

«AZSIĞORTA» ASC

KÖNÜLLÜ TİBBİ SIĞORTA QAYDALARI

**03 avqust 2009-cu il tarixində
Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi ilə razılaşdırılıb**

©
«AZSIĞORTA» ASC - 2009

KÖNÜLLÜ TİBBİ SİĞORTANIN QAYDALARI

Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi Dövlət Sığorta Nəzarəti Baş İdarəsinin normativ sənədləri, Tibbi Sığorta haqqında Qanuna uyğun olaraq, bu Qaydalar Könüllü Tibbi Sığortanın həyata keçirilməsi ilə əlaqədar Sığortaçı, Sığorta edənənin və Sığorta olunan arasındakı münasibətləri nizamlayır.

Bu qaydalara əsasən Sığortaçı Sığorta edənle Sığorta proqramına uyğun olan tibbi yardımın təşkili və maliyyələşməsini müəyyənləşdirən Sığorta müqaviləsi bağlayır.

Sığorta müqaviləsi qüvvəyə mindikdən sonra Sığortaçı hər Sığorta olunana Sığorta Şəhadətnaməsi təqdim edir. Şəhadətnamədə müəyyən olunan müddət, şərtlər və istisnalara əsasən Sığortaçı Sığorta Şəhadətnaməsində göstərilən aşağıdakı xidmətləri Sığorta olunan şəxsin xeyrinə ödəyir: Stasionar tibbi xidmətləri, Ambulator-Poliklinik xidmətləri, Ambulator dərman təyinatları, Təjili və Təxirə salınmaz tibbi yardım, Stomatoloji xidmət, Profilaktik tədbirlər, Hamiləlik və Doğuşa yardım, Fizioterapiya, Xəstəxanadan sonrakı müalicə, Sanator-Klinik müalicəsi və müəyyən coğrafi ərazi hüdudunda Sığortaçı ilə müqavilədə göstərilən Tibbi Müəssisələrdə digər xidmətlər. Sığorta ödənişlərinin verilməsinə Sığortaçının Tibbi İddia Şöbəsi nəzarət edir.

Bu müqavilədə istifadə olunan aşağıdakı söz və ifadələr bu mənanı daşıyırlar:

Sığortaçı Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi Dövlət Sığorta Nəzarəti Baş İdarəsi tərəfindən verilmiş, 18 oktyabr 2007 -ci il tarixli, 018924№-li Lisenziyaya uyğun olaraq sığorta fəaliyyətini həyata keçirən "AzSığorta" ASC-dir.

Sığorta edən Sığortaçı ilə Könüllü Tibbi Sığorta Müqaviləsi bağlayan, Sığorta mükafatını ödəyən və Sığorta Şəhadətnaməsində Sığorta edən kimi göstərilən hüquqi və ya fiziki şəxsdir .

Sığorta olunan Sığorta anketini dolduran və sığorta təminatına daxil olan xərclərinin ödənilməsini təsdiq edən Sığorta Şəhadətnaməsi verilən fiziki şəxsdir.

Sığorta müddəti Sığorta Şəhadətnaməsində göstərilən, Sığorta təminatının qüvvədə olduğu və Sığorta haqqının ödənilməsi müddətidir.

Ödəniş tarixi Köçürülmüş sığorta haqqının Sığortaçının hesabına oturuğu və ya sığorta haqqının nəğd olaraq Sığortaçının səlahiyyətli nümayəndəsinə ödənilməsi tarixidir.

Sığorta Şəhadətnaməsi Sığorta Müqaviləsində nəzərdə tutulan tibbi xidmətləri almaq üçün Sığorta olunanın hüququnu təsdiq edən sənəddir.

Sığorta məbləği Sığortaçının tibbi xidmətlərə görə ödəməli olduğu maksimal məbləğdir.

Sığorta haqqı Sığortaçının təqdim etdiyi Sığorta təminatı əvəzinə Sığorta Edən (Sığorta olunan) tərəfindən ödənilən məbləğdir.

Sığorta təminatı Sığorta Edən (Sığorta olunan) tərəfindən seçilmiş tibbi sığorta proqramı üzrə Sığortaçının təqdim etdiyi tibbi xidmətlərin həcmidir.

