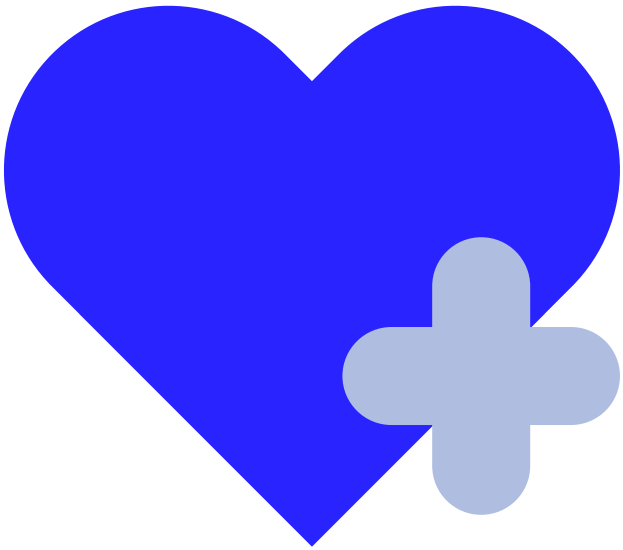
ჯიპიაი
ვენის სადაზღვევო ჯგუფი



პოლისი ”ჯიპიაი ექსკლუზივი”

POLICY - GPI EXCLUSIVE

მომსახურების ჩამონათვალი List of Services	პრემიუმი Premium		კლასიკი Classic		სტანდარტი Standard	
24/7 ცხელი ხაზის მომსახურება 24/7 Hotline Service	100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited	
ექიმის 24/7 სატელეფონო კონსულტაცია 24/7 Telephone Consultation with Doctor	100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited	
რთული სამედიცინო შემთხვევების მართვა Management of Complex Medical Cases	100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited	
პროფილაქტიკური გამოკვლევები (მათ შორის სტომატოლოგიაზე) Check-up (including dental)	100% წელიწადში ერთხელ/Once per year		100% წელიწადში ერთხელ/Once per year		100% წელიწადში ერთხელ/Once per year	
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება Emergency Medical Care	100% 10 გამოძახება/Call		100% 6 გამოძახება/Call		100% 5 გამოძახება/Call	
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება, უბედური შემთხვევის გამო გადაუდებელი ჰოსპი-ტალური მომსახურება Emergency Hospitalization Service, Hospitalization Service Due to Accident	100% 25000 ლარი/GEL		100% 22000 ლარი/GEL		100% 20000 ლარი/GEL	
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება (მოც-დის პერიოდი 12 თვე) Planned Hospitalization Service (waiting period 12 months)	100%	20000 ლარი/GEL	100%	15000 ლარი/GEL	90%	12000 ლარი/GEL
დღის სტაციონარული მომსახურება (მოცდის პერიოდიო 12 თვე) Day-care (waiting period 12 months)	90%		80%		70%	
ჰოსპიტალიზაცია კონტრაქტორში გამონაკლი-სის და მოცდის პერიოდის მიღმა Hospitalization in the Provider Clinic without Exclusion And Waiting Period	10-40%		10-40%		10-40%	
იმპლანტი (გარდა ენდოპროტეზისა) Implant (except for endoprosthesis)	800 ლარი		600 ლარი/GEL		400 ლარი/GEL	
ფულადი კომპენსაცია Cash Benefit	100 ლარი/დღე, მაქს. 10 დღე/GEL per day, max. 10 days		80 ლარი/დღე, მაქს. 10 დღე/GEL per day, max. 10 days		70 ლარი/დღე, მაქს. 10 დღე/GEL per day, max. 10 days	
მეორე აზრის მოძიება Medical Second Opinion	100% ერთხელ/ One time		100% ერთხელ/One time		100% ერთხელ/One time	
ევროპული სამედიცინო დიაგნოსტიკა - European Medical Diagnostics, Diagnose-me	100% წელიწადში ერთხელ/Once per year		100% წელიწადში ერთხელ/Once per year		100% წელიწადში ერთხელ/Once per year	
მშობიარობა Childbirth	100% 1000 ლარი/GEL		100% 800 ლარი/GEL		100% 700 ლარი/GEL	
პირადი ექიმის მომსახურება Personal Doctor Service	100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited		100% ულიმიტო/Unlimited	
ამბულატორია ლიმიტის ზემოთ კლინიკა „კურაციოში“ Outpatient Service above the Limit in the Clinic “Curatio”	90% ულიმიტო/Unlimited		80% ულიმიტო/Unlimited		70% ულიმიტო/Unlimited	
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსა-ხურება Emergency Outpatient Service	100%	2000 ლარი/GEL	100%	1800 ლარი/GEL	100%	1500 ლარი/GEL
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, ორსულობა პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე Planned Outpatient Service, Pregnancy in the Basic Clinics	90%		80%		70%	
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, ორსულობა პპ კლინიკებში Planned Outpatient Service, Pregnancy in PP Clinics			80%		70%	
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, ორსულობა ნებისმიერ კლინიკაში Planned Outpatient Service, Pregnancy in any Clinic			70%		60%	
დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი (ბათუმის ფილიალი) გამონაკლისის გარეშე / Davit Tatishvili Medical Center (Batumi) without exclusion	50% ულიმიტო/Unlimited		50% ულიმიტო/Unlimited		50% ულიმიტო/Unlimited	
მედიკამენტები პსპ აფთიაქის ქსელში Medicine in PSP Pharmacy Chain	90%	2000 ლარი/GEL	80%	1800 ლარი/GEL	70%	1500 ლარი/GEL
მედიკამენტები სხვა აფთიაქში Medicine in other Pharmacies	80%		70%		60%	
ფასდაკლება ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებე-ბი/არარეგისტრირებული მედიკამენტები; გამონა-კლისებში მითითებული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები (პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში) Discounts on Biologically Active Food Additives/Homeopathic/ Non-registered medicine; Medicine specified in exclusions (in provider pharmacy chain)	30% ულიმიტო/Unlimited		30% ულიმიტო/Unlimited		30% ულიმიტო/Unlimited	
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსა-ხურება Emergency Dental Service	100% 1000 ლარი/GEL		100% 1000 ლარი/GEL		100% 1000 ლარი/GEL	
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება Planned Dental Service	80% 2000 ლარი/GEL		70% 1800 ლარი/GEL		50% 1500 ლარი/GEL	
ორთოპედიული/ორთოდონტული სტომატოლოგიური მომსახურება Orthopedic/Orthodontic Dental Service	10-30% ულიმიტო/Unlimited		10-30% ულიმიტო/Unlimited		10-30% ულიმიტო/Unlimited	

დამატებითი მომსახურება/ Additional Services	პრემიუმი/Premium	კლასიკი/Classic	სტანდარტი/Standard

დაზღვევის მე-13 თვიდან/ From 13th month of Insurance	გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება/Planned Hospitalization Service	გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება/Planned Hospitalization Service	გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება/Planned Hospitalization Servicem
დაზღვევის მე-13 თვიდან/ From 13th month of Insurance	დღის სტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ამბულატორიული მანიპულაციები/ Daily Stationary Service, Planned Outpatient Procedures	დღის სტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ამბულატორიული მანიპულაციები/ Daily Stationary Service, Planned Outpatient Procedures	დღის სტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ამბულატორიული მანიპულაციები/ Daily Stationary Service, Planned Outpatient Procedures
დაზღვევის 25-ე თვიდან/ From 25th month of Insurance	დიაგნოსტიკური კორონაროგრაფია Diagnostic Coronary Angiography	დიაგნოსტიკური კორონაროგრაფია Diagnostic Coronary Angiography	დიაგნოსტიკური კორონაროგრაფია Diagnostic Coronary Angiography
დაზღვევის 25-ე თვიდან/ From 25th month of Insurance	ორსულობა/მშობიარობა Pregnancy/Childbirth	ორსულობა/მშობიარობა Pregnancy/Childbirth	ორსულობა/მშობიარობა Pregnancy/Childbirth
დაზღვევის 50-ე თვიდან/ From 50th month of Insurance	დამატებითი მომსახურება ჰოსპიტალიზაციისას/ Additional Services during Hospitalization (500 ლარის ფარგლებში)	დამატებითი მომსახურება ჰოსპიტალიზაციისას/ Additional Services during Hospitalization (500 ლარის ფარგლებში)	დამატებითი მომსახურება ჰოსპიტალიზაციისას/ Additional Services during Hospitalization (500 ლარის ფარგლებში)
დაზღვევის 65-ე თვიდან/ From 65th month of Insurance	ენდოპროთეზი (3000 ლარის ფარგლებში) / Endoprothesis (within 3000 GEL Limit)	ენდოპროთეზი (2500 ლარის ფარგლებში) / Endoprothesis (within 2500 GEL Limit)	ენდოპროთეზი (2000 ლარის ფარგლებში) / Endoprothesis (within 2000 GEL Limit)
დაზღვევის 72-ე თვიდან/ From 72nd month of Insurance	თანდაყოლილი დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა / Surgical Treatment of Congenital Diseases	თანდაყოლილი დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა / Surgical Treatment of Congenital Diseases	თანდაყოლილი დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა / Surgical Treatment of Congenital Diseases

* იმპლანტების ღირებულება ანაზღაურდება შესაბამისი მომსახურების (დღის ჰოსპიტალური/ერთ საწოლოდღიანი ჰოსპიტალური მომსახურება ან ჰოსპიტალური მომსახურება) დაფარვის გათვალისწინებით.
* The cost of Implants will be reimbursed in accordance with the respective services coverage (single bed/day hospitalization services or hospitalization services).

