İn-situ xərçəngi;

7.6.5.1.2. Epidermisdən əlavə dərinin digər laylarını invaziya edən bədxassəli melanomadan başqa dərinin bütün növ bədxassəli xəstəlikləri;

7.6.5.1.3. Qalxanvari vəzin istənilən papilyar karsinoması (*ən azı t2n0m0 mərhələsinədək inkişaf etmiş hallar istisna olmaqla*).

- 7.6.5.2.** Aşağıda qeyd edilən hər hansı xəstəlik və ya vəziyyət yuxarıda qeyd edilən tərifə əsasən xərçəng sayılmır və sığorta təminatına daxil deyil:
- 7.6.5.2.1.** Xərçəngqabağı xəstəliklər;
 - 7.6.5.2.2.** Qeyri-invaziv xərçəng;
 - 7.6.5.2.3.** Aşağı bədxassəli potensialı olan və ya sərhəd bədxassəli vəziyyətlər;
 - 7.6.5.2.4.** Cin-1, cin-2 və cin-3 uşaqlıq boynunun displaziyası.
 - 7.6.5.2.5.** Xəstəliyin ilk simptomlarının və ya vəziyyətin sığorta müddətinin başlanma tarixindən 90 (*doxsan*) gün ərzində yaranması sığorta ödənişindən imtina etmək üçün əsasdır.
- 7.6.6.** **Koma** - huşun itirilməsi, xarici qıcıqlara və ya daxili tələblərə qarşı reaksiyanın olmaması, ən azı 96 saat davam edən və reanimasiya cihazlarına qoşulu olmasını tələb edən vəziyyətdir.
- 7.6.6.1.** Süni komanın yaradılmasına tibbi göstərişlər olmalıdır.
 - 7.6.6.2.** Reanimasiya cihazlarına qoşulma olmadan koma vəziyyəti ən azı 2 (*iki*) ay davam edildiyi halda sığorta ödənişi verilir.
- 7.6.7.** **1-ci tip şəkərli diabet** - insulinin tam və dönməz çatışmazlığı nəticəsində yaranan karbohidrat, piy və zülalların metabolizminin xroniki pozuntusudur. Diaqnoz ixtisaslı pediatr tərəfindən qoyulmalıdır və ən azı 3 (*üç*) aylıq müddətə ekzogen insulindən asılılıq sübut olunmalıdır.
- 7.6.8.** **ensefalit** - bakterial və ya virus infeksiyası ilə əlaqədar beyin toxumasının iltihabı nəticəsində yaranan xəstəlikdir. Diaqnoz ixtisaslı nevropatoloq tərəfindən təsdiq olunmalıdır.
- 7.6.8.1.** xəstəliyin sığorta olunanda yaratdığı daimi və dönməz nevroloji çatışmazlıq nəticəsində 7.7-ci bənddə təsbit edilmiş cədvəldə göstərilən yaşla əlaqəli hərəkətlərin icra oluna bilməməsi müşahidə edilməlidir.
- 7.6.9.** **böyrək çatışmazlığı** - hər iki böyrəyin funksiyasının xroniki dönməz pozğunluğu və onun nəticəsində başlanmış müntəzəm hemodializ və ya keçirilmiş böyrək transplantasiyasıdır. Diaqnoz ixtisaslı nefroloq tərəfindən qoyulmalıdır.
- 7.6.10.** **eşitmə qabiliyyətinin itirilməsi** - bədbəxt hadisə və yaxud xəstəlik nəticəsində 90 (*doxsan*) db-dən aşağı bütün akustik stimulların eşitmə qabiliyyətinin tam və dönməz itirilməsidir. Diaqnoz ixtisaslı otoloq tərəfindən qoyulmalıdır.
- 7.6.10.1.** hər hansı müalicə, implant, cihaz və ya hər hansı digər köməkçi vasitələrlə 90 (*doxsan*) db-dən aşağı akustik stimulları eşitmə qabiliyyətinin suni bərpa olunması halları sığorta ödənişinə imtinanın verilməsi üçün əsasdır.
- 7.6.11.** **orqan transplantasiyası** - donör insandan sığorta olunana böyrək, ürək, ağciyər, mədəaltı vəzi və ya ən azı qaraciyərin bir payının transplantasiyasıdır .

- 7.6.11.1.** autoloq transplantasiya və ya digər orqanların, orqan hissələrinin (*qaraciyər payı istisna olmaqla*), toxuma və ya hüceyrələrin transplantasiyası sığorta təminatına istisna təşkil edir.
- 7.6.12.** **iflic** - bədbəxt hadisə və ya xəstəlik nəticəsində iki və daha artıq bütöv ətrafların (*ətraf dedikdə, bir tam əl və ya ayaq nəzərdə tutulur*) əzələ funksiyalarının daimi və tam itirilməsidir.
- 7.6.13.** **görmə qabiliyyətinin ağırdərəcəli pozulması** - kliniki təsdiq olunmuş formada hər iki gözün xəstəlik və ya bədbəxt hadisə nəticəsində görmə qabiliyyətinin zəifləməsidir. Korreksiya ilə görmə itiliyinin snellen cədvəlinə əsasən 6/60 və ya 20/200-dən aşağı olması və ya görmə sahəsinin daralması nəticəsində hər iki gözün görmə sahəsinin maksimum (\leq) 20° olması halı sığorta hadisəsi hesab olunur.
- 7.6.13.1.** diaqnoz ixtisaslı oftalmoloq tərəfindən qoyulmalıdır.
- 7.6.13.2.** Hər hansı müalicə, implant, cihaz və ya hər hansı digər köməkçi vasitələrlə görmə qabiliyyətinin hissəvi və ya tam şəkildə bərpa olunması sığorta ödənişinə imtinanın verilməsi üçün əsasdır.
- 7.6.14.** **İnsult** – kəllədaxili qansızma və ya qeyri-adekvat qan təchizatı nəticəsində baş beyin toxumasının nekrozu ilə nəticələnən xəstəlikdir. İnsult nəticəsində sığorta olunanda davamlı və bərpa olunmaz nevroloji pozğunluqlar yaranır.
- 7.6.14.1.** Sığorta ödənişinin həyata keçirilməsi üçün vəziyyət bütün aşağıdakı meyarlara uyğun olmalıdır:
- 7.6.14.1.1.** Mrt, kt və ya oxşar müvafiq müayinə üsullarının göstəriciləri yeni yaranmış insult diaqnozuna uyğun olmalıdır;
- 7.6.14.1.2.** İnsult nəticəsində baş beyinin zədələnmiş sahəsinə uyğun olaraq onun idarə etdiyi müvafiq bədən üzvlərinin daimi görünən nevroloji çatışmazlığı olmalıdır;
- 7.6.14.1.3.** Yuxarıda qeyd edilən vəziyyətlərin qiymətləndirilməsi insult keçirildiyi tarixdən 3 aydan az müddət keçməmək' şərti ilə həyata keçirilir.
- 7.6.14.2.** Aşağıdakı vəziyyətlər sığorta təminatına daxil deyil:
- 7.6.14.2.1.** Tranzitor işemik həmlə;
- 7.6.14.2.2.** Baş beyinin toxumasının və ya qan damarlarının travmatik zədəsi.
- 7.6.15.** **3-cü dərəcəli yanıqlar** - termal, elektrik, kimyəvi təsirlər nəticəsində 3-cü dərəcəli və ya tam qalınlıqlı yanıq. Bu zəmanaşağıdakı hallardan hər hansı biri yarandığı halda sığorta ödənişi verilir:
- bədən səthinin ən azı 20% yanması (*doqquzlar qaydası və ya land və brouder cədvəli ilə ölçülür*);
 - başın və ya üzün ən azı 25%-nin yanması.