Xidmətlər proqramı Sığorta Şəhadətnaməsinin ayrılmaz hissəsi olan Sığortaçının təqdim etdiyi Sığorta Təminatı Proqramıdır.

Sığorta ərazisi Sığortanın qüvvədə olduğu ərazidir.

Franşiza Sığorta olunan şəxsin məsuliyyət daşdığı xərclərin hissəsidir. Bu məbləğ Sığorta Şəhadətnaməsində göstərilir.

Tibbi müəssisə Sığortaçının hazırladığı Tibbi müəssisələr siyahısında göstərilmiş, tibbi müəssisə kimi qanuni lisenziyası olan hər bir tibbi müəssisədir.

Seçilmiş Tibbi müəssisə Sığortaçının hazırladığı Seçilmiş Tibbi Müəssisələr siyahısında göstərilmiş Tibbi müəssisələrdir.

Müalicə Sığorta olunanı Sığorta hadisəsindən əvvəlki fizioloji vəziyyətinə qaytaran və ya yaxınlaşdıran tibbi tədbirlərdir.

Həkim Qanuni lisenziyası olan və öz ixtisası çərçivəsində müalicə aparan tibbi praktikasına şəxsdir

Dispetçer Sığortaçının təqdim etdiyi tibbi yardımın təşkili üçün sutka boyu telefon bağlantısı.

2. Sığorta təminatı:

2.1 Sığorta müqaviləsinin şərtlərinə uyğun olaraq Sığortaçı Sığorta hadisəsi baş verdikdə Sığorta məbləği həddində Sığorta olunan vətəndaşlara tibbi yardım təşkil etməyi və ödəməyi öhdəsinə götürür.

2.2 Sığorta olunanın sığorta müqaviləsinin müddəti ərzində sığorta proqramı üzrə tibbi və digər xidmətlərin göstərilməsi ilə əlaqədar tibb müəssisələrinə müraciəti Sığorta hadisəsidir.

2.3 Sığorta müqaviləsi üzrə tibbi xidmətlərin siyahısı və Sığorta məbləği Sığortaçı və Sığorta edən arasında fərdi razılıq əsasında müəyyən olunur.

3. İstisnalar :

- 3.1 Könüllü Tibbi Sığorta şəhadətnaməsinə əsasən aşağıdakı hallar Sığorta hadisəsinə aid deyil:
- 3.1.1 dövlət büdcəsi hesabına qəbul olunmuş qaydada maliyyələşən tibbi yardım göstərilməsi (vərəm , sarkoidoz, psixi xəstəliklər, bəd xassəli onkoloji xəstəliklər və s.);
- 3.1.2 fəvqəladə şərait nəticəsində travmatik zədələr və digər nasazlıqlar (müharibələr, hərbi münaqişələr, inqilablar, iğtişaşlar, üsyanlar, təbii fəlakətlər, nüvə partlayışı, radioaktiv şüalanma və s.);
- 3.1.3 özünə qəsd cəhdi, qanunsuz hərəkətlər, o cümlədən, özünə qəsdən xətər yetirmə nəticəsində baş verən xəstəliklər və zədələr ;
- 3.1.4 arayış verilməsi üçün profilaktik müayinələr (xaricə getmək, işə düzəlmək, tədris müəssisələrinə daxil olmaq, silah daşımaq üçün və s.);
- 3.1.5 aşkara çıxarılma müddətindən asılı olmayaraq alkoqolizm, narkomaniya, toksikomaniyanın müalicəsi, o cümlədən, alkoqol, narkotik və ya toksik sərxoşluq nəticəsində dəymiş zədə və zərər;
- 3.1.6 zöhrəvi xəstəliklər (Q.İ.Ç.S.,Q.İ.Ç yoluxmaları, infeksiyalar, mikoplazmoz, xlamidioz, sitomeqalovirus və herpes infeksiyaları);
- 3.1.7 psixi xəstəliklər və onların kəskinləşməsi, o cümlədən, psixi təbiətli xəstəliklər (zədələr və somatik xəstəliklər, epilepsiya);
- 3.1.8 peşə xəstəlikləri;
- 3.1.9 kəskin və xroniki şüa xəstəlikləri və onların kəskinləşməsi ;
- 3.1.10 irsi və anadanqəlmə patologiyalar;
- 3.1.11 sonsuzluq, impotensiya, seksual pozuntular, kontrasepsiya müalicəsi;
- 3.1.12 həyat üçün təhlükə ilə əlaqədar hallar istisna edilməklə hamiləliyin kəsilməsi ;
- 3.1.13 kosmetik xidmətlərinin bütün növləri o cümlədən kosmetik stomatologiya;
- 3.1.14 transplantasiya və ya protezləşmə tələb edən orqan və toxumaların xəstəlikləri, o cümlədən, endoprotezləşmə, dişlərin protezləşməsi , protezləşməyə hazırlıq işlərinin bütün növləri daxil olmaqla;
- 3.1.15 tibbi cihazlar, eşitmə aparatları, eynək, kontakt linzaları;
- 3.1.16 şəkərli diabet ;
- 3.1.17 hepatit C;
- 3.1.18 piylənmə;
- 3.1.19 xroniki böyrək çatışmazlığı, o cümlədən, dializ aparılması üzrə müalicə;
- 3.1.20 elmi cəhətdən tanınmamış və ya eksperimental hesab olunan müalicə, eyni zamanda Seçilmiş Tibbi Müəssisədə işləməyən həkimin təyin etdiyi dərmanların ödənilməsi;
- 3.1.21 xidmətlər proqramında nəzərdə tutulmayan tibbi və digər xidmətlər.
- 3.2 Sığorta olunan əlavə sığorta haqqı ödədikdə Sığortaçı 3.1.-ci maddədə sadalanan xəstəliklərin müayinə və müalicəsini təşkil edə bilər.
- 3.3 Sığortaçı öz təşəbbüsü ilə (Sığorta edənin razılığı ilə),3.1-ci maddədə sadalanan bəzi tibbi xidmətləri ödəyə bilər.
- 3.4 Sığorta müqaviləsi bağlanarkən Sığortaçı (Sığorta edənin istəyi ilə) «İstisnalar» adlanan 3-cü maddəyə dəyişiklər edə bilər.