1. ზოგადი განმარტებები

1.1. **გეოგრაფიული ლიმიტი** - დაზღვევის მოქმედების გეოგრაფიული არეალი (საქართველო).

1.2. **დაზღვეული** - 1 წლიდან 60 წლამდე ასაკის ფიზიკური პირი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა. ასაკის გამოთვლა ხდება შემდეგნაირად: სადაზღვევო ხელშეკრულების გაფორმების წელს გამოკლებული დაზღვეულის დაბადების წელი.

1.3. **დამზღვევი** - ფიზიკური პირი, რომელიც თავისი ან მესამე პირების სასარგებლოდ დებს სადაზღვევო ხელშეკრულებას მზღვეველთან და იხდის სადაზღვევო შენატანს.

1.4. **დაფარვა** – სადაზღვევო პოლისში მითითებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების პროცენტული წილი, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი იღებს ვალდებულებას აუნაზღაუროს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.

1.5. **თანაგადახდა** - სამედიცინო მომსახურების მთლიანი ღირებულების დაზღვეულის მიერ გადასახდელი ნაწილი.

1.6. **ლიმიტი** - სადაზღვევო პოლისში მითითებული კონკრეტული მომსახურების ანაზღაურების მაქსიმალური წლიური ლიმიტი, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი იღებს ვალდებულებას აუნაზღაუროს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები. მზღვეველის მიერ წინამდებარე ხელშეკრულების შესაბამისად სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა იწვევს ლიმიტის შემცირებას მზღვეველის მიერ გაცემული სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობით.

1.7. **მზღვეველი** - სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი" (საიდენტიფიკაციო კოდი: 204426674), იურიდიული პირი, რომელიც შექმნილია სადაზღვევო საქმიანობის განხორციელებისათვის და რომელსაც კანონით დადგენილი წესით მიღებული აქვს დაზღვევის შესაბამისი სახეობის განხორციელების ლიცენზია.

1.8. **მოსარგებლე** – დაზღვეული, სამედიცინო დაწესებულება ან ნებისმიერი ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის და წინამდებარე ხელშეკრულების შესაბამისად უფლებამოსილია მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება.

1.9. **მოცდის პერიოდი** - პერიოდი, რომელიც აითვლება სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისიდან და რომლის განმავლობაშიც დაზღვეულს მზღვეველის მიერ არ აუნაზღაურდება არანაირი მომსახურების ხარჯები ან კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

1.10. **პალატა:**

1. GENERAL DEFINITIONS

1.1. **Geographical limit** - geographical area of insurance (Georgia).

1.2. **Insured** - natural person aged between 1 and 60 years, for whose benefit the insurance is provided. The age is calculated as follows: the year of the insurance contract minus the year of birth of the insured.

1.3. **Policyholder** – natural person who enters into the Insurance Agreement with an insurer for the benefit of himself/herself or third parties and pays an insurance premium.

1.4. **Coverage** – percentage share of reimbursement indicated in the Policy within which the Insurer is obliged to reimburse medical expenses to the Insured.

1.5. **Co-payment** - part of the total cost payable by the Insured for the medical service.

1.6. **Limit** - maximum limit of reimbursement indicated in the Insurance Agreement for the specific service within which the Insurer undertakes the obligation to reimburse medical expenses to the Insured. The payment of insurance indemnification under the Agreement leads to a limit reduction equivalent to insurance indemnification issued by the Insurer.

1.7. **Insurer** - JSC "Insurance Company GPI Holding"- entity which is established to carry out insurance activities and has obtained the license corresponding to the type of insurance in accordance with the rules established by the law.

1.8. **Beneficiary** – the Insured, medical institution or any natural or legal person who is entitled to receive insurance compensation in accordance with the legislation in force in Georgia and this Agreement.

1.9. **Waiting period** - the period that is counted from the beginning of the insurance period and during which the Insured will not be reimbursed by the Insurer for any

1.10.1. სტანდარტული პალატა - პალატა, რომლის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვა სრულად უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისის სრული მოცულობით მიწოდებას.

1.10.2. არასტანდარტული პალატა - ინდივიდუალური კომფორტის მიზნით გაუმჯობესებული პალატა.

1.10.3. რეანიმაციული პალატა - პალატა, რომლის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვა სრულად უზრუნველყოფს რეანიმაციული ღონიძიებების სრული მოცულობით მიწოდებას.

1.11. პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება - სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც სამედიცინო მომსახურებები ფინანსდება სახელმწიფო, მუნიციპალური, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური ან/და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტებიდან.

1.12. სადაზღვევო ანაზღაურება - სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მზღვეველის მიერ პოლისის პირობების შესაბამისად მოსარგებლისთვის გადასახდელი თანხა.

1.13. სადაზღვევო პერიოდი – დროის შუალედი, რომელშიც მოქმედებს დაზღვევა. მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, ანაზღაურდება ამ პერიოდში მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევები მხოლოდ სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვამდე.

1.14. სადაზღვევო პრემია (შენატანი) - დამზღვევის მიერ დაზღვეულის სასარგებლოდ გადასახდელი სადაზღვევო პოლისის წლიური ღირებულება, რომელსაც დამზღვევი უხდის მზღვეველს პოლისში მითითებული მომსახურების გაწევის სანაცვლოდ.

1.15. სადაზღვევო შემთხვევა - წინამდებარე პოლისით განსაზღვრული და მზღვეველის მიერ სადაზღვევო შემთხვევად აღიარებული შემთხვევები, რომელთა დადგომისას წარმოიშვება მზღვეველის ვალდებულება, გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება პოლისის პირობების შესაბამისად.

1.16. სადაზღვევო ხელშეკრულება/პოლისი - წინამდებარე ხელშეკრულება სადაზღვევო მომსახურების შესახებ და მისი დანართები, ცვლილებები, რომლებიც წარმოადგენს ხელშეკრულების განუყოფელ ნაწილს და მოხსენიებულია ერთობლივად, როგორც ხელშეკრულება, გარდა ისეთი შემთხვევებისა, როდესაც ხელშეკრულების შინაარსიდან გამომდინარე ცალკე უნდა მიეთითოს ხელშეკრულებაზე/დანართზე.

1.17. სამედიცინო კონტრაქტორი - სამედიცინო დაწესებულება და შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის მქონე პირი (ექიმი/სპეციალისტი), რომელიც მზღვეველთან გაფორმებული ხელშეკრულებისა და მის მიერ გაცემული მიმართვის საფუძველზე დაზღვეულებს გაუწევს შესაბამის სამედიცინო დახმარებას და რომელთანაც მზღვეველი ახორციელებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული მომსახურებისა და პირობების მიხედვით. კონტრაქტორი კლინიკების ჩამონათვალი მოცემულია ვებ-გვერდზე: www.gpih.ge

1.18. საოჯახო პაკეტი - ოჯახის წევრთა (მეუღლე 60 წლამდე და შვილები 21 წლამდე) რაოდენობის მიუხედავად ოჯახის ყველა წევრისათვის არჩეული ერთიდაიგივე პაკეტი, რომლის მოქმედების პერიოდი იწყება ერთ თარიღში და რომლის პრემია განისაზღვრება დაზღვეულ ოჯახის წევრთა ინდივიდუალურ ჯამურ პრემიაზედამზღვევთან შეთანხმებული ფასდაკლებით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). ოჯახის წევრთა რაოდენობის მიუხედავად, საოჯახო პოლისის ლიმიტი საერთოა ყველა წევრისთვის და წარმოადგენს მათ ჯამურ ლიმიტს.

1.19. საწოლ/დღე – დაზღვეულის ჰოსპიტალური (სტაციონარული) ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების ხანგრძლივობა, რომელიც გულისხმობს პაციენტის ღამისთევით დაყოვნებას.

service costs or specific medical service costs in accordance with the Terms of the Policy.

1.10. Ward:

1.10.1. Standard ward – ward, material and technical equipment of which, ensures provision of medical services to the full extent.

1.10.2. Non-standard ward – individual ward, improved for more convenience.

1.10.3. Special care ward - ward, material and technical equipment of which, ensures provision of resuscitation measures to the full extent.

1.11. Medical institutions participating in the program - medical institutions, where medical services are financed from the budgets of the republican and/or local self-governing unit of the state, municipal, autonomous republics.

1.12. Insurance Indemnification - amount of money indemnified by the Insurer to the Beneficiary in accordance with the terms of the Policy upon occurrence of the insurance incident.

1.13. Insurance period - time interval when the insurance is active. Insurance events occurred during this period will be reimbursed by the Insurer in accordance of the Terms of the Agreement before expiration of the Insurance Period.

1.14. Insurance premium (Installment) - annual cost of an insurance policy payable by the Policyholder to the Insurer, which the Policyholder pays to the Insurer in exchange for the provision of services specified in the Policy.