7.7. Xəstəliyin uşaqda yaratdığı daimi və dönməz nevroloji çatışmazlığa uyğun olaraq uşağın yaşı ilə hərəkətləri arasındakı əlaqə aşağıdakı cədvələ əsasən müəyyən edilir:

Yaş	Uşaq aşağıdakılardan biri və ya bir neçəsini bacara bilməməlidir
1 yaş	<ul style="list-style-type: none"> - İməkləmək; - Hər hansı bir əşyanı tutmaq (<i>götürmək</i>).
2 yaş	<ul style="list-style-type: none"> - Ayağa durmaq; - Cızma-qara etmək üçün qələmdən istifadə etmək .
3-4 yaş	<ul style="list-style-type: none"> - 20 (<i>iyirmi</i>) metr gəzmək; - İçmək üçün borucuq (<i>truboçka</i>) istifadə etmək; - Verbal nitq vasitəsilə ətraf mühitlə əlaqə qurmaq (<i>bütün psixiatriya ilə əlaqədar hallar istisna olunur</i>) .
4-9 yaş	<ul style="list-style-type: none"> - Köməkçi vasitə və qurğu olmadan düz səthdə 100 (<i>yüz</i>) metr məsafəni gəzmək; - Hazırlanmış və əlçatan yeməklə özünü yedizdirmək; - Verbal nitq vasitəsilə ətraf mühitlə əlaqə qurmaq (<i>bütün psixiatriya ilə əlaqədar hallar istisna olunur</i>) .
10 yaş və daha yuxarı	<ul style="list-style-type: none"> - Köməkçi vasitə və qurğu olmadan düz səthdə 200 (<i>iki yüz</i>) metr məsafəni gəzmək; - Hazırlanmış və əlçatan yeməklə özünü yedizdirmək; - Verbal nitq vasitəsilə ətraf mühitlə əlaqə qurmaq (<i>bütün psixiatriya ilə əlaqədar hallar istisna olunur</i>) ; - Mmse şkalasına əsasən göstəricilərin 15 (<i>on beş</i>) baldan çox olması.

7.8. Bu qaydaların 6.3-cü bəndində göstərilmiş qadın xəstəlikləri təminatı üzrə aşağıda qeyd edilən xəstəliklər və ya vəziyyətlər xərçəng xəstəliyi kimi nəzərə alınmır:

7.8.1. in-situ xərçəngi

7.8.2. xərçəngqabağı vəziyyət

7.8.3. qeyri-invaziv xərçəng

7.8.4. uşaqlıq boynunun displaziyası c1n-1, c1n-2 və ya c1n-3

8. İstisnalar

- 8.1.** Əgər sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmayıbsa, bu Qaydalara əsasən bağlanmış sığorta müqavilələrində təminat verilmiş hadisələr birbaşa və ya dolayısı ilə aşağıdakılar nəticəsində baş vermişdirsə, sığorta hadisəsi hesab edilmir:
- 8.1.1.** Sığorta olunanın sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu ilk 2 (*iki*) il ərzində intihara cəhd etməsi;
 - 8.1.2.** Sığorta olunanın aktiv və ya passiv şəkildə müharibədə, işğalda iştirak etməsi, xarici düşmən hərəkəti, elan edilmiş və ya edilməmiş düşmənçilik hərəkətləri, vətəndaş müharibəsi, vətəndaş qarşıdurması, qiyam, üsyan, inqilab, hakimiyyətin hərbi və ya uzurpasiya yolu ilə əldə edilməsi və ya hərbi əməliyyatlarda, vətəndaş qarşıdurmalarında, terror aktlarında, hərbi çevrilişlərdə, kütləvi iğtişaslarda, hakimiyyətin zorla ələ keçirilməsində iştirak etməsi, həmçinin sığorta olunanın hərbi xidmət keçməsi, hərbi toplanışlarda, təlimlərdə, rəsmi elan edilmiş yaxud edilməmiş müharibədə iştirak etməsi və s. bu kimi hallar;
 - 8.1.3.** Sığorta olunanın ionlaşdırılmış radiasiyaya yaxud radioaktiv şüalanmaya, zəhərlənməyə məruz qalması;
 - 8.1.4.** Sığorta olunan tərəfindən alkoqol içkilərin, hər hansı toksik maddələrin və ya narkotik vasitələrin (həkim tərəfindən təyin edilən hallar istisna olmaqla) qəbul edilməsi;
 - 8.1.5.** Sığorta olunanın psixi xəstəliyi;
 - 8.1.6.** Sığorta olunanın peşəkar və ya həvəskar şəkildə təhlükəli idman növləri yarışlar, ralli, təhlükəli məşğuliyyət (*misal üçün, avto-moto idman, alpinizm, dalğıçlıq, dayvinq, paraşütlə tullanma, əlbəyaxa döyüş, atıcılıq və s.*) ilə məşğul olması (*ərizə formasında məlumat verilmədiyi və müvafiq sığorta haqqı tutulmadığı halda*);
 - 8.1.7.** İnsan həyatını xilas etmək məqsədi ilə edildiyi hallar istisna olmaqla, qəsdən özünə xəsarət yetirməsi, öz səhhətinə ziyan vurməsi;
 - 8.1.8.** Sığorta olunanın həkimlik fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququ olmayan şəxs tərəfindən yazılmış tibbi müayinələrdən keçməsi, müalicə edilməsi və ya belə şəxslər tərəfindən təyin edilmiş dərmanların qəbulu;
 - 8.1.9.** Sığorta şəhadətnaməsi ilə nəzərdə tutulmuş hallar istisna olmaqla, qazanılmış immunçatışmazlığı sindromu (QİÇS), immunçatışmazlığı virusu (İÇV), yaxud digər oxşar xəstəliklər və belə xəstəliklər ilə əlaqədar meydana gələn bütün vəziyyətlər;
 - 8.1.10.** Baş beyin, onurğa beynin, kəllənin və ya onurğa sütununun anadangəlmə qüsurlarının müalicəsi.
- 8.2.** Sığorta ödənişi sığorta müqaviləsində razılaşdırıldığı təqdirdə sığorta olunanın müqavilədə müəyyən olunmuş sağ qalma müddətinə qədər yaşaması halında ödənilir.
- 8.3.** Tərəflərin qarşılıqlı razılığı ilə gözləmə müddəti müəyyən edilə bilər. Sığorta müqaviləsində müəyyən edilmiş gözləmə müddəti ərzində baş vermiş hadisələr və ya hallar sığorta hadisəsi hesab olunmur və sığortaçı həmin hadisələrə görə sığorta ödənişi vermək öhdəliyi daşımır.
- 8.4.** Bu maddədə nəzərdə tutulan istisnalar və ya "sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı"nda qeyd edilmiş məhdudiyətlər sığorta müqaviləsində razılaşdırmaqla sığorta təminatına daxil edilə bilər.

- 8.5. Tərəflərin qarşılıqlı razılığı əsasında, sığorta olunanın sağlamlığı, peşə fəaliyyəti ilə bağlı və digər anderrayting risklərindən asılı olaraq sığorta müqaviləsinə bu Qaydalarda nəzərdə tutulmayan digər istisnalar daxil edilə bilər.