4. Sığorta məbləği:

- 4.1 Sığorta Edənin (Sığorta olunanın) seçdiyi proqrama, Sığorta olunanın yaşı, Sığorta müqaviləsinin müddətinə və sairəyə əsasən Sığorta olunan və Sığortaçının ikitərəfli razılığı ilə Sığorta məbləği müəyyən edilir.
- 4.2 Sığorta edən Sığortaçı ilə razılaşmaya əsasən Sığorta müqaviləsinin müddəti ərzində Sığorta məbləğini artırma və ya bu qaydalara əlavə saziş bağlamaq yolu ilə və Sığorta haqqının əlavə hissəsinin ödəməklə tibbi proqramda təqdim olunmuş xidmətlər siyahısını artırmaq hüququna malikdir.
- 4.3 Tibbi xidmətlərin dəyəri Sığorta məbləğini aşarsa Sığorta edənin Sığortaçıya əlavə vəsait ödəməsi hesabına yardım göstərilə bilər.Bu təqdirdə Sığortaçı və Sığorta olunan əlavə saziş bağlayır və Sığorta edən Sığortaçının hazırkı preyskurantına əsasən əlavə xidmət haqqını ödəyir.

5. Sığorta haqqı

- 5.1 Sığorta haqqı Sığorta üçün ödənilən haqqdır hansı ki Sığorta edənin Sığorta müqaviləsi ilə müəyyən olunmuş qaydada və müddətdə ödəməyə borclu olduğu haqqdır.
- 5.2 Sığortaçı Sığorta müqaviləsinin müddəti ərzində Sığorta olunanın mümkün olacaq tibbi yardım üçün müraciətini, Sığorta riskinin xarakterini, Sığorta məbləğini, Sığorta obyektini nəzərə alaraq, ödənilməli olan Sığorta haqqının həcmi müəyyən edir.
- 5.3 Sığorta haqqı Sığortaçının nümayəndəsinə nəğd pulla və ya Sığortaçının bank hesabına köçürmə yolu ilə ödənilə bilər. Hesablaşmanın həyata keçirilmə formaları Sığorta müqaviləsində müəyyən edilir.