1.15. Insurance event – accidents determined by this Agreement and recognized by the Insurer, upon occurrence of which the Insurer has an obligation to indemnify the loss in accordance with the Terms of the Policy.

1.16. Insurance Agreement/Policy - the present Insurance Agreement and its annexes, amendments that represent an integral part of this Agreement and referred to as “Agreement”, unless otherwise depending on the content of the Agreement, is necessary to refer to the agreement/annex separately.

1.17. Medical Contractor - medical institution or duly licensed medical specialist/doctor who based on an agreement signed with the Insurer and the referral issued by him/her will provide appropriate medical care to the Insured, and with whom the Insurer makes direct payments according to the services and conditions specified in the Insurance Policy. The list of contractor clinics is given on the website: www.gpih.ge

1.18. Family Package - regardless of the number of family members (spouse under 60 years and children under 21 years), the same package chosen for all family members, the period of validity of which starts on the same date and whose premium is determined by the discount (if any) agreed with the insurer on the individual total premium of the insured family members. Regardless of the number of family members, the family policy limit is common to all members and represents their total limit.

1.19. Bed/day – the duration of the Insured's stay in a hospital (inpatient) type of medical facility, which implies the overnight stay of the patient.

2. ხელშეკრულების საგანი

2.1. ხელშეკრულება ითვალისწინებს მზღვეველის ვალდებულებას გაუწიოს დაზღვეულს მისი ქონებრივი და ფინანსური ინტერესის დასაცავად, დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის სრულად ან პრემიის პირველი შენატანის გადახდისა და ხელშეკრულებაში შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის დაცვის სანაცვლოდ სადაზღვევო მომსახურება მხოლოდ საქართველოს ტერიტორიაზე, ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებითა და წესით.

3. დაზღვევის ძალაში შესვლა

3.1. დაზღვევის ძალაში შესვლისა და ხელშეკრულების გაფორმების თარიღები აისახება პოლისში.

3.2. დაზღვევა მოქმედებს პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში. დაზღვევის ამოქმედების აუცილებელი პირობაა პირველი ან/და მორიგი საპრემიო შენატანის დროული და სრული მოცულობით გადახდა. დამზღვევი ვალდებულია პირველადი პრემიის გადახდა განახორციელოს სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე 14 (თოთხმეტი) დღით ადრე.

3.3. საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით მხარდაჭერის მიმღები პირის დაზღვევა (გარდა 7 წლამდე ბავშვებისა) შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ ინდივიდუალური ანდერაიტინგის საფუძველზე. თუ აღნიშნული წესი არ იქნება დაცული ხელშეკრულება ჩაითვლება ბათილად.

4. პოლისით გათვალისწინებული სადაზღვევო მომსახურებების განმარტებები და მომსახურების მიღების წესი

4.1. **მზღვეველის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახური** - ითვალისწინებს მიმდინარე სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებულ საკითხებზე 24/7 საინფორმაციო მომსახურებას, პრობლემატური საკითხების მოგვარებას, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება-კოორდინაციას.

4.2. **სასწრაფო სამედიცინო დახმარება** - ითვალისწინებს სიცოცხლისთვის საშიში, გადაუდებელი მდგომარეობის დროს სამედიცინო ჩვენებით გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახების, ადგილზე სამედიცინო მომსახურების, საჭიროების შემთხვევაში დაზღვეულის ვიტალური ფუნქციების შენარჩუნების მიზნით შემთხვევის ადგილიდან სამედიცინო დაწესებულებაში ტრანსპორტირების ღირებულების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად.

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადას.

- დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი უკავშირდება კომპანიის ცხელ ხაზს. ცხელი ხაზის მეშვეობით კონტრაქტორი სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადისთვის სადაზღვევო პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის წილის გადახდისგან.
- დაზღვეული თავად უკავშირდება სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადას, იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავ სსადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ჩატარებული მომსახურების დამადასტურებელი სამედიცინო დოკუმენტაცია და გადახდის დამადასტურებელი ფინანსური დოკუმენტაცია - ფინანსთა სამინისტროს მიერ დადგენილი ფორმით სტამბური წესით დაბეჭდილი ჩეკთან გათანაბრებული დოკუმენტი ან დოკუმენტი, სადაც მოცემულია დეტალური განფასება/კალკულაცია და სალაროს ქვითარი.

შენიშვნა: კომპანიის მხრიდან აღნიშნული სერვისით ანაზღაურებას არ ექვემდებარება არასასწრაფო/ არაგადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება.

4.3. **პირადი ექიმის მომსახურება** - ითვალისწინებს პოლისით განსაზღვრულ სამედიცინო დაწესებულებაში მზღვეველის მიერ მითითებული ექიმის (ზოგადი პროფილის ექიმი/თერაპევტი) კონსულტაციას, დაზღვეულის ჯანმრთელობაზე მუდმივ მეთვალყურეობას და ასაკობრივ სასკრინინგო კვლევების

2. SUBJECT OF THE AGREEMENT

2.1. The Agreement stipulates the obligation of the Insurer to provide insurance services to the Policyholder in order to protect his/her property and financial interest, in exchange for payment of the insurance premium in full or the first installment of the premium by the Insurer and compliance with the payment schedule agreed in the Agreement, only within the territory of Georgia, under the terms and conditions stipulated in the Agreement.

3. EFFECTIVENESS OF THE INSURANCE

3.1. The dates of entry into force of the insurance and the conclusion of the Agreement are reflected in the Policy.

3.2. The insurance is valid during the insurance period specified in the Policy. A necessary condition for insurance activation is the timely and full payment of the first and/or next premium. The Policyholder is obliged to pay the initial premium 14 (fourteen) days before the beginning of the insurance period.

3.3. According to the legislation of Georgia, the insurance of the person receiving support (except for children under 7 years old) can be carried out only on the basis of individual underwriting. If the mentioned rule is not followed, the Agreement will be considered invalid.

4. DEFINITIONS OF INSURANCE SERVICES AND RULE OF SERVICE RECEPTION, PROVIDED BY THE POLICY

4.1. **The Insurer's Medical Service Support Service** - provides 24/7 information service on issues related to current medical insurance, resolution of problematic issues, organization-coordination of medical services.

4.2. **Emergency Medical Aid** - provides reimbursement of the cost of calling an emergency medical aid brigade with a medical indication during a life-threatening, emergency situation, on-site medical services, and, if necessary, the cost of transportation from the scene of the accident to a medical facility in order to maintain the insured's vital functions, according to the card.

Procedure to receive the service: the insured has the right to apply to any licensed emergency medical care team.

- The insured or other interested person is connected to the company's hotline. When submitting the insurance policy and identity document to the contractor's emergency medical assistance team through the hotline, the insured is exempted from paying the share of the amount stipulated in the insurance condition for the relevant service.
- The insured himself contacts the emergency medical assistance team, pays the service amount in full, and then applies to the insurance reimbursement group for reimbursement within 30 days of receiving the service. Documentation required for reimbursement: identity document; Medical documentation confirming the service performed and financial documentation confirming payment, certified by the seal and signature of the service institution/doctor - a document equal to a check printed in the form prescribed by the Ministry of Finance or a document equivalent to a check, which contains a detailed assessment/calculation and cashier's receipt.

Note: Non-urgent/non-urgent medical services are not subject to reimbursement by the company.

4.3. **Personal Doctor's Service** - provides consultation of a doctor (general profile doctor/therapist) specified by the insurer in a medical facility defined by the policy, constant monitoring of the insured's health and planning of age screening studies, provision of medical

დაგეგმვას, სამედიცინო რეკომენდაციებით უზრუნველყოფას, სამედიცინო ისტორიის წარმოებას, საჭიროების შემთხვევაში ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების, ასევე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტებთან მიმართვებით უზრუნველყოფას, კონსულტაციების დაგეგმვა-ორგანიზებას, საჭიროების შემთხვევაში მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნას.

მომსახურების მიღების წესი: სამედიცინო მომსახურების საჭიროებისას დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს (პოლისში მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებაში), რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო შემთხვევის და დაავადების მართვას (დიაგნოსტირება და მკურნალობა, კლინიკური, ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული გამოკვლევებისა და სპეციალისტის კონსულტაციის გამოყენებით), ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას.

4.4. პროფილაქტიკური გამოკვლევები - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენების გარეშე, ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით ჯანმრთელობის სამედიცინო შემოწმების მიზნით ცხრილში მითითებული კვლევების ღირებულების ანაზღაურებას პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე, ქვემოთ მოცემული ცხრილის შესაბამისად:

recommendations, preparation of medical history, if necessary, laboratory and instrumental examinations, as well as various profiles Providing referrals to specialists, planning and organizing consultations, prescribing medical treatment if necessary.

Procedure to receive the service: in case of need for medical services, the insured applies to a personal doctor (in the medical institution specified in the policy), who provides medical case and disease management (diagnosis and treatment, using clinical, laboratory, instrumental examinations and specialist consultation), organizes medical services.