9. Sığorta müqaviləsi

- 9.1. Bu Qaydalar əsasında bağlanılan sağalmaz xəstəliklərdən sığorta müqaviləsinə görə sığortaçı müqavilə ilə razılaşdırılmış və sığortalının ödədiyi sığorta haqqı müqabilində sığortalının özünün və ya müqavilədə sığorta olunan qismində göstərilən başqa şəxsin müqavilədə göstərilmiş sığorta riskləri üzrə sığorta hadisəsinin baş verdiyi təqdirdə müqavilə ilə şərtləşdirilmiş sığorta məbləğini birdəfəlik sığorta ödənişi və ya hissəvi ödənişlər şəklində faydalanan şəxsə ödəməyi öhdəsinə götürür.
- 9.2. Sığorta müqaviləsi, sığortalı fiziki şəxs olduğu halda onun sığortalanma haqqında ərizəsi, hüquqi şəxs olduğu halda isə sığortaçı tərəfindən müəyyən edilən sığorta olunanların siyahısı və sorğu forması əsasında bağlanılır. Tərəflərin qarşılıqlı razılığı ilə sığorta müqaviləsi şifahi sorğu əsasında bağlana bilər. Müraciətdə aşağıdakılar mütləq göstərilməlidir:
- 9.2.1. Sığorta olunanın (*faydalanan şəxsin*) şəxsiyyətini təsdiq edən sənədin məlumatları;
- 9.2.2. Sığorta olunanın doğulduğu il, ay, gün;
- 9.2.3. Sığorta təminatının müddəti;
- 9.2.4. Sığorta məbləği.
- 9.3. Sığorta müqaviləsi yazılı olaraq aşağıdakı hər hansı bir formada bağlanılır:
- 9.3.1. Tərəflərin bu qaydalar əsasında sığorta müqaviləsi adlanan sənədi tərtib edərək qarşılıqlı imzalaması yolu ilə;
- 9.3.2. Sığortalının bu qaydalarla tanış olmasını və onun şərtləri ilə razılaşmasını təsdiq etməsi şərti ilə sığortaçı tərəfindən sığortalıya sığorta şəhadətnaməsinin verilməsi yolu ilə.
- 9.4. Bu Qaydaların 9.3.2-ci bəndində nəzərdə tutulmuş halda sığorta şəhadətnaməsində sığorta predmetinin sığortalandığı risklər konkret olaraq sadalanmalıdır. Əqdlərin bağlanması zamanı mexaniki və ya başqa surətçixarma vasitələrinin köməyi ilə imzanın faksimilesindən, elektron imzadan və ya şəxsi imzanın başqa analoqundan istifadə edilməsinə tərəflərin razılaşmasında nəzərdə tutulan hallarda və qaydada yol verilir. Elektron imzadan istifadə etmə qaydaları qanunvericiliklə müəyyən edilir. Sığorta müqaviləsi bağlanarkən sığortaçı sığortalıya hamı tərəfindən asanlıqla başa düşülən üslubda tərtib edilmiş və aşağıdakıları əks etdirən yaddaş vərəqi verməlidir:
- 9.4.1. Sığorta hadisəsi hesab edilə bilən halın baş verdiyi zaman necə hərəkət etməyin lazım olduğunu;
- 9.4.2. Sığortaçının sığorta ödənişindən imtina etməsinin qanuni əsaslarını.
- 9.5. Sığorta müqaviləsi bağlanarkən sığortaçı sığorta olunanın səhhətinin mövcud vəziyyətini qiymətləndirmək məqsədilə onun sığorta müqaviləsinin şərtlərindən asılı olaraq öz hesabına və ya sığortalının (*sığorta olunanın*) hesabına müayinə olunmasını tələb edə bilər.
- 9.6. Sığortaçı sığortalıya sığorta müqaviləsinin bağlanmasını təsdiq edən sənəd – sığorta şəhadətnaməsi verməlidir. Bu tələb sığorta müqaviləsinin, bu qaydaların 9.3.1-ci bəndində nəzərdə tutulmuş qaydada bağlandığı hala da şamil edilir.

- 9.7. Müqavilədə bir neçə şəxsin sığorta haqqının ödənilməsində iştirakı nəzərdə tutula bilər. Bu halda həmin şəxslər birgə sığortalı kimi çıxış edirlər.
- 9.8. Sığorta olunanın yaşına qoyulan tələblər aşağıdakı kimi müəyyən edilir:
- 9.8.1. Əgər sığorta müqaviləsi üzrə başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa, sığorta təminatının müddətinin bitdiyi (*qüvvədən düşdüyü*) anda sığorta olunanın yaşı 65-dən yuxarı ola bilməz.
- 9.9. Sığorta müqaviləsinə onun qüvvədə olduğu müddətdə qanunvericiliyə və bu qaydaların şərtlərinə uyğun əlavə və dəyişikliklər edilə bilər. Belə əlavə və dəyişikliklər sığorta müqaviləsinin tərkib hissəsini təşkil edir.

10. Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verilməsi

10.1. Sığorta müqaviləsinə aşağıdakı hallarda vaxtından əvvəl xitam verilir:

10.1.1. aşağıdakı hallar istisna olmaqla, sığortalı fiziki şəxs öldükdə və ya sığortalı hüquqi şəxsin fəaliyyəti dayandırıldıqda və ya ləğv olunduqda:

10.1.1.1. başqa şəxsin xeyrinə həyat sığortası müqaviləsi bağlamış sığortalı vəfat etdikdə, onun hüquq və vəzifələri xeyrinə sığorta müqaviləsi bağlanmış şəxsə həmin şəxsin yazılı razılığı ilə keçir;

10.1.1.2. sığortalı olan hüquqi şəxs sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu dövrdə yenidən təşkil edildikdə, onun həmin müqavilə üzrə hüquq və vəzifələri hüquqi varisinə keçir;

10.1.2. Sığortalı olmayan sığorta olunan vəfat etdikdə və bu halda sığorta olunanın onun başqası ilə əvəz olunması təklifinə sığortaçı etiraz etdikdə;

10.1.3. Sığortaçı sığortalı qarşısında öz öhdəliklərini tam olaraq yerinə yetirdikdə.

10.1.4. Sığorta marağı artıq mövcud olmadıqda;

10.1.5. Sığortalı sığorta haqqını sığorta müqaviləsində müəyyən edilən qaydada ödəmədikdə;

10.1.6. Sığortalı və ya sığortaçı sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verilməsi tələbi ilə çıxış etdikdə.

10.1.7. Azərbaycan Respublikası Mülki Məcəlləsinin 919-cu maddəsində nəzərdə tutulmuş digər hallarda.

10.2. Sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu dövrdə sığortalı məhkəmənin qərarı ilə fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilmişdirsə, yaxud onun fəaliyyət qabiliyyəti məhkəmənin qərarı ilə məhdudlaşdırılmışdırsa, sığortalının hüquq və vəzifələrini onun qəyyumu və ya himayəçisi həyata keçirir.

11. Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam vermə ilə bağlı xəbərdar etmə

11.1. Bu Qaydaların 10.1-ci bəndində göstərilən hallarda sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi üçün əsas olan şərait yarandıqda bu Qaydaların 11.2-ci bəndi nəzərə alınmaqla müqaviləyə xitam verilməsində maraqlı olan tərəf dərhal digər tərəfi bu barədə xəbərdar etməlidir.