5.4 Sığorta haqqı tam və ya hissə-hissə ödənilə bilər. Sığorta haqqı (sığorta haqqının birinci hissəsi) Sığorta Şəhadətnaməsinin təqdim olunduğu vaxt ödənilir (hissə-hissə ödəniləndə qalan hissələr Sığorta Şəhadətnaməsində göstərilən müddət ərzində ödənilir).

5.5 Sığorta edən Sığorta haqqını (və ya birinci hissəsini) Sığorta müqaviləsi bağlandıqdan sonra 5 bank günü ərzində ödəməlidir (əgər Sığorta müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmamışdırsa).

5.6 Əgər Sığorta haqqı Sığorta Şəhadətnaməsi təqdim olunarkən ödənməzsə Sığortaçı Sığorta olunan üçün heç bir məsuliyyət daşımır.

5.7 Əgər Sığorta haqqının hissələrindən biri Sığorta Şəhadətnaməsində göstərilən müddət ərzində ödənilməzsə Sığortaçı Sığorta müqaviləsinin qüvvəsini dayandıra bilər. Sığorta Şəhadətnaməsinin qüvvəsinin dayandırıldığı müddət ərzində Sığorta olunan tibbi xidmətlərin ödənilmə xərclərini öz üzərinə götürür.

5.8 Əgər Sığorta haqqı 30 gün ərzində ödənilməzsə, Sığorta müqaviləsi, Sığorta edən və Sığorta olunan Şəxsə heç bir xəbərdarlıq edilmədən ləğv oluna bilər.

5.9 Əgər Sığorta Şəhadətnaməsində, Sığorta Şəhadətnaməsinin Sığorta haqqı ödənilənədək qüvvəyə minməsi nəzərdə tutulursa Sığorta haqqı Sığorta Şəhadətnaməsinin qüvvəyə minməsindən sonra 15 gün ərzində ödənilməlidir.

6. Sığorta müddəti:

6.1 Sığorta Müqaviləsi Sığorta haqqının (onun birinci hissəsinin) ödənilməsi üçün saat 24:00-da bir il müddətinə qüvvəyə minir (əgər Sığorta Müqaviləsində başqa hal nəzərdə tutulmamışdırsa).

6.2 Əgər Sığorta haqqı Sığortanın qüvvəyə minməsindən əvvəl ödənilibdirsə, Sığorta Şəhadətnaməsində göstərilən müddət Sığorta Müddəti hesab olunur.

6.3 Əgər Sığorta haqqı Sığorta Şəhadətnaməsi verildikdən sonra 15 gün ərzində ödənilərsə Sığorta təminatı sığorta haqqının (onun birinci hissəsinin) ödənilməsi üçün saat 24:00-da qüvvəyə minir, bu müddət ərzində sığorta haqqı (onun birinci hissəsi) ödənilməzsə sığorta müqaviləsi qüvvədən düşmüş hesab olunur.

7. Sığorta Müqaviləsinin Bağlanması:

7.1 Sığorta Müqaviləsi hüquqi və ya fiziki şəxslə yazılı formada ,bir il müddətinə bağlanır və Sığorta Şəhadətnaməsi verilməklə təsdiq edilir.

7.2. Sığorta Edənin (Sığorta olunanın) yazılı ərizəsi Sığorta Müqaviləsinin bağlanması üçün əsasdır.

7.3. Kollektiv sığorta hallarında Sığorta olunanların siyahısına əlavə edilərkən, Sığorta Edən Sığorta olunanın siyahıya daxil edildiyi gündən sığorta müddətinin bitməsinədək olan müddət üçün sığorta haqqı ödəyir.

7.4. Sığorta olunanların sayı dəyişməməklə, Sığorta olunanların başqa şəxslərlə əvəz edilməsi hallarında Sığorta Edən Sığorta olunanların siyahısındakı dəyişikliklərə dair Sığortaçıya məlumat verir. Sığorta olunanların siyahısından çıxarılan şəxslərin Sığorta şəhadətnamələri Sığortaçıya qaytarıldıqdan sonra, həmin şəxslərin yerinə Sığorta olunanlar siyahısına daxil edilən şəxslərə Sığorta şəhadətnamələri verilir.

7.5. Sığorta olunan işdən azad edildikdə, Sığorta Edənin həmin şəxs üçün ödədiyi sığorta haqqının bir hissəsini (1Nə-li cədvələ əsasən) geri almaq hüququ var.