4.4. Preventive Examinations (Check-ups) - provides reimbursement of the cost of the examinations specified in the table for the purpose of medical examination of health without medical indications, taking into account age and gender, on the basis of the service of a personal doctor, in accordance with the table below:

ქალბატონებისთვის/ For Women				
სამედიცინო მომსახურების წლიური ჯერადობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით/ Annual multiplicity of medical services according to age groups				
სამედიცინო მომსახურება/ Medical Service	ასაკობრივი ჯგუფები/ Age Groups			
	1-15	15- 29	30-49	50-60
სისხლის საერთო ანალიზი/ Complete Blood Count (CBC)	**1**	**1**	**1**	**1**
შაქარი სისხლში /Blood Sugar Test				**1**
ქოლესტერინი /Cholesterol		**1**	**1**	**1**
შარდის საერთო ანალიზი/ Complete Urinanalysis	**1**	**1**	**1**	**1**
განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე/ Feces Analysis on Occult Bleeding			**1**	**1**
პაპტესტი/ PAP-test		**1**	**1**	**1**
მამოგრაფია/ Mamography			**1**	**1**
ეკგ/ ECG			**1**	**1**
ექოსკოპია/ Echoscopy		**1**	**1**	**1**
ონკოლოგის კონსულტაცია/ Oncologist Consultation			**1**	**1**

მამაკაცებისთვის/ For Men				
სამედიცინო მომსახურების წლიური ჯერადობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით/ Annual multiplicity of medical services according to age groups				
სამედიცინო მომსახურება/ Medical Service	ასაკობრივი ჯგუფები			
	1-15	15- 29	30-49	50-60
სისხლის საერთო ანალიზი/ Complete Blood Count (CBC)	**1**	**1**	**1**	**1**
შაქარი სისხლში/ Blood Sugar Test				**1**
ქოლესტერინი/ Cholesterol		**1**	**1**	**1**
შარდის საერთო ანალიზი/ Complete Urinanalysis	**1**	**1**	**1**	**1**
განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე/ Feces Analysis on Occult Bleeding			**1**	**1**
ეკგ/ ECG			**1**	**1**
ექოსკოპია/ Echoscopy		**1**	**1**	**1**
სიგმოიდოსკოპია/ Sigmoidoscopy				**1**
ონკოლოგის კონსულტაცია/ Oncologist Consultation				**1**
PSA				**1**
უროლოგის კონკულტაცია/ Urologist Consultation				**1**

მომსახურების მიღების წესი: სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების მიზნით დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ გამოკვლევებზე მიმართვით, პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე.

4.5. სტომატოლოგიური პროფილაქტიკური მომსახურება (კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“) - ითვალისწინებს წელიწადში ერთხელ სამედიცინო ჩვენების გარეშე კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“ შემდეგ სამედიცინო მომსახურებას: ორთოპედის, ორთოდონტის, თერაპევტის, იმპლანტოლოგის კონსულტაცია, ვიდეო კამერით დათვალიერება, საორთოპედო მკურნალობისას ორალ სკანერით მომსახურეობა.
მომსახურების მიღების წესი: - დაზღვეული მიმართავს კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურს“, რომელიც უზრუნველყოფს პროფილაქტიკური მომსახურების ჩატარებას.

4.6. ჰოსპიტალური მომსახურება: ჰოსპიტალური მომსახურება (მკურნალობა, რომლის დროსაც ჰოსპიტალში დაყოვნება აღემატება ერთ საწოლ დღეს)

4.6.1. გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება - ითვალისწინებს დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებული იმ აუცილებელი სამედიცინო ღონისძიებების (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა) ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა 24 საათზე მეტი გადავადების პირობებში გარდაუვალია დაზღვეულის სიკვდილი, ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვა/დაკარგვა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და რომლებიც დაზღვეულს გაეწევა სამედიცინო დაწესებულებაში ისე, რომ პაციენტი იკავებს საწოლს სამედიცინო დაწესებულებაში ერთი საწოლ/დღე და მეტი ხნით.
ანაზღაურებას ექვემდებარება მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების ხარჯები წინამდებარე დაზღვევის პოლისში განსაზღვრული გადაუდებელი შემთხვევების ამ ხელშეკრულებით განსაზღვრული პოზიტიური სიის შესაბამისად. აგრეთვე, ანაზღაურდება ინფექციური მართვის პროგრამის ფარგლებში 18 წლამდე ასაკის პირთათვის ანდა საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის #36 დადგენილებით განსაზღვრული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების (გარდა I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) და საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 31 ოქტომბრის #279 დადგენილებით ,,2013 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ გათვალისწინებული ,,ინფექციური დაავადებების მართვის“ პროგრამით განსაზღვრული შემთხვევები (პოზიტიური სია მოქმედია მხოლოდ გამონაკლისებთან თანხვედრაში).

4.6.2. გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების ჩამონათვალი (პოზიტიური სია):

D65 დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედედება [დეფიბრინაციულისინდრომი]
A05 საკვებისმიერი ინტოქსიკაციები
ალერგოლოგია
J45 ასთმა (შეტევათა სტადია). ალერგია ანაფილაქსიური მდგომარეობისა და ხორხის შეშუპების განვითარების ტენდენციით
J46 ასთმურისტატუსი (status asthmaticus)
L50 ურტიკარია
T78.1 საკვების მავნე რეაქციები (კვებითი ალერგია)
T78.3 ანგიონევროზული შეშუპება
T78.4 ალერგია, დაუზუსტებელი (ალერგია მწერის ნაკბენზე)
T88.7 პათოლოგიური რეაქცია სამკურნალწამლო საშუალებაზე, ან მედიკამენტზე დაუზუსტებელი (წამლისმიერი) ალერგია
T80.6 შრატისმიერი დაავადება
ანგიოლოგია, ოპერაციები ზოგადი გაუტკივარებითა და ინტენსიური თერაპიით
I26 ფილტვისარტერიის (ვენის) ინფარქტი, თრომბოემბოლია, თრომბოზი.
I74 არტერიებისემბოლიადათრომბოზი.
I71.3 მუცლისაორტისანევრიზმა, გამსკდარი.
I71.5 თორაკოაბდომინურიაორტისანევრიზმაგასკდომით.
I72 ანევრიზმებისსხვაფორმები (გამსკდარი)
გასტროენტეროლოგია

Procedure to receive the service: without a medical certificate, the insured applies to a personal doctor for the purpose of checking the health condition, who provides the insured with referrals for examinations in accordance with the insurance conditions, on the basis of the personal doctor's service.

4.5. Preventive dental services (Clinic "Universi - LLC in Intermed Tour") - provides the following medical services once a year without a medical indication in the clinic "Universi - LLC in Intermed Tour": consultation of an orthopedist, orthodontist, therapist, implantologist, examination with a video camera, Oral scanner service during orthopedic treatment.
Procedure to receive the service: the insured applies to the "Universa - LLC Intermed Tour" clinic, which provides preventive services.

4.6. Hospital services: Hospital services (treatment during which the delay in the hospital exceeds one bed day)

4.6.1. Emergency hospital services - provides for reimbursement of the costs of necessary medical measures (medications, diagnostic manipulations, therapeutic and surgical treatment) related to the deterioration of the health condition of the insured person, whose death, disability/loss of the insured person or a significant deterioration of the health condition of the insured person is unavoidable in the conditions of a delay of more than 24 hours will be carried out in a medical institution so that the patient occupies a bed in a medical institution for one bed/day and more.

Expenses of emergency hospital services related to health deterioration during the current insurance period are subject to reimbursement in accordance with the positive list of emergencies defined in this insurance policy. It will also be reimbursed within the framework of the infectious disease management program for persons under the age of 18, or for emergency medical services (except intensive treatment/care for level I) defined by the Government of Georgia Resolution #36 of February 21, 2013 and the Government of Georgia Resolution #279 of October 31, 2013, "Health Protection of 2013" Cases determined by the "infectious disease management" program provided for on the approval of state programs (the positive list is valid only in accordance with exceptions).

4.6.2. Urgent Hospital care list (Positive list):

D65 Disseminated intravascular coagulation [defibrination syndrome]
A05 Other bacterial foodborne intoxications
Allergology
J45 - Asthma Allergy with tendency to develop anaphylactic reaction and laryngeal edema
J46 Status asthmatics
L50 - Urticaria
T78.1 Other adverse food reactions.
T78.3 · Angioneurotic edema
T78.4 · Other and unspecified allergy (allergy to insect bites).
T88.7 - Unspecified adverse effect of drug or medicament.
T80.6 - Other serum reactions

Angiology, surgeries with general anesthesia and intensive therapy
I26 Pulmonary artery (vein) infarction, thromboembolism, thrombosis
I74 Embolism and thrombosis of arteries.
I71.3 Abdominal aortic aneurysm, ruptured
I71.5 Thoracoabdominal aortic aneurysm, ruptured
I72 other forms of aneurysm (ruptured)
Gastroenterology:

K72.0 ღვიძლის მწვავე და ქვემწვავე უკმარისობა (ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია, ფულმინანტური უკმარისობა)
K61.2 ანო-რექტული აბსცესი