11.2. Sığorta müqaviləsinə bu Qaydaların 10.1.6-cı bəndinə uyğun olaraq sığortalının və ya sığortaçının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verilərkən bu barədə bir tərəf digərinə ən azı 30 (*otuz*) gün əvvəl (*sığorta müqaviləsi*

beş ildən çox müddətə bağlanmış olduqda 60 (altmış) gün, 3 (üç) aydan az müddətə bağlanmış olduqda isə 5 (beş) iş günü əvvəl) tələbini əsaslandırığı yazılı bildiriş göndərməlidir.

12. Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam vermənin nəticələri

- 12.1. Sığorta müqaviləsinə sığortalının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verildikdə, sığortaçı həmin müqavilə üzrə 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 bütünlüklə sığortalıya qaytarır.
- 12.2. Sığorta müqaviləsinə sığortaçının tələbi ilə vaxtından əvvəl xitam verildikdə o, sığorta haqlarını bütünlüklə sığortalıya qaytarır; əgər bu tələb sığortalının sığorta müqaviləsi üzrə vəzifələrini yerinə yetirməməsi ilə bağlıdırsa, sığortaçı müqavilənin qurtarmamış müddəti üçün sığorta haqlarını qaytarır. Bu halda sığortaçı sığorta müqaviləsi üzrə sığorta haqqının qaytarılan hissəsindən işlərin aparılması xərclərinin müqavilənin qurtarmamış müddətinə mütənasib hissəsini çıxma bilər.
- 12.3. Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verildiyi halda, əgər xitam verilmə anınadək sığortaçı tərəfindən sığortalıya ödənilmiş sığorta haqqına bərabər və ya ondan çox miqdarda sığorta ödənişi verilmişdirsə və hissəvi şəkildə gələcək dövrdə verilməsi nəzərdə tutulursa, sığorta haqqı sığortalıya qaytarılır.
- 12.4. Sığorta müqaviləsinə vaxtından əvvəl xitam verildiyi halda, əgər xitam verilmə anınadək ödənilmiş sığorta haqqından az miqdarda sığorta ödənişi verilmişdirsə, həmin sığorta haqqı məbləği ilə sığorta ödənişi məbləği arasındakı fərq miqdarında sığorta haqqının sığortalıya qaytarılması müvafiq olaraq bu qaydaların 12.1-ci və 12.2-ci bəndlərində nəzərdə tutulmuş qaydada həyata keçirilir.

13. Sığorta müddəti və sığorta ərazisi

- 13.1. Sığorta təminatının müddəti sığorta müqaviləsi ilə müəyyən olunur.
- 13.2. Sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmamışdırsa, sığorta haqqının ilk hissəsinin və ya tam ödənilməsi halında, 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.
- 13.3. Sığorta müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmamışdırsa, sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu əraziyə məhdudiyət tətbiq edilmir.

14. Tərəflərin hüquq və vəzifələri

14.1. Sığortalı və sığorta olunanın hüquqları:

- 14.1.1. Sığorta müqaviləsi bağlanarkən sığortaçının müstəqil auditor tərəfindən təsdiqlənmiş illik balansı və fəaliyyətinin illik yekunlarına dair maliyyə nəticələri ilə tanış olmaq;

- 14.1.2. Sığorta şəhadətnaməsi itdikdə və ya məhv olduqda sığortaçıdan onun dublikatını almaq;
- 14.1.3. Sığorta müqaviləsinin şərtləri və bu qaydalar barədə sığortaçıdan izahatlar almaq;
- 14.1.4. Sığorta müqaviləsinin şərtlərinin dəyişdirilməsi təklifi ilə çıxış etmək;
- 14.1.5. Sığorta olunan, fiziki şəxs sığortalının öldüyü və ya hüquqi şəxs sığortalının ləğv edildiyi halda, mövcud qanunvericilikdə, həmçinin sığortalı və sığortaçı arasındakı razılaşmada nəzərdə tutulan qaydada sığortalının müqavilədə və qaydalarda nəzərdə tutulan vəzifələrini yerinə yetirmək;
- 14.1.6. Sığortalı, sığorta olunan və faydalanan şəxslərin sığortaçıdan sığorta ödənişi almaq;
- 14.1.7. Azərbaycan Respublikasının Mülki Məcəlləsində və bu Qaydalarda nəzərdə tutulmuş digər hüquqlardan istifadə etmək.

14.2. Sığortalı və sığorta olunanın vəzifələri:

- 14.2.1. Sığortalanma haqqında ərizədə qoyulan suallara doğru cavablar vermək, ərizəni tam, düzgün və dürüst şəkildə doldurmaq;
- 14.2.2. Sığorta müqaviləsi bağlanarkən özünə məlum olan, habelə sığortaçının yazılı surətdə tələb etdiyi və müqavilədən imtina etmək, yaxud onu məzmunu dəyişdirilmiş şəkildə bağlamaq qərarına təsir göstərə bilən bütün hallar barədə sığortaçıya məlumat vermək;
- 14.2.3. Bu Qaydaların 14.2.2-ci bəndinə uyğun olaraq bildirilmiş hallarla bağlı sığorta müqaviləsi bağlandıqdan sonra meydana çıxan bütün dəyişikliklər barədə sığortaçıya və ya sığortaçının adından çıxış edən sığorta vasitəçisinə məlumat vermək;
- 14.2.4. Sığortaçıya faydalanan şəxs barədə düzgün məlumat vermək;
- 14.2.5. Sığortaçıya və ya onun nümayəndəsinə sığorta hadisəsi ilə əlaqəsi olan məlumatı sərbəst əldə etmək imkanı yaratmaq;
- 14.2.6. Sığorta haqqını sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş müddətdə və miqdarda ödəmək;
- 14.2.7. Sığorta hadisəsinin baş verməsi barədə sığortalı və ya sığorta olunan şəxs, yaxud faydalanan şəxs hadisədən xəbər tutduqdan dərhal sonra və ya mümkün olan ən qısa müddət ərzində sığortaçıya və ya onun nümayəndəsinə, eyni zamanda həmin hadisə barədə məlumatlandırılmalı olan səlahiyyətli dövlət orqanlarına hər hansı vasitə ilə xəbər vermək;
- 14.2.8. Azərbaycan Respublikasının Mülki Məcəlləsində nəzərdə tutulan və bu qaydalardan irəli gələn digər vəzifələri yerinə yetirmək.

14.3. Sığortaçının hüquqları:

- 14.3.1. Sığortalının və sığorta olunanın verdiyi məlumatların düzgünlüyünü yoxlamaq;
- 14.3.2. Cinayət yolu ilə əldə edilmiş əmlakın leqallaşdırılmasının və terrorçuluğun maliyyələşdirilməsi ilə əlaqədar qanunvericiliyin tələblərinə uyğun olaraq sığortalının, sığorta olunanın, faydalanan şəxsin, benefisiar mülkiyyətçinin və səlahiyyətli nümayəndənin eyniləşdirilməsi, habelə onlar barədə əldə olunmuş eyniləşdirilmə məlumatlarının verifikasiyası üçün tədbirlər görmək, sığorta

haqqının əldə olunma mənbəyi barədə şübhə yarandıqda, həmin vəsaitin mənbəyini müəyyən etmək üçün əlavə təsdiqləyici sənədlər tələb etmək, zəruri sənədlərin təqdim edilməsindən imtina edən sığortalıların əməliyyatlarından imtina etmək və ya sığorta müqaviləsinə birtərəfli qaydada xitam vermək;