7.6. Sığorta müddəti ərzində sığorta şəhadətnaməsi itirildikdə, Sığorta Edəndən yeni şəhadətnamənin verilmə xərjləri alınmaqla, sığorta şəhadətnaməsinin dublikatı verilir.

7.7. Sığorta müqaviləsi bağlanarkən, Sığorta Edən sığorta hadisəsinin baş vermə ehtimalının və ehtimal olunan zərərin həcmnin müəyyən edilməsi üçün əhəmiyyətli və ona məlum olan bütün hallar haqqında Sığortaçıya məlumat verməlidir. Sığorta müqaviləsi bağlandıqdan sonra Sığorta Edənin sığorta hadisəsinin baş vermə ehtimalının və ehtimal olunan zərərin həcmnin müəyyən edilməsi üçün əhəmiyyətli olan hallar haqqında bilərəkdən yalan məlumat verdiyi müəyyən olunarsa Sığortaçı Sığorta Müqaviləsinin yalan məlumatın verildiyi tarixdən etibarsız hesab edə bilər.

7.8. Bu qaydalara əsasən 60 yaşadək Sığorta olunanların xeyrinə Sığorta müqavilələri bağlanır. Narkoloji, psixo-nevroloji dispanserlərdə qeydiyyatda olan, QİÇS və onkoloji xəstəlikləri olan şəxslər bu qaydalara əsasən sığorta oluna bilməzlər.

7.9. Bu qaydaların bəzi müddəaları Sığortaçı və Sığorta Edən arasında bağlanan Sığorta müqaviləsinə daxil edilməyə və nəticədə konkret hallarda tətbiq olunmaya bilər.

8. Müqavilə üzrə öhdəliklərin yerinə yetirilməsi qaydaları:

8.1 Sığorta olunan Şəxsin, Müqavilədə nəzərdə tutulan tibbi yardım alması və ödənilməsi hüququ, müqavilənin qanuni qüvvəyə minməsi ilə başlayır.

8.2 Sığorta müqaviləsi ilə şərtləndirilmiş tibbi yardım göstərilməsi Sığorta olunan Şəxsin, Sığortaçı ilə Müqavilədə göstərilmiş müalicə müəssisələrinə müraciət etməsi və ya Sığorta Şəhadətnaməsinin

nömrəsini təsdiq etməklə, Sığortaçının Dispetçer Xidmətini məlumatlandırması yolu ilə həyata keçirilir. Sığorta olunan Şəxsin müalicə müəssisələrinə mürəjəti zamanı Sığortaçı tərəfindən verilmiş Sığorta Şəhadətnaməsi və ya Tibbi Sığorta Kartı təqdim olunur.

8.3 Seçilmiş Tibbi Müəssisələr tərəfindən göstərilmiş xidmətlərin haqqının ödənilməsi, Sığortaçı və Tibbi Müəssisə arasında razılaşdırılmış qiymətlər əsasında, tibbi yardım və tibbi xidmətlərin göstərilməsinə görə faktiki xərjlər əsasında həyata keçirilir. Pulun köçürülməsi, Tibb Müəssisələri tərəfindən Sığorta müqaviləsi ilə şərtləndirilmiş proqram çərçivəsində, Sığorta olunan Şəxsə göstərilən xidmətlər, diaqnoz, müalicə müddəti, onların qiyməti və bütün xidmətlər üzrə xərclərin ümumi məbləği qeyd olunmuş siyahı təqdim olunduqdan sonra həyata keçirilir. Sığortaçının Tibbi Müəssisələri ilə münasibətləri Müqaviləyə əsasən müəyyənləşdirilir.

8.4 Sığortaçı Sığorta olunanın, Sığorta Müqaviləsində müəyyən edilmiş Tibbi Müəssisələrində öz təşəbbüsü ilə aldığı tibbi yardım və tibbi xidmətləri (həyati təhlükə ilə əlaqədar təxirəsalınmaz tibbi yardım istisna olmaqla) ödəmir.

8.5 Zəruri hallarda Sığortaçı Sığorta olunanın Seçilmiş Tibbi Müəssisələr siyahısına daxil olmayan Tibbi Müəssisələrdə müalicəsini təşkil edə bilər və ya müalicə xərclərini ödəyə bilər.