გინეკოლოგია

O00 საშვილოსნოს გარე ორსულობა

ენდოკრინოლოგია

E27.2 ადისონური კრიზი
E05.5 თირეოიდული კრიზი ან შეტევა
E10.1 ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი, კეტოაციდოზით (მძიმე დიაბეტური კეტოაციდოზი, ჰემოდინამიკური ან ნევროლოგიური დარღვევებით, რესპირატორული უკმარისობით ან მძიმე აციდოზით)
E11.1 ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი, კეტოაციდოზით (მძიმე დიაბეტური კეტოაციდოზი, ჰემოდინამიკური ან ნევროლოგიური დარღვევებით, რესპირატორული უკმარისობით ან მძიმე აციდოზით)
E03.5 მიქსედემური კომა

პულმონოლოგია

J18 პნევმონია

კარდიოლოგია (ქირურგიული და ინვაზიური ჩარევის გარეშე)

I21 მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი
I20.0 არასტაბილური სტენოკარდია
I50.1 მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობა, მწვავე
I50.9 გულის მწვავე უკმარისობა
I47 პაროქსიზმული ტაქიკარდია (ჰემოდინამიკის მძიმე დარღვევით)
I48 წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა (ჰემოდინამიკის მძიმე დარღვევით)

ნევროლოგია

ა) ცნს-ის ანთებითი ავადმყოფობები / ეპიზოდური და პაროქსიზმული დარღვევები / პოლინეიროპათიები:

G61 ანთებითი პოლინეიროპათია
G04 ენცეფალიტი, მიელიტი და ენცეფალომიელიტი
G45 გარდამავალი ცერებრული იშემიური შეტევები და მასთან დაკავშირებული სინდრომი.
G46 თავის ტვინის სისხლძარღვოვანი სინდრომები ცერებროვასკულური დაავადებების დროს

ბ)ეპილეფსია/ნერვუნთოვანიავადმყოფობები/ნერვულისისტემისსხვ ადაზიანებები:

G70Myasthenia gravis (მძიმე მიასთენია)
G41 ეპილეფსიური სტატუსი
G93.2 კეთილთვისებიანი ქალაშიდა ჰიპერტენზია მწვავედ განვითარებული ნეიროქირურგია

ოპერაციული მკურნალობა/ინტენსიური თერაპია:

S06.4 ეპიდურული სისხლჩაქცევა
I61 ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა
G93.5 თავის ტვინის კომპრესია
G93.6 ცერებრული შეშუპება
G91 ჰიდროცეფალიამწვავედ განვითარებული

ნეფროლოგია

N17 თირკმლის მწვავე უკმარისობა (ურემიული ენცეფალოპათია, ჰიპერკალემია, აციდოზი, ჰემოსტაზის დარღვევა)
N00 მწვავე ნეფრიტული სინდრომი (რენული ენცეფალოპათია, გულის შეგუბებითი უკმარისობა, თირკმლის მწვავე უკმარისობა)
N10 მწვავე ტუბულო-ინტერსტიციული ნეფრიტი [მწვავე პიელონეფრიტი]

ოტოლარინგოლოგია

ა) IV სირთულის ოპერაციები

J01 მწვავე სინუსიტი (ქალასშიდა ან ორბიტალური გართულებებით)
G06.0 ინტრაკრანიალური და ინტრასპინალური აბსცესი და გრანულომა
H83.0 მწვავე ლაბირინთიტი
H66.4 შუა ყურის ჩირქოვანი ანთება, დაუზუსტებელი (გართულებული მასტოიდიტით)
H66.2 შუა ყურის ქრონიკული ეპიტიმპანურ-ანტრალური ჩირქოვანი ანთება (გართულებული სახის ნერვის ნევრიტით))
H66.3 შუა ყურის სხვა ქრონიკული ჩირქოვანი ანთება (გართულებული სახის ნერვის ნევრიტით)

ბ) III სირთულის ოპერაციები

J39.0 რეტროფარინგეული და პარაფარინგეული აბსცესი
J05 მწვავე ობსტრუქციული ლარინგიტი და ეპიგლოტიტი (მძიმესუნთქვისუკმარისობა, ცენტრალურიციანოზი, სატურაციისდაქვეითება)

გ) უკანა ტამპონადა

R04.0 ცხვირიდან სისხლდენა (უკანა ტამპონადით)

რევმატოლოგია და მეტაბოლური დარღვევები

M10 პოდაგრა (გამწვავებული, გართულებული პოდაგრული სტატუსით)

K72.0 - Acute and subacute hepatic failure (hepatic encephalopathy, fulminant failure)
K61.2 Ano-rectal abscess

Gynecology

O00 Ectopic pregnancy

Endocrinology

E27.2 · Addisonian crisis
E05.5 Thyroid crisis or storm.
E10.1 Insulin dependent diabetes mellitus, with ketoacidosis (severe diabetic ketoacidosis, with hemodynamic and neurologic disturbances respiratory failure and severe acidosis)
E11.1 Non-insulin dependent diabetes mellitus with ketoacidosis (severe diabetic ketoacidosis, with hemodynamic and neurologic disturbances respiratory failure and severe acidosis)
E03.5 Coma caused by myxoedema.

Pulmonology

J18- Pneumonia

Cardiology (without surgical and invasive intervention)

I21 Acute myocardial infarction
I20.0 Unstable angina
I50.1 Acute left ventricular failure
I50.9 Acute Heart failure
I47 Paroxysmal tachycardia (with severe hemodynamic disturbances)
I48 Atrial fibrillation and flutter (with severe hemodynamic disturbances)

Neurology

A) Inflammatory CNS diseases/Episodic and paroxysmal disturbances/Polyneuropathies:

G61 Inflammatory polyneuropathy
G04 Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis G04 Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis G46 Brain vascular syndrome during cerebrovascular diseases

B) Epilepsy/Neuromuscular Disorders/Nervous system diseases:

G70 Myasthenia gravis
G41 Status epilepticus
G93.2 Benign intracranial hypertension, acutely developed neurosurgery

Surgical treatment/Intensive therapy:

S06.4 Epidural haemorrhage
S161 intracerebral hemorrhage
G93.5 Compression of brain
G93.6 Cerebral edema
G91 Hydrocephalus acute

Nephrology

N17 Acute renal failure (uremic encephalopathy, hyperkalemia, acidosis, disturbances of haemostasis)
N00 Acute nephritic syndrome (renal encephalopathy, congestive heart failure, acute renal failure)
N10 Acute tubule-interstitial nephritis [acute pyelonephritis)

Otolaryngology

a) Surgeries of difficulty level IV

J01 Acute sinusitis (with intracranial and orbital complications)
G06.0 Intracranial and Intraspinal abscess and granuloma
H83.0 Acute labyrinthitis
H66.4 Purulent inflammation of the middle ear(complicated mastoidotomy)
H66.2 Chronic purulent epitympanic-antral inflammation of the middle ear (complicated with facial nerve neuritis)
H66.3 Other antral inflammation of the middle ear (complicated with facial nerve neuritis)

b) Surgeries of difficulty level III

J39.0 retropharyngeal and parapharyngeal abscess

I00-I02 მწვავე რევმატიზმი რევმატული ცხელებით

უროლოგია

N20 თირკმლის და შარდსაწვეთის კენჭები (ობსტრუქციული უროპათია - (ცისტოსკოპია, კათეტერიზაცია, ურეთერორენოსკოპია)

N40 პროსტატის ჰიპერპლაზია (შარდის შეკავება, მაკროჰემატურია - შარდისბუშტისკათეტერიზაცია, ცისტოსტომა)

N23 დაუზუსტებელი თირკმლის ქვალი (ცისტოსკოპია, კათეტერიზაცია, ურეთერორენოსკოპია)

N47 გრძელი ჩუჩა, ფიმოზი, პარაფიმოზი

N44 სათესლე ჯირკვლის შემოგრეხა

R33 შარდის შეკავება (ოპერაცია-ეპიცისტოსტომია) ოპერაცია-ტროაკარული ეპიცისტოსტომია/კათეტერიზაცია

R33 შარდის შეკავება

ქირურგია

ა) IV სირთულის ოპერაციები

A48.0აიროვანი განგრენა

K56 პარალიზური გაუვალობა და ნაწლავის ობსტრუქცია თიაქრის გარეშე

K25 კუჭის წყლული (გართულებული დეკომპენსირებული პილოროსტენოზით)

K26 თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული (გართულებული დეკომპენსირებული პილოროსტენოზით)

K27 პეპტიური წყლული, დაუზუსტებელი ლოკალიზაციით (გართულებული დეკომპენსირებული პილოროსტენოზით)

K85 მწვავე პანკრეატიტი

K65.0 მწვავე პერიტონიტი (გავრცელებული)

ბ) III სირთულის ოპერაციები

A48.0 აიროვანი განგრენა (კერის რადიკალური მოცილებით)

S36.0 ელენთის ტრავმა

S36.9 მუცლის ღრუს დაუზუსტებელი ორგანოს დაზიანება

K43.0 მუცლის წინა კედლის თიაქარი გაუვალობით, განგრენის გარეშე

K45.0 სხვა დაზუსტებული მუცლის თიაქარი გაუვალობით, განგრენის გარეშე (დიდი ზომის ან გიგანტური)

I70.2 კიდურების არტერიების ათეროსკლეროზი [ათეროსკლეროზული განგრენა]

E10.5 ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული ცირკულაციური გართულებებით [დიაბეტური განგრენა]

E11.5 ინსულინდამოუკიდებული შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული ცირკულაციური გართულებებით [დიაბეტური განგრენა]

