



**NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASININ
NAZİRLƏR KABİNETİ**

Q Ə R A R

**“Naxçıvan Muxtar Respublikasında könüllü tibbi sığorta
şəhadətnaməsinin forması və onun tətbiqi Qaydaları”nın
təsdiq edilməsi barədə**

“Könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsinin forması və onun tətbiqi Qaydaları”nın təsdiq edilməsi və “Tibbi sığorta şəhadətnaməsinin forması və onun tətbiqi Qaydalarının təsdiq edilməsi haqqında” Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 2002-ci il 25 mart tarixli 49 nömrəli Qərarının ləğv edilməsi barədə” Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 2021-ci il 24 iyun tarixli 182 nömrəli Qərarına uyğun olaraq Naxçıvan Muxtar Respublikasının Nazirlər Kabineti **qərara alır:**

“Naxçıvan Muxtar Respublikasında könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsinin forması və onun tətbiqi Qaydaları” təsdiq edilsin (əlavə olunur).

Naxçıvan Muxtar Respublikasının

Baş naziri

Səbuhi Məmmədov

Naxçıvan şəhəri, 9 iyul 2021-ci il

№ 161

Naxçıvan Muxtar Respublikası
Nazirlər Kabinetinin 2021-ci il
9 iyul tarixli 161 nömrəli Qərarı
ilə təsdiq edilmişdir.

Naxçıvan Muxtar Respublikasında könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsinin forması və onun tətbiqi

QAYDALARI

1. Könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsinin forması

KÖNÜLLÜ TİBBİ SİĞORTA ŞƏHADƏTNAMƏSİ

Seriya _____ № _____ “ _____ ” _____ il
sığortaçı _____ və sığortalı _____
(sığortaçının tam adı, ünvanı)

(sığortalının adı (fiziki şəxs olduqda, həmçinin soyadı, adı, atasının adı, fərdi
identifikasiya nömrəsi, hüquqi şəxs olduqda, həmçinin VÖEN-i) və ünvanı)
arasında “ _____ ” _____ il tarixindən “ _____ ” _____ il
tarixinədək _____ ərazisində qüvvədə olan
_____ nömrəli könüllü tibbi sığorta müqaviləsinin
bağlanılmasını təsdiq edir.

Bu şəhadətnamə üzrə sığortaolunan _____
(soyadı, adı, atasının adı,

doğum tarixi və fərdi identifikasiya nömrəsi)

(indeksi, ev ünvanı, telefonu)

könüllü tibbi sığorta müqaviləsinə əlavə edilmiş Tibbi Sığorta Programına müvafiq olaraq
tibbi yardım almaq hüququna malikdir.

Sığorta məbləği _____
(rəqəmlə və sözlə)

Sığorta haqqı _____ məbləğdə
(rəqəmlə və sözlə)

_____ ödənilir.

(qaydası və müddəti)

(sığorta agentinin adı (fiziki şəxs olduqda, həmçinin soyadı, adı, atasının adı, fərdi identifikasiya nömrəsi,
hüquqi şəxs olduqda, həmçinin VÖEN-i) və ünvanı)

Sığortaçı**Sığortalı**

**Könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsini
təsdiq edirəm**

Sığorta qaydaları ilə tanış oldum

İmza _____

M.Y.

İmza _____

M.Y.

Qeyd. Sığortalı və ya sığortaolunan könüllü sığorta müqaviləsi üzrə hüquqlarının pozulduğunu hesab etdiyi hallarda Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Bankının Naxçıvan Muxtar Respublikası İdarəsinə (ünvan _____, telefon _____) müraciət edə bilər.

2. Könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsinin tətbiqi qaydaları

2.1. Könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsi - sığortaolunana yaşayış yerindən asılı olmayaraq Naxçıvan Muxtar Respublikasının bütün ərazisində Tibbi Sığorta Proqramında göstərildiyindən az olmayan həcmdə tibbi yardım almağa təminat verən sənəddir.

2.2. Könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsi sığortaçı tərəfindən hər bir sığortaolunana könüllü tibbi sığorta müqaviləsi ilə müəyyən edilmiş qaydada verilir. Könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsi vahid formada təsdiq edilir və Naxçıvan Muxtar Respublikasının ərazisində qüvvədədir.

2.3. Sığortaolunanlar tibbi yardım üçün tibb müəssisələrinə müraciət etdikdə könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsi ilə birlikdə şəxsiyyəti təsdiq edən sənədi təqdim etməlidirlər.

2.4. Sığortaolunan könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsini itirdikdə bu barədə sığortaçıya rəsmi surətdə xəbər verməlidir. İtirilmiş könüllü tibbi sığorta şəhadətnaməsinin əvəzinə sığortaçı sığortaolunana şəhadətnamənin dublikatını verməlidir.