8.6 Sığorta ödənişinə franşiza tətbiq edilirsə, Franşiza həddində bütün xərclər Sığorta olunan tərəfindən Tibb Müəssisələrinə ödənilir.

8.7 Sığorta müddəti ərzində ödənilən Sığorta ödənişinin ümumi məbləği Sığorta Şəhadətnaməsində qeyd olunmuş Sığorta məbləğindən artıq ola bilməz.

9. Sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi:

9.1 Sığorta müqaviləsinə aşağıdakı hallarda xitam verilə bilər:

1. Müqavilənin müddəti bitdikdə;
2. Tərəflərdən hər hansı biri Sığorta müqaviləsinə xitam verilməsi haqqında yazılı bildiriş təqdim etdikdə;
3. Müqavilə ilə qəbul olunmuş müddət ərzində Sığorta edən Sığorta haqqını ödəmədikdə;
4. Sığorta edən tibbi sığorta qaydalarını pozduqda;
5. Sığortaçı, Müqavilə üzrə Sığorta edən qarşısındakı öhdəliklərini tam həcmdə yerinə yetirmədikdə;
6. Azərbaycan Respublikasının mövcud qanunvericiliyi əsasında Sığortaçı ləğv edildikdə;
7. Azərbaycan Respublikasının mövcud qanunvericiliyi əsasında Sığorta edən ləğv edildikdə;
8. Sığorta olunan şəxs vəfat etdikdə;
9. Müqaviləni etibarsız hesab edən məhkəmə qərarı çıxarıldıqda.

10.2 Sığorta müqaviləsi hər hansı bir tərəfin tələbi ilə vaxtından əvvəl ləğv edilərsə Sığortaçı Sığorta edənə müqavilənin cədvələ uyğun nəzərdə tutulmuş vaxtı ötməmiş müddət üçün Sığorta haqqını qaytarmalıdır.

şəhadətnamələrin başlandığı gündən, günlərin sayı	saxlanılan sığorta haqqı	qaytarılan sığorta haqqı
30 gün	25.00%	75.00%
60 gün	30.00%	70.00%
90 gün	40.00%	60.00%
120 gün	60.00%	40.00%
180 gün	70.00%	30.00%
210 gün	80.00%	20.00%
240 gün	85.00%	15.00%
270 gün	90.00%	10.00%

10.3 Sığorta Müqaviləsinə bütün xitam verilmə hallarında Sığorta olunan Şəxslər Sığorta Müqaviləsinə xitam verildiyi andan qüvvəsini itirən Sığorta Şəhadətnamələrini Sığortaçıya qaytarmalıdırlar.

10. Gizlilik:

Sığortaçı peşəkar fəaliyyəti nəticəsində Sığorta edən və Sığorta olunan, onların səhhiyyəsi, maddi durumu və s. haqqında əldə etdiyi məlumatları (qanunazidd hallar istisna edilməklə) aşkarlamamalıdır.

11. Sığorta Müqaviləsinin etibarsızlığı :

11.1 Sığorta Mùqaviləsi Azərbaycan Respublikasının Mùlki Məcəlləsində nəzərdə tutulan əsaslara görə, bağlanma anından etibarən qüvvəsini itirmiş hesab oluna bilər.

11.2 Sığorta hadisəsindən sonra bağlanan Sığorta Mùqaviləsi etibarsız hesab olunur.

12. İddia Müddəti :

Könüllü Tibbi Sığorta Mùqaviləsindən doğan tələblər üzrə iddia Sığortaçıya Azərbaycan Respublikasının mülki qanunvericiliyi üzrə nəzərdə tutulmuş müddət ərzində irəli sürülə bilər.

13. Etiraz və Mübahisələr:

13.1. Sığorta Mùqaviləsində nəzərdə tutulmuş şərtlərə uyğun tibbi yardım göstərilməsinin keyfiyyətinə Sığortaçı nəzarət edir.

13.2. Sığorta olunana tibbi yardım prosesində yaranmış mübahisəli məsələləri tərkibinə Sığortaçının, Sığorta edənin nümayəndələri və müstəqil ekspertlərin daxil olduğu razılaşma komissiyası həll edir. Danışqlar vasitəsilə mübahisələr həll oluna bilməzsə, onlar Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə əsasən aidiyyəti məhkəmədə həll olunur.