- 14.3.3. Sığorta olunan şəxsin səhhətinin mövcud vəziyyətini qiymətləndirmək məqsədi ilə onun sığorta müqaviləsinin şərtlərindən asılı olaraq, öz hesabına və ya sığortalının hesabına müayinə olunmasını tələb etmək;
- 14.3.4. Sığorta hadisəsinin tənzimlənməsi məqsədilə sığorta olunanın sığortaçı tərəfindən müəyyən edilmiş tibb müəssisələrində zəruri tibbi müayinələrindən keçməyini tələb etmək;
- 14.3.5. Sığortalının sığortalanma haqqında ərizədə qoyulan suallara qəsdən həqiqətə uyğun olmayan cavablar verməsi sığorta müqaviləsinin qüvvəyə mindiyi tarixdən sonra aşkar edildikdə, sığorta müqaviləsinin qüvvəyə mindiyi tarixdən beş ildən çox müddət keçməmişdirsə həmin müqaviləyə vaxtından əvvəl xitam verilməsi tələbi ilə çıxış etmək ;
- 14.3.6. Sığorta ödənişinin və ya qaytarılan məbləğin verilməsi zamanı ödəniş məbləğindən sığortalının və ya faydalanan şəxsin ona ödəməli olduğu, vaxtı çatmış və ya gecikdirilmiş sığorta haqqı və digər borc məbləğini tutmaq;
- 14.3.7. Sığorta risklərini qiymətləndirdikdən sonra sığorta müqaviləsinin bağlanmasıdan imtina etmək;
- 14.3.8. Azərbaycan Respublikasının mülki məəcəlləsi ilə nəzərdə tutulmuş və bu qaydalardan irəli gələn digər hüquqlardan istifadə etmək.

14.4. Sığortaçının vəzifələri:

- 14.4.1. Bu qaydalar əsasında sığorta müqaviləsi bağlanarkən sığortalının bu qaydalar və ya onun elektron versiyası ilə tanış olmasını təmin etmək;
- 14.4.2. Sığorta müqaviləsi bağlanarkən sığortalıya hamı tərəfindən asanlıqla başa düşülən üslubda tərtib edilmiş yaddaş vərəqini vermək;
- 14.4.3. Sığortalıya bu Qaydalar əlavə edilmiş sığorta şəhadətnaməsi vermək;
- 14.4.4. Sığorta hadisəsi baş verdikdə bu qaydaların 17.2.-ci bəndində nəzərdə tutulmuş sənədləri aldığı tarixdən 7 (yeddi) iş günündən gec olmayaraq sığorta ödənişini vermək, yaxud sığortalıya, sığorta olunana və ya faydalanan şəxsə sığorta ödənişinin verilməsindən imtina haqqında yazılı şəkildə əsaslandırılmış bildiriş təqdim etmək;
- 14.4.5. Sığorta müqaviləsinin bağlanmasıdan imtina etdiyi halda sığortalının tələbi ilə imtina barədə ona bildiriş vermək;
- 14.4.6. Sığorta hadisəsinin baş verməsi barədə sığortaçıya məlumat vermiş sığortalı və ya sığorta olunan şəxs, həmçinin faydalanan şəxs səlahiyyətli dövlət orqanlarına həmin hadisə barədə xəbər verməmişdirsə, qeyd olunan orqanları bu hadisə barədə dərhal məlumatlandırmaq;
- 14.4.7. “Sığorta fəaliyyəti haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu ilə sığorta sirri hesab edilən məlumatların məxfiliyini təmin etmək;
- 14.4.8. Sığorta hadisəsi hesab edilə bilən, araşdırılması və ya qeydə alınması tələb olunan hadisələr barədə səlahiyyətli dövlət orqanlarına belə hadisələrin baş verməsi faktını və (və ya) səbəbini, habelə nəticələrini təsdiq edən sənədin alınması üçün yazılı sorğu göndərmək;

14.4.9. Azərbaycan Respublikasının Mülki Məcəlləsi ilə nəzərdə tutulmuş və bu Qaydalardan irəli gələn digər vəzifələri yerinə yetirmək.

15. Məlumat vermə

- 15.1. Sığortalı və ya sığorta olunan sığorta müqaviləsi bağlanarkən özünə məlum olan, habelə sığortaçının yazılı surətdə tələb etdiyi və müqavilədən imtina etmək, yaxud onu məzmunu dəyişdirilmiş şəkildə bağlamaq qərarına təsir göstərə bilən bütün hallar barədə sığortaçıya məlumat verməlidir.
- 15.2. Sığortalı (sığorta olunan) sığortaçıya faydalanan şəxs barədə düzgün məlumat verməlidir.
- 15.3. Sığorta hadisəsinin baş verməsi barədə sığortalı və ya sığorta olunan şəxs, yaxud faydalanan şəxs hadisədən xəbər tutduqdan dərhal sonra və ya mümkün olan ən qısa müddət ərzində sığortaçıya və ya onun nümayəndəsinə, eyni zamanda həmin hadisə barədə məlumatlandırılmalı olan səlahiyyətli dövlət orqanlarına hər hansı vasitə ilə xəbər verməlidir;
- 15.4. Sığortalı (sığorta olunan) sığortaçıya və ya onun nümayəndəsinə hadisə ilə əlaqəsi olan məlumatı sərbəst əldə etmək imkanı yaratmalıdır.

16. Sığorta haqqı və sığorta məbləği

- 16.1. Sığorta haqqının məbləği sığorta müqaviləsində razılaşdırılır.
- 16.2. Sığorta müqaviləsində sığorta haqqının birdəfəlik və ya hissə-hissə ödənilməsi razılaşdırıla bilər.
- 16.3. Sığorta haqqı və ya onun hissəsi müqavilə ilə müəyyən edilmiş vaxtda ödənilmədikdə sığortaçı onun ödənilməsi üçün bu qaydaların 16.4-cü bəndinin tələbini nəzərə alaraq yazılı surətdə 15 (on beş) günədək müddət müəyyən edə bilər.
- 16.4. Hər bir halda sığorta haqqı və ya onun razılaşdırılmış ilk hissəsi sığorta müqaviləsi bağlandığı gündən 1 (bir) aydan gec olmayaraq ödənilməlidir.
- 16.5. Elektron sənəd formasında olan sığorta müqaviləsi üzrə sığorta haqqının ödənilməsi sığortalının bu qaydalar və sığorta müqaviləsinin şərtləri ilə tanış olmasını, həmin qaydalar və şərtlərlə razılığını, həmçinin sığorta müqaviləsinin bağlanması faktını təsdiqləyir.
- 16.6. Sığorta məbləği sığorta müqaviləsi ilə müəyyənləşdirilir. Sığorta məbləği ümumi və ya hər bir sığorta riski (təminatı) üzrə ayrı müəyyənləşdirilə bilər.
- 16.7. Sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan hallarda, sığorta ödənişi verildikdən sonra sığorta məbləği ödənilmiş məbləğ həcmində azalır. Sığorta məbləğinin azaldılması sığorta ödənişinin verildiyi tarixdən tətbiq olunur.
- 16.8. Tərəflərin razılığı ilə, sığortalı əlavə sığorta haqqı müqabilində, sığortaçının qiymətləndirilməsi və razılığından sonra, ilkin sığorta məbləğini bərpa edə bilər.
- 16.9. Baş vermiş hadisə üzrə ödəniləcək sığorta ödənişinin həcmi, sığorta ödənişinin verilməsi qaydası sığorta müqaviləsi ilə müəyyənləşdirilir. Sığorta müqaviləsi ilə sığorta ödənişinin verilməsi qaydası kimi sağalmaz xəstəliklərin müalicəsi ilə bağlı xidmətlərlə əlaqədar yaranan xərclərin əvəzinin tam və ya qismən ödənilməsi nəzərdə tutula bilər.
- 16.10. Sığorta müqaviləsinin bağlanması tarixi sığorta təminatı müddətinin başlanma tarixindən fərqlənərsə və sığorta hadisəsi hesab edilə bilən hal və ya hadisə sığorta müddətinin başlanma tarixinə qədər baş verərsə

və bu zaman sığorta haqqı əvvəlcədən ödənilməyi halda, həmin vəsait sığortalıya və ya onun Azərbaycan Respublikası qanunvericiliyinə uyğun olaraq təyin edilmiş vərəsələrinə qaytarılır.