E12.5 კვების დარღვევასთან დაკავშირებული შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული ცირკულაციური გართულებებით [დიაბეტური განგრენა]

E13.5 სხვა დაზუსტებული შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული ცირკულაციური გართულებებით [დიაბეტური განგრენა]

E14.5 დაუზუსტებელი შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული ცირკულარული გართულებებით [დიაბეტური განგრენა]

K25.1 კუჭის პეპტიური წყლული, დაუზუსტებელი ლოკალიზაციით მწვავე, პერფორაციით

K26.1 თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული მწვავე, პერფორაციით

K65.0 მწვავე პერიტონიტი

K80.0 ნაღვლის ბუშტის ქვები მწვავე ქოლეცისტიტით (ჩირქოვანი, განგრენული)

K81.0 მწვავე ქოლეცისტიტი (ჩირქოვანი, განგრენული)

K40.0 ორმხრივი საზარდულის თიაქარი, გაუვალობით განგრენის გარეშე

K40.1 ორმხრივი საზარდულის თიაქარი, განგრენით

K40.4 ცალმხრივი, ან დაუზუსტებელი საზარდულის თიაქარი, განგრენით

K41.0 ორმხრივიბირძაყისთიაქარი, გაუვალობით, განგრენისგარეშე

K41.0 ორმხრივი ბარძაყის თიაქარი, განგრენით

K41.4 ბარძაყის ცალმხრივი ან დაუზუსტებელი თიაქარი განგრენით

K42.1 ჭიპის თიაქარი განგრენით

K43.1 მუცლის წინა კედლის თიაქარი განგრენით

K45.1 მუცლის სხვა დაზუსტებული თიაქარი განგრენით

K40.3 საზარდულის ცალმხრივი ან დაუზუსტებელი ჩაჭედილი თიაქარი გაუვალობით განგრენის გარეშე

K41.3 ბარძაყის ცალმხრივი ან დაუზუსტებელი ჩაჭედილი თიაქარი გაუვალობით განგრენის გარეშე

K42.0 ჭიპის თიაქარი გაუვალობით განგრენის გარეშე

K43.0 ვენტრალური ჩაჭედილი თიაქარი გაუვალობით განგრენის გარეშე

K45.0 მუცლის სხვა დაზუსტებული ჩაჭედილი თიაქარი განგრენის გარეშე

K92.0 ჰემატემეზისი

K92.1 მელენა

K92.2 გასტროინტესტინური სისხლდენა, დაუზუსტებელი

გ) II სირთულის ოპერაციები და კონსერვატული მკურნალობა

K35.9 მწვავე აპენდიციტი, დაუზუსტებელი (კატარული, ფლეგმონური, განგრენული)

J05 Acute obstructive laryngitis and epiglottitis (severe respiratory failure, central cyanosis, saturation decrease)

c) Posterior tamponade

R04.0 Epistaxis (with posterior tamponade)

Rheumatology and Metabolic disorders

M10 Gout (with severe, complicated gout status)

I00-I02 Acute rheumatism with rheumatic fever

Urology

N20 Renal and ureteral calculi (obstructive uropathy – (cystoscopy, catheterization, ureterorenoscopy)

N40 Prostatic hyperplasia (urinary retention, macrohematuria-urinary bladder catheterization, cystostomy)

N23 Unspecified renal pain (cystoscopy, catheterization, ureterorenoscopy)

N47 Long prepuce, phimosis, paraphimosis

N44 Twisting of the testis

R33 Urinary retention (surgery-epicystostomy) operation-trocar epicystostomy/catheterization

R33 Urinary retention

Surgery

a) Surgeries of difficulty level IV

A48.0 Gas gangrene

K56 Paralytic constipation and intestinal obstruction without hernia

K25 Gastric ulcer (complicated with decompensated pyloric stenosis)

K26 Duodenal ulcer (complicated with decompensated pyloric stenosis)

K27 Peptic ulcer, with unspecified location (complicated with decompensated pyloric stenosis)

K85 Acute pancreatitis

K65.0 Acute peritonitis (spread)

b) Surgeries of difficulty level III

A48.0 Gas gangrene (radical removal of focal area)

S36.0 Splenic trauma

S36.9 lesion of unspecified abdominal organ

K43.0 Hernia of the anterior abdominal wall with constipation, without gangrene

K45.0 Other unspecified abdominal hernia with constipation without gangrene (large or gigantic)

I70.2 Atherosclerosis of limb arteries [atherosclerotic gangrene]

E10.5 Insulin dependent diabetes mellitus with complications of peripheral circulation [diabetic gangrene]

E11.5 Non-Insulin dependent diabetes mellitus with complications of peripheral circulation [diabetic gangrene]

E12.5 Diabetes mellitus associated with feeding with complications of peripheral circulation [diabetic gangrene]

E13.5 Other specified diabetes mellitus with complications of peripheral circulation [diabetic gangrene]

E14.5 Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications [diabetic gangrene]

K25.1 Acute peptic ulcer of unspecified location with perforation

K26.1 Acute duodenal ulcer with perforation

K65.0 Acute peritonitis (local)

K80.0 Gallbladder calculi with acute cholecystitis (purulent, gangrenous)

K81.0 Acute cholecystitis (purulent, gangrenous)

K40.0 Bilateral inguinal hernia constipation without gangrene

K40.1 Bilateral inguinal hernia constipation with gangrene

K40.4 Unilateral or unspecified inguinal hernia
with constipation with gangrene

K41.0 Bilateral femoral hernia with constipation

K41.0 Bilateral femoral hernia with gangrene

K41.4 Unilateral or unspecified femoral hernia with gangrene

K42.1 Umbilical hernia with gangrene

K43.1 Anterior abdominal wall hernia with gangrene

K45.1 Other specified abdominal hernia with gangrene

K40.3 Unilateral or unspecified incarcerated inguinal hernia with constipation without gangrene

K41.3 Unilateral or unspecified incarcerated femoral hernia with constipation without gangrene

K92.0 ჰემატემეზისი (კონსერვატული მკურნალობა)
K92.1 მელენა (კონსერვატული მკურნალობა)
K92.2 გასტროინტესტინური სისხლდენა, დაუზუსტებელი (კონსერვატული მკურნალობა)
K85 მწვავე პანკრეატიტი (კონსერვატული მკურნალობა)
ყბა-სახის ქირურგია
ოპერაციები ზოგადი გაუტკივარებით
K10.2 ყბების ანთებითი ავადმყოფობები (პირის ღრუს ფსკერის, ყბისქვეშა, ყბაყურსაღეჭი, საფეთქლის მიდამოს ფლეგმონები, რეტრობულბალური და ხახის გვერდ.მიდამ. აბსცესები)
ჰემატოლოგია
ქირურგიული მკურნალობა – სპლენექტომია
D69.3 იდიოპათიური თრომბოციტოპენიური პურპურა - კრიზული მდგომარეობის დროს
C94.7 სხვა დაზუსტებული ლეიკემია - კრიზული მდგომარეობის დროს
D55 ფერმენტული დარღვევებით გამოწვეული ანემიები - კრიზული მდგომარეობის დროს
D56 თალასემია - კრიზული მდგომარეობის დროს
D57 ნამგლისებურ-უჯრედული დარღვევები - კრიზული მდგომარეობის დროს
D58 სხვა მემკვიდრული ჰემოლიზური ანემიები - კრიზული მდგომარეობის დროს
D59 შეძენილი ჰემოლიზური ანემიები - კრიზული მდგომარეობის დროს

4.6.3. ჰოსპიტალური მომსახურება უბედური შემთხვევის გამო - ითვალისწინებს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში გარეშე ძალის (ფიზიკური, მექანიკური, თერმული, ქიმიური) ზემოქმედების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას იმ სამედიცინო ღონისძიებების (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა, სტანდარტული და/ან რეანიმაციული პალატის ხარჯები) ღირებულების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად, რომელთა 24 საათზე მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვას/დაკარგვას.

მომსახურების მიღების წესი: გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციისას, უბედური შემთხვევით გამოწვეული ჯანმრთელობის უეცარი გაუარესებისას - დაზღვეული, ან სხვა დაინტერესებული პირი, ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ აცნობოს კომპანიის ცხელ ხაზს - გარდა ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინების დაგვიანებისა, რომელიც დადასტურებული უნდა იყოს შესაბამისი დოკუმენტაციით. შეტყობინება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო. შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

- მზღვეველი კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკასთან აწარმოებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.
- კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: პირადობის მოწმობა; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდით და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურება დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

4.6.4. გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება - ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას ექიმის მიერ დანიშნული ჰოსპიტალური (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა, სტანდარტული, ინტენსიური (პოსტოპერაციული) პალატის ხარჯები) მომსახურების ღირებულების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად

4.6.5. ამბულატორიული ქირურგიული/დღის ჰოსპიტალური მომსახურება - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებისას მკურნალობის მიზნითამ ხელშეკრულებით განსაზღვრული პოზიტიური სიით განსაზღვრული შემთხვევებისა და გეგმიური ამბულატორიული მანიპულაციების/ჩარევების/ქირურგიული მკურნალობის სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად, აგრეთვე პოზიტიური სიით განსაზღვრული დაავადებ(ებ)ის/მდგომარებობის/ჩარევების ჰოსპიტალურმკურნალობას, მიუხედავად იმისა, სტაციონარში

K42.0 Umbilical hernia with constipation without gangrene
K43.0 Ventral incarcerated hernia with constipation without gangrene
K45.0 Other abdominal specified incarcerated hernia without gangrene
K92.0 Hematemesis
K92.1 Melena
K92.2 Gastrointestinal bleeding, unspecified

c) Surgeries of difficulty level II and conservative treatment
K35.9 Acute appendicitis, unspecified (catarrhal, phlegmonous, gangrenous)
K92.0 Hematemesis (conservative treatment)
K92.1 Melena (conservative treatment)
K92.2 Gastrointestinal bleeding, unspecified (conservative treatment)
K85 Acute pancreatitis (conservative treatment)
Maxillofacial surgery with general anaesthesia

K10.2 Inflammatory jaw diseases (phlegmons of mouth, submandibular, parotid, temporal areas, retrobulbar and parapharyngeal abscesses) Haematology
Surgical treatment – Splenectomy

D69.3 Idiopathic thrombocytopenic purpura -during crisis state
C94.7 Other specified leukaemias - during crisis state
D55 Anaemia due to enzyme disorders- during crisis state
D56 Thalassemia - during crisis state
D57 Sickle-cell disorders - during crisis state D58 Other hereditary haemolytic anaemias -during crisis state
D59 Acquired haemolytic anaemias - during crisis state

4.6.3. Hospitalization due to an accident – implies reimbursement of the cost of medical measures (medications, diagnostic procedures, therapeutic and surgical treatment, standard, resuscitation and/or resuscitation ward expenses) in accordance with the terms of the card, that resulted from the influence of external force (physical, mechanical, thermal, chemical) during the insurance period, and delay of which for more than 24 hours will result in the death of the insured or his or her disability.

Procedure to receive the service: Urgent Hospitalisation due to accident or sudden worsening of health - the Insured person or other interested person shall immediately notify the hotline of the company before receiving the service, apart from delays due to reasonable circumstances which shall be certified by the relevant documentation. The notice shall include the following: name and surname of the insured person, policy number, the name of the medical establishment, application time to a medical facility. The expenses of medical services received without notice are not subject to indemnification.

- The Insurer performs direct settlement of payments with the contractor clinics whereby the Insured person is exempted from payment of the part of the cost of the procedure laid down in the Policy.
- When applying to non-contractor clinic of the company the Insured person pays the full cost of services and then applies for compensation to the insurance reimbursement group within 30 days from the receipt of service. Documents required for reimbursement include: identity card; form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed and stamped by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt from cash desk.

4.6.4. Planned hospital care - includes reimbursement of the cost of hospitalization (medications, diagnostic procedures, therapeutic and surgical treatment, standard, intensive care (post-operative) ward costs) prescribed

დაყოვნებისხანგრძლივობააღემატება თუ არა ერთ საწოლ დღეს. ასევე, ნებისმიერი სხვა ქირურგიული ოპერაცია/ჩარევა/მანიპულაცია, რომელიც არ ხვდება პოზიტიური სიით განსაზღვრულ ჩამონათვალში და რომლის სტაციონარში მოთავსების სამედიცინო ჩვენება არ აღემატება ერთ საწოლდღეს

პოზიტიური სიით განსაზღვრული შემთხვევები: (პოზიტიური სია მოქმედია მხოლოდ გამონაკლისებთან თანხვედრაში)

გინეკოლოგია

- პოლიპექტომია
- ლაპარასკოპიული მიომექტომია
- ოპერაციები/მანიპულაციები საშვილოსნოს ყელზე
- სამკურნალო ჰისტეროსკოპია/ჰისტერორეზექტოსკოპია
- კონიზაცია
- აბლაცია
- ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთა და დრენაჟი
- საშოს კისტის ამოკვეთა
- ლაპარასკოპიული სალპინგექტომია
- ლაპარასკოპიული კისტექტომია
- საკვერცხის კისტის ამოკვეთა/ლაპარასკოპიული კისტექტომია
- ენდომეტრიოზთან დაკავშირებული მანიპულაციების/ჩარევების/ქირურგიული მკურნალობა
- შარდსაწვეთისა ან/და შარდის ბუშტის კათეტერიზა-ცია/სტენტირება
- ლაზერული და ოპტიკური ურეთროტომია
- შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობებთან, ქალის სასქესო სისტემის არაანთებითი ავადმყოფობებთან, საკვერცხის სხვა და დაუზუსტებელი კისტებთან დაკავშირებული ოპერა-ციები/მანიპულაციები
- ოვარექტორმია

კარდიოვასკულარული სისტემა:

- იმპლანტაცია სტიმულატორებით, დეფიბრილატორებით, პეისმეიკერითა და ელექტროდებით, კარდიოვერსია
- აბლაცია
- სტენტირება
- ოპერაციები/მანიპულაციები ვენებზე

ოტორინოლარინგოლოგია:

- ადენოიდექტომია
- ტონზილექტომია
- ადენოტონზილექტომია
- ნაზალური პოლიპექტომია
- ცხვირის ძგიდის რეზექცია
- ნიჟარების დეზინტეგრაცია
- კონხოტომია
- ქრონიკული სინუსიტი - ენდოსკოპიური ოპერაცია
- მირინგოტომია
- ჰაიმოროტომია
- სეპტოპლასტიკა

ოფთალმოლოგია:

- კატარაქტას ოპერაცია
- ლაკრიმალური ჯირკვლის დრენაჟი
- ენტროპიონის/ექტროპიონის ოპერაცია
- კერატოპლასტიკა
- ლაზერო/ფოტოკოაგულაცია
- ენუკლეაცია/ევისცერაცია
- ფტერიგეუმის ამოკვეთა
- გუგის პლასტიკა
- დაკრიოცისტორინოსტომია
- დაკრიოცისტექტომია
- ვიტრექტომია
- სკლერის პლომბირება
- ინტრასტრომალური რკალების იმპლანტაცია
- გამჭოლი კერატოპლასტიკა
- YAG ლაზერული ქირურგია
- ოპერაციები საცრემლე არხზე
- ოპერაციები რქოვანაზე

გასტროენტეროლოგია:

- თრომბოზული ჰემოროიდის ამოკვეთა/ლიგირება
- გაურთულებელი ფიზურექტომია
- პოლიპექტომია სწორი ნაწლავიდან
- ენდოსკოპიური პაპილოტომია/სფინქტეროტომია

under the relevant medical indications, in accordance with the terms of the card.

4.6.5. Outpatient surgical/day hospital service – includes reimbursement of the expenses of medical care due to the incidents, as defined in the positive list and planned outpatient manipulations/interventions/surgical treatment under the medical indication, in accordance with the terms of the agreement; as well as, hospital treatment of the illnesses/conditions/interventions determined by the positive list, whether the duration of stay in the inpatient department exceeds one bed-day or not. Also any other surgery/intervention/manipulation which is not included in the positive list and for which, medical indication for placement in the inpatient department does not exceed one bed-day.

Incidents determined by the positive list: (The positive list is only valid in accordance with exclusions)

Gynecology

- Polypectomy
- Laparoscopic myomectomy
- Operations/manipulations on the cervix
- Medical hysteroscopy/hysteroresectoscopy
- Conization
- Ablation
- Excision and drainage of Bartholin's gland
- Vaginal cyst excision
- Laparoscopic salpingectomy
- Laparoscopic cystectomy
- Ovarian cyst excision/laparoscopic cystectomy
- Endometriosis-related manipulations/interventions/surgical treatment
- Catheterization/stenting of the ureter and/or bladder
- Laser and optical urethrotomy
- operations/manipulations related to diseases of the urogenital system, non-inflammatory diseases of the female genital system, other and unspecified ovarian cysts
- Ovariectomy

Cardiovascular system:

- Implantation with stimulators, defibrillators, pacemaker and electrodes, cardioversion
- Ablation
- stenting
- Operations/manipulations on veins

Otorhinolaryngology:

- Adenoidectomy
- tonsillectomy
- Adenotonsillectomy
- Nasal polypectomy
- Nasal septum resection
- Disintegration of sinks
- Conchotomy
- Chronic sinusitis - endoscopic surgery
- Myringotomy
- Hemorotomy
- septoplasty

Ophthalmology:

- Cataract surgery
- Lacrimal gland drainage
- Entropion/ectropion operation
- Keratoplasty
- Laser/photocoagulation
- Enucleation/evisceration
- Excision of the pterygium
- Pupil plastic
- Dacryocystorhinostomy
- Dacryocystectomy
- Vitrectomy
- Sealing of the sclera

- ვარიკოზული ვენების (კუჭის, საყლაპავის) ენდოსკოპიური ლიგირება
- ენდოსკოპიური გასტროსტომია
- ენდოსკოპიური პოლიპექტომია
- ენდოსკოპიურად უცხო სხეულის ამოღება
- პარაპროქტიტის დროს-გაკვეთა, დრენირება
- ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაციები
- პაპილოსფინქტეროტომია
- ლაპაროცენტეზი
- ქოლეცისტექტომია
- დერმოიდული/პილონიდური კისტის დრენირება