17. Sığorta ödənişinin həyata keçirilməsi qaydası

17.1. Sığortaçı bu qaydaların “sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı” və “istisnalar” bəndlərində nəzərdə tutulan şərtlərə uyğun olaraq sığorta müqaviləsində təminat verilmiş sığorta riskləri üzrə baş vermiş sığorta hadisələrinə görə sığorta ödənişi həyata keçirir.

Müqavilə bağlanarkən razılaşdırılan sığorta məbləğinin ödənişi sığortaçı tərəfindən faydalanan şəxsə yalnız sığorta haqqının müqavilə ilə müəyyən edilmiş miqdarda və qaydada ödənilmiş olması şərti ilə verilir.

17.2. Sığorta ödənişinin verilməsi üçün tələb olunan sənədlər aşağıdakılardır:

17.2.1. Sığorta olunanın və ya faydalanan şəxsin sığorta tələbi;

17.2.2. Sığorta tələbi irəli sürən şəxsin şəxsiyyətini təsdiq edən sənədin surəti;

17.2.3. İxtisaslı həkimin imzası ilə təsdiq olunmuş tibbi sənədlər; bütün tibbi sənədlər tibb müəssisəsinin xüsusi blankında tərtib olunmalı, həkim tərəfindən imzalanmalı və tibb müəssisəsinin möhürü ilə təsdiq edilməlidir. Xüsusən:

- EKQ, rentgenoqramma, KT və digər müayinələrin nəticələrini əks etdirən sənədlərdə sığorta olunanın a.s.a. və təvəllüdü avtomatik, korreksiyaya imkan olmayan bir üsul ilə yazılmalıdır;
- Digər sənədlərdə: tibbi arayışlar, çıxarışlar, rəylər və yuxarıda qeyd olunmuş sənədlərdə sığorta olunanın adı və təvəllüdü düzəlişə yol verilmədən yazılmalıdır.

17.2.4. Sığorta hadisəsi hesab edilə bilən hadisə ilə bağlı hər hansı dövlət orqanına məlumat verilməlidirsə, həmin orqanın hadisə barədə təqdim etdiyi müvafiq sənəd;

17.2.5. Sığorta hadisəsi baş verdikdə, sığorta olunan sığorta tələbini irəli sürmədən və ya sığorta tələbini irəli sürdükdən, lakin ödəniş almadan vəfat edərsə, müvafiq olaraq tələb irəli sürən və ya sığorta ödənişini almaq hüququ olan şəxsin (*şəxslərin*) vərəsəlik haqqında şəhadətnamə və ya notarial təsdiq olunmuş surəti ;

17.2.6. Sığorta olunanın ölüm faktını təsdiq edən sənədin surəti;

17.2.7. Ailə üzvləri faydalanan şəxs kimi çıxış etdikdə bu barədə müvafiq təsdiqedicisi sənəd;

17.3. Zərurət yarandıqda sığorta olunanın tibbi müayinədən keçmiş və sağalmaz xəstəlik diaqnozunu təsdiqləmiş tibb müəssisəsi barədə təsdiqləyici sənədlərin surəti;. Sığortaçı sığorta hadisəsinin araşdırılması zamanı bu qaydaların 17.2-ci bəndində qeyd edilən sənədlərin hamısını tələb etməyə bilər.

17.4. Əgər faydalanan şəxs ona ödənilməli olan sığorta ödənişini almadan ölərsə, sığorta ödənişi həmin faydalanan şəxsin vərəsələrinə verilir.

17.5. Ödəniş qanunla müəyyən olunmuş qaydada təsdiq edilmiş etibarnamə əsasında faydalanan şəxsin nümayəndəsinə verilə bilər.

- 17.6. Faydalanan şəxs 18 yaşına çatmamışdırsa, ona verilməli olan sığorta ödənişi onun qanuni nümayəndəsinin yazılı razılığı ilə müəyyən edilmiş bankda faydalanan şəxsin adına açılmış hesaba qoyulur.

18. Ödənişdən imtinanın əsasları

- 18.1. Sığortaçı sığorta ödənişinin verilməsindən aşağıdakı hallarda imtina edir:
- 18.1.1. Mülki Məcəllənin 923.1-ci maddəsinin tələblərinə əməl edilməməsi nəticəsində sığortaçının hadisənin sığorta hadisəsi olub-olmamasını müəyyənləşdirmək imkanından məhrum olması;
 - 18.1.2. Sığortalının, faydalanan şəxsin, sığorta olunanın, Azərbaycan Respublikasının Mülki Məcəlləsində, Azərbaycan Respublikasının İnzibati Xətalər Məcəlləsində və Azərbaycan Respublikasının Cinayət Məcəlləsində nəzərdə tutulmuş məsuliyyəti istisna edən hallardan başqa, sığortalının, müvafiq hallarda zərərçəkənin müvafiq hadisənin baş verməsinə yönələn qəsdən etdiyi hərəkəti və ya hərəkətsizliyi, habelə hadisə ilə birbaşa səbəb əlaqəsində olan qəsdən cinayət törətməsi;
 - 18.1.3. Müqavilə ilə başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa, baş vermiş hadisə, hal, vəziyyət və ya xəstəliyin bu Qaydaların “sağalmaz xəstəliklərin təsnifatı – sığorta təminatında məhdudiyətlər” maddəsinə əsasən sığorta təminatına daxil edilməməsi və ya sığorta hadisəsi hesab edilməməsi;
 - 18.1.4. Sığorta müqaviləsinin bağlanması tarixi sığorta təminatı müddətinin başlanma tarixindən fərqlənərsə və/və ya sığorta hadisəsi hesab edilə bilən hal və ya hadisə sığorta müddətinin başlanma tarixinə qədər baş verərsə;
 - 18.1.5. Müqavilə ilə başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa, baş vermiş hadisə, hal, vəziyyət və ya xəstəliyin baş verməsinin səbəbinin bu “Qaydalar”ın “istisnalar” maddəsinə əsasən təminat üçün istisna hesab olunan halların birbaşa və ya dolayısı ilə nəticəsi olması;
 - 18.1.6. Sığorta predmeti, həmçinin sığorta olunan şəxs və (və ya) sığorta hadisəsi barəsində sığortalının sığortaçıya qəsdən yanlış məlumat verməsi nəticəsində sığortaçının sığorta riskini qiymətləndirmək, həmçinin sığorta hadisəsinin səbəblərini və (və ya) sığorta ödənişinin həcmi müəyyənləşdirmək imkanından tam və ya qismən məhrum olması (*bu zaman sığortaçı məlumatların yanlışlığı sığorta müqaviləsi bağlanarkən sığortaçıya məlum olduqda və ya sığortalı yanlış məlumatların verilməsində təqsirli olmadıqda, habelə tələb olunan məlumata sığortalının cavab verməməsinə baxmayaraq sığorta müqaviləsi bağlanmış olduğu halda sığortaçı sığorta ödənişinin verilməsindən imtina üçün yanlış məlumatın verilməsi və ya tələb olunan məlumatın verilməməsi faktına əsaslanma bilməz*);
 - 18.1.7. Sığorta haqqının növbəti hər hansı bir hissəsinin müqavilədə nəzərdə tutulmuş ödənilməsi müddəti başa çatdıqdan 15 (*on beş*) gün sonra, bu qaydaların 16.3-cü bəndində nəzərdə tutulmuş halda isə sığortaçının müəyyən etdiyi müddətin başa çatmasından 3 (*üç*) gün sonra sığorta hadisəsinin baş verməsi halında sığorta haqqının müvafiq hissəsinin ödənilməmiş olması;
 - 18.1.8. Baş vermiş hadisənin qanunvericiliyə, bu qaydalara və ya sığorta müqaviləsinə əsasən sığorta hadisəsi hesab edilməməsi.

19. Tərəflərin məsuliyyəti

- 19.1. Müqavilə şərtlərinin yerinə yetirilməməsinə və ya lazımi qaydada yerinə yetirilməməsinə görə tərəflər qanunvericiliklə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

20. Mübahisələrin həlli qaydası

- 20.1. Sığorta müqaviləsinin qüvvədə olması, şərh edilməsi və icrası Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə tənzimlənir.
- 20.2. Sığorta müqaviləsinin icrasından irəli gələn mübahisələr tərəflərin qarşılıqlı razılığı ilə həll olunur.
- 20.3. Sığorta müqaviləsinin icrasından irəli gələn mübahisələrin həllində qarşılıqlı razılığın əldə olunması mümkün olmadıqda, tərəflər Azərbaycan Respublikası qanunvericiliyində nəzərdə tutulmuş mübahisələrin məhkəməyəqədər həlli yollarından istifadə edəcəkdir.
- 20.4. Bu qaydaların 20.3-cü bəndində göstərilən vasitələrlə mübahisələrin həlli mümkün olmadıqda, məsələlərə Azərbaycan Respublikasının məhkəmələrində baxılacaqdır.
- 20.5. Sığorta müqaviləsi üzrə hüquqlarının sığortaçı tərəfindən pozulduğunu hesab edən sığortalı, sığorta olunan və ya faydalanan şəxs, həmçinin onların yaxınları Azərbaycan Respublikasının Mərkəzi Bankına şikayət ərizəsi ilə müraciət edə bilər.

21. Fors-major hallar

- 21.1. Tərəflər öz öhdəliklərini tam və ya qismən icra etmədiklərinə görə məsuliyyətdən o vaxt azad olunurlar ki, bu icra etməmə təərəflərin iradəsindən asılı olmayan, əvvəlcədən görə bilmədikləri və təsirinə mane ola bilmədikləri, sığorta müqaviləsinin bağlanmasından sonra yaranmış qarşısıalınmaz – fors major halların təsirindən əmələ gəlmiş olsun. Bu cür hallara daşqın, zəlzələ, yanğın, partlayış və digər təbii fəlakət və fəvqəladə hallar; elan edilmiş və ya edilməmiş vəba, epidemiya, pandemiya; elan edilmiş və ya edilməmiş müharibə və hərbi əməliyyatlar, vətəndaş qarşıdurması, iğtişas və üsyanlar, terror aktları; hər hansı silahlı hücum, telekommunikasiya və informasiya sistemlərinin uzunmüddətli sıradan çıxması, lokaut, tətill, boykot və başqa bu kimi hallar; tərəflərin münasibətlərini bilavasitə dəyişdirən qanunvericilikdə dəyişikliklər, səlahiyyətli orqanların sığorta müqaviləsinin icrasının mümkünsüzlüyünə səbəb olan hərəkətləri və ya qəbul etdikləri aktları; habelə burada qeyd edilməyən, lakin tərəflərin iradəsindən kənar olan və öz öhdəliklərini icra etməsinə mane olan digər qarşısıalınmaz hallar aiddir.
- 21.2. Bu qaydaların 21.1-ci bəndində göstərilən səbəblərdən sığorta müqaviləsinin icrası mümkün olmadıqda, öhdəliklərin icrası qarşısıalınmaz qüvvənin davam etdiyi müddətə uzadılır.
- 21.3. Fəvqəladə halların baş verdiyi zaman, öhdəliyi yerinə yetirə bilməyən tərəf 5 (beş) iş günü ərzində yazılı şəkildə digər tərəfi bu barədə məlumatlandırmalı, baş vermiş fors-major halın öhdəliklərini yerinə yetirə bilməməsinə necə təsir etdiyini əsaslandırmalı və bu halı müvafiq sənədlərlə təsdiq etməlidir. Baş vermiş hal öhdəliyin tam olaraq yerinə yetirilməməsinə səbəb deyildirsə, tərəflər sığorta müqaviləsi üzrə öhdəliklərini həyata keçirməlidir.
- 21.4. Tərəflərin maddi vəziyyətinin və iqtisadi göstəricilərinin pisləşməsi fors-major hallara aid edilə bilməz.
- 21.5. Tərəfi müəyyən olunmuş vaxt ərzində xəbərdar etməmə digər tərəfi gələcəkdə 21.1-ci bənddə göstərilən hər hansı bir hala istinad etmək hüququndan məhrum edir.

22. Şərtlər

- 22.1.** Mülki məcəllənin 900.1.14-cü maddəsinə əsasən sığorta müqaviləsinə tərəflərin qarşılıqlı razılaşması əsasında müəyyən edilən digər şərtlər daxil edilə bilər.

23. Yekun müddəalar

- 23.1.** Əgər sığorta müqaviləsində başqa cür nəzərdə tutulmamışdırsa, bu qaydalar əsasında bağlanan sığorta müqavilələrinə 3 (üç) il iddia müddəti tətbiq edilir.
- 23.2.** Tərəflər arasındakı bütün maliyyə hesablaşmaları Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə uyğun şəkildə nağdsız qaydada həyata keçirilir.
- 23.3.** Tərəflər müqavilənin icra edilməsi və ya xitamı ilə bağlı bütün xəbərdarlıq və məlumatları sığorta müqaviləsində qeyd olunan ünvanlara və ya əlaqə vasitələrinə (poçt ünvanı, müqavilədə nəzərdə tutulmuş hallarda elektron ünvan və ya digər əlaqə vasitələri) göndərirlər. Ünvanlar və ya əlaqə vasitələri dəyişdiyi halda, bir tərəf o biri tərəfi qabaqcadan bu haqda məlumatlandırmalıdır. Əgər bir tərəf o biri tərəfi ünvanlar və ya əlaqə vasitələrinin dəyişilməsi barədə məlumatlandırmayıbsa, köhnə ünvan və ya əlaqə vasitələrinə göndərilən xəbərdarlıq və məlumatlar çatdırılmış kimi qəbul olunur.
- 23.4.** Yardımçı fəaliyyət göstərən hüquqi şəxslər ilə münasibətlərin tənzimlənməsi (sığorta risklərinin qiymətləndirilməsi, sığorta hadisəsinin araşdırılması, sığorta ödənişinin verilməsi və s.) sığorta müqaviləsi ilə müəyyənləşdirilir.
- 23.5.** Qaydaların müddəaları ilə Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi arasında ziddiyyət yaranarsa, Azərbaycan Respublikası qanunvericiliyinin müddəaları tətbiq edilir.
- 23.6.** Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə dəyişiklik edilməsi nəticəsində bu Qaydaların hər hansı müddəası ilə qanunvericilik arasında ziddiyyət yaranarsa, həmin müddəa qüvvədən düşmüş hesab edilir.
- 23.7.** Bu Qaydaların hər hansı müddəasının qüvvədən düşməsi və ya etibarsızlığı, digər müddəaların və bütövlükdə qaydaların qüvvədən düşməsinə və etibarsızlığına gətirib çıxarmır.
- 23.8.** Tərəflər sığorta əməliyyatları zamanı bir-birinə qarşı vicdanlı olmalı, bir-birilərinin mənafeyinə xələf gətirə biləcək hərəkətlərə yol verməməli, hüququn “bona fides” (vicdanlılıq) prinsipinə, mülki qanunvericiliyin ümumi prinsiplərinə riayət etməlidirlər.
- 23.9.** Bu Qaydalarda natural ədədlərlə nömrələnmiş, qalın qara şriftlə altı xətlənmiş şəkildə verilən sözlər yalnız qaydaların müvafiq maddələrinin adını bildirir, rahatlıq məqsədilə əlavə edilmişdir, Qaydaların hər hansı müddəasının şərh edilməsi üçün istifadə edilə bilməz.
- 23.10.** Bu Qaydaların natural ədədlərlə nömrələnmiş bölmələri “maddə”, həmin maddələrin altbölmələri “bənd”, həmin bəndlərin bütün altbölmələri isə “yarımbənd” adlandırılır.

“PAŞA Həyat Sığorta” ASC-nin

Sağalmaz xəstəliklərdən sığorta növü üzrə tarif dərəcələrinin əsaslandırılması üzrə

Əlavə №1

Yuxarıda sadalanan sağalmaz xəstəliklərdən biri və ya bir neçəsi üzrə xalis sığorta tarifi aşağıdakı qaydada hesablanır:

Təminatə daxil olan xəstəliklərə tutulma ilə bağlı daxili və ya xarici statistik məlumatlar əsasında cins, yaş qrupu və illər üzrə hər bir xəstəlik diaqnozunun qoyulduğu şəxslərin və ümumi əhalinin sayı müəyyən edilir. Əgər eyni adama birdən artıq xəstəliyə tutulmaqla bağlı diaqnoz qoyulması statistikasını mövcud olarsa, həmin saylar ümumi saydan çıxılır. Əgər bu tipli məlumatlar yoxdursa, belə halın baş vermədiyini (və ya nəzərə alınmayacaq qədər az sayda baş verdiyi) qəbul olunur.

Daha sonra hər bir il, cins və yaş qrupu üzrə təminatə daxil edilən xəstəliklərdən heç olmasa birinə tutulmuş şəxslərin sayı həmin ildə qeyd olunan cins və yaş qrupuna daxil olan əhalinin ümumi sayına bölünür:

$$q_{y,g,x} = \frac{m_{y,g,x}}{n_{y,g,x}}$$

Burada $m_{y,g,x}$ y təqvim ili ərzində g cinsi və x yaş qrupu üzrə sağalmaz xəstəliyə tutulanların sayı, $n_{y,g,x}$ isə eyni kateqoriyaya aid ümumi əhalinin ilin əvvəlinə olan sayıdır.

Hər bir yaş qrupu və cins üzrə alınan nisbətlər qeyd olunan yaş və cins qrupuna daxil olan əhali üzrə sığorta hadisəsinin baş vermə tezliyidir. Qonşu yaş qrupları üzrə bu qiymət yığımlarının t statistik testi aparılır, əgər hər hansı yaş qrupları üzrə sığorta hadisəsinin baş vermə ehtimalının gözlənilən qiymətləri müəyyən (adətən 99.5%) əminliklə bərabər götürülməsi hipotezi doğru olarsa, bu qruplar birləşdirilir və bu qruplar üzrə müvafiq göstəricilər cəmlənir.

Bundan sonra əgər məlumatların toplandığı illərin sayı 30-dan kiçik olarsa, student paylanması, 30-dan böyük olarsa, normal paylanma üzrə müvafiq əmsallar tətbiq olunaraq müəyyən etibarlılıqla (adətən 99.5%) hər yaş aralığı və cins üzrə tapılmış ehtimalların etibarlılıq intervalının yuxarı sərhədi tapılır:

$$q_{g,x} = \frac{\sum_{i=1}^k q_{i,g,x}}{k} + t_{\alpha,k} * \frac{\sigma}{\sqrt{k}}$$

Burada

k müşahidə illərinin sayı,

$t_{\alpha,k}$ - α əminliklə k sərbəstlik dərəcəsinə uyğun əmsal,

σ - $q_{i,g,x}$ kəmiyyətlərinin dispersiyasıdır.

Alınan nəticələr hər yaş aralığı və cins üzrə sağalmaz xəstəliyə tutulma ehtimallarıdır. Bu ehtimallar əsasında sığorta tarifi aşağıdakı düsturla müəyyən olunur:

$$r_{g,x} = a \cdot q_{g,x} + b, \quad (a > 0, b > 0)$$

Burada

$q_{g,x}$ – g cinsinə və x yaş qrupu mənsub sığortalının növbəti il ərzində təminat verilən xəstəliklərə tutulma ehtimalı,

a- sığorta haqlarının ödənilməsi xərclərindən, zərərlərin tənzimlənməsi xərclərindən, müqavilə üzrə mənfəət marjasından və sığorta olunana / sığortalanacaq portfelə tətbiq ediləcək yüksəldici/azaldıcı əmsallardan, sığorta olunanın ölüm ehtimalından asılı olan kəmiyyətdir.

b-sığorta müqaviləsi bağlanarkən çəkilən xərclərdən, sığorta haqlarının ödənilməsi xərclərindən və müqavilə üzrə mənfəət marjasından asılı olan kəmiyyətdir. Qiymətləndirmə zamanı nəticələr əsasında hesablanmış tariflərdən əlavə təkrarsığortaçı ilə bağlanmış müqavilələr ilə təsdiqlənmiş tariflərdən də istifadə edilə bilər.

Əgər müqavilə üzrə c % komisyon muzzd verilməsi nəzərdə tutularsa, yekun tarif

$$\frac{r_{g,x}}{1 - c\%}$$

şəklində olacaqdır.

Hər il yeni statistik məlumatlar nəzərə alınmaqla bu metodologiya əsasında hesablama yenidən aparıla və ehtiyac yarandığı təqdirdə tariflər yenilənə bilər.

Sığorta tarifləri yaşa və cinsə görə diferensiallaşdırılmaqla yanaşı, sığorta portfelinin statistik göstəriciləri, zərərlərin paylanması və digər müxtəlif məlumatlar əsasında aktuar metodlar tətbiq edilərək portfel üçün orta çəkili vahid tariflər təyin edilə bilər.

Qeyd: sığorta olunanın sağlamlığı, peşə fəaliyyəti və digər anderrayting risklərindən asılı olaraq sığorta tarifinə yüksəldici əmsallar, sığortalanacaq portfeldən və təminat veriləcək xəstəliklərin sayından asılı olaraq sığorta tarifinə azaldıcı əmsallar tətbiq oluna bilər.



Handwritten signature in blue ink.