გენიტოურინარული ტრაქტი:
- ტროაკარული ეპიცისტოსტომია
- ლითოტრიფსია
- ჰიდროცელესთან დაკავშირებული ოპერაციები/მანიპულაციები
- ბალანაპოსტიტის მკურნალობა
- ორქიექტომია
- ორქიოპექსია
- ეპიდიდიმექტომია
- კენჭის ენდოსკოპიური ამოღება
- ცისტოლითოტომია
- პერკუტანული ლაპაქსია
- მამოლოგია
- სარძევე ჯირკვლის რეზექცია
- ფიბროადენომის ამოკვეთა
- კისტების ამოკვეთა

ყბა-სახის ქირურგია:
- ჰაიმორის ღრუში შემავალი კისტის ამოკვეთა
- ქვედა ყბის არხში ჩაზრდილი კისტის ამოკვეთა
- სახის რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა
- სუბპერიოსტალური აბსცესის გაკვეთა
- პერიოსტიტის ოპერაციული მკურნალობა
- ხმოვანი იოგების სიმსივნის ენდოსკოპიული ქირურგია
- ცისტექტომია
- ანთებადი ინფილტრატის, აბსცესის გახსნა
- ალვეოლიტის მკურნალობა გამოფხეკის გზით

ქირურგია შერეული:
- სიმსივნური წარმონაქმნების ამოკვეთა კანიდან
- რბილი ქსოვილების კისტების და აბსცესების დრენირება
- ქვემო კიდურის ვარიკოზული ვენების სტრიპინგი ან ლიგაცია
- სამკურნალო მიზნით ლიმფური კვანძების ამოკვეთა
- კათეტერული აბლაცია
- თორაკოცენტზი
- (სანაღვლე გზების) დრენირენა რეანიმაციის მონიტორინგით
- კანის აბსცესებსთან, ფლეგმონასთან, ფურუნკულთან, კარბუნკულებთან დაკავშირებული ოპერაციები/მანიპულაციები

ორთოპედია, ტრავმატოლოგია:
- ფიქსატორის დემონტაჟი რეგიონალური ან ადგილობრივი ანესთეზიით
- ლაპარასკოპიული ართროსკოპია/ლაპარასკოპიული მენისკექტომია

უროლოგია:
- პროსტატის ლაზერული და ოპტიკური ქირურგია
- ამ მომსახურებისათვის ბარათით დადგენილი თანაგადახდისა და ლიმიტის ფარგლებში დაიფარება აღნიშნული ჩარევების/მანიპულაციების/ქირურგიული მკურნალობის შემდგომი გართულებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯები (იგულისხმება, როგორც დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები, გარდა პოლისის პირობებით განსაზღვრული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა).

4.6.6. დამატებითი მომსახურება ჰოსპიტალური მომსახურების (მათ შორის დღის სტაციონარის) დროს - ითვალისწინებს აყვანილი ექიმის, გაუტკივარების, გაუმჯობესებული პალატის ღირებულებას ანაზღაურებას შესაბამისი სერვისის ლიმიტის და დაფარვის ფარგლებში და ბარათის შესაბამისად.

მომსახურების მიღების წესი: გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის/ქირურგიული/დღის ჰოსპიტალური მომსახურების შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს

- Implantation of intrastromal arcs
- Penetrating keratoplasty
- YAG laser surgery
- Operations on the lacrimal canal
- Corneal operations

Gastroenterology:
- Excision/ligation of thrombotic hemorrhoids
- Uncomplicated physeurectomy
- Polypectomy from the rectum
- Endoscopic papillotomy/sphincterotomy
- Endoscopic ligation of varicose veins (stomach, esophagus).
- Endoscopic gastrostomy
- Endoscopic polypectomy
- Endoscopic foreign body removal
- during paraproctitis - dissection, drainage

- Endoscopic electrocoagulation
- Papillosphincterotomy
- Laparocentesis
- Cholecystectomy
- Dermoid/pilonid cyst drainage

Genitourinary tract:
- Trocar epicystostomy
- Lithotripsy
- Operations/manipulations related to hydrocele
- Treatment of balanaposthitis
- Orchiectomy
- Orchiopexy
- Epididymectomy
- Endoscopic stone removal
- cystolithotomy
- Percutaneous lapaxia
- Mammalogy
- Breast resection
- Excision of fibroadenoma
- Excision of cysts

Maxillofacial surgery:
- Excision of the cyst entering the himor cavity
- Excision of a cyst growing in the mandibular canal
- Excision of a benign tumor of the soft tissues of the face
- Subperiosteal abscess dissection
- Operative treatment of periostitis
- Endoscopic surgery of vocal fold tumor
- Cystectomy
- opening of inflammatory infiltrate, abscess
- Treatment of alveolitis by scraping

Surgery is mixed:
- Excision of cancerous formations from the skin
- Drainage of soft tissue cysts and abscesses
- Stripping or ligation of varicose veins of the lower limb
- Excision of lymph nodes for medical purposes
- Catheter ablation
- thoracocentesis
- Drainage (of the biliary tract) with monitoring of resuscitation
- operations/manipulations related to skin abscesses, phlegmon, boils, carbuncles

Orthopedics, traumatology:
- Dismantling of the fixator with regional or local anesthesia
- Laparoscopic arthroscopy/laparoscopic meniscectomy

Urology:
- Prostate laser and optical surgery
- Within the co-payment and limit set by the card for this service, the costs of medical services for complications following the said interventions/manipulations/surgical treatment will be covered (meaning both before and after the discharge of the insured person from the medical

მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე; იმ შემთხვევაში, თუ გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია/ქირურგიული/დღის ჰოსპიტალური მომსახურება წინასწარ არ არის შეთანხმებული მზღვეველთან და წინასწარ არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია, მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება შესაბამისი სერვისის 10%-ით ნაკლები დაფარვით არჩეული ბარათის ლიმიტის ფარგლებში.

- დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე სამედიცინო დაწესებულება ხელშეკრულებაში მითითებული კონტრაქტორი კლინიკებიდან. კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად, მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან. საგარანტიო წერილის მისაღებად საჭირო დოკუმენტაცია: მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია და ფორმა #100.
- კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი; პირადობის მოწმობა; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურების დეტალური აღწერითა და მომსახურების მიღების თარიღის მითითებით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ქვითარი.

4.6.7. ჰოსპიტალიზაცია გამონაკლისების და მოცდების გარეშე - ითვალისწინებს მზღვეველის მიერ მითითებულ ჰოსპიტალურ კლინიკებში 10%-40%-იან ფასდაკლებას მიუხედავად გამონაკლისებში არსებული შეზღუდვებისა და მოცდის პერიოდის არსებობისა.

მომსახურების მიღების წესი: ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 3 (სამი) სამუშაო დღით ადრე. მითითებულ კონტრაქტორკონტრაქტორ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს. იმ შემთხვევაში, თუ ჰოსპიტალიზაცია წინასწარ არ არის შეთანხმებული მზღვეველთან და წინასწარ არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

4.6.8. ფულადი კომპენსაცია - ითვალისწინებს გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისას, კლინიკაში სამედიცინო ჩვენებით დაყოვნებულ ყოველ სრულ 24 საათზე, დაზღვეულისთვის ფულადი კომპენსაციის გაცემას, ბარათის პირობების შესაბამისად. ჰოსპიტალიზაციისას ფულადი კონპენსაცია გაიცემა იმ შემთხვევაში, როცა ჰოსპიტალური მომსახურების ხარჯები დაფინანსდება სახელმწიფო ან სხვა სადაზღვევო პროგრამით და დაზღვეული მომსახურებას იტარებს სადაზღვევო კომპანიის მიერ გაცემული საგარანტიო წერილის საფუძველზე.

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეულმა ან დაინტერესებულმა პირმა უნდა წარმოადგინოს ჩატარებული ჰოსპიტალური მომსახურების დამადასტურებელი სამედიცინო დოკუმეტაცია (რომელიც დაზღვევის პირობებით ექვემდებარება ანაზღაურებას): სამედიცინო დაწესებულების მიერ სათანადო წესით გაცემული სამედიცინო ფორმა #IV-100/ა (ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ), გაწერის ეპიკრიზი ჰოსპიტალში დაყოვნების ზუსტი ხანგრძლივობის მითითებით (შესვლის და გაწერის თარიღი და დრო). ფულადი კომპენსაციის ლიმიტი დაანგარიშდება გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტის ფარგლებში (ქველიმიტი) და ანაზღაურებული თანხა არ უნდა აღემატებოდეს მიღებული გეგმიური მომსახურების ღირებულების და სახელმწიფო ან სხვა სადაზღვევო პროგრამით დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურების 30%-ს.

შენიშვნა: თუ სახელმწიფოს მიერ დადგენილი საბუთების განხილვის მოცდის პერიოდი, წინააღმდეგობაში მოდის დაზღვეულის სამედიცინო ჩვენებასთან, კომპანია იღებს ვალდებულებას სამედიცინო ჩვენების მიხედვით გასცეს საგარანტიო წერილი სრულ თანხაზე პოლისის სხვა პირობების გათვალისწინებით.

institution, except for emergency medical services defined by the policy conditions).

4.6.6. Additional hospitalization service (including daily stationary) - includes the remuneration of the hired doctor, costs of anesthesia, the improved ward within the limits and the coverage of the relevant service by the card accordingly.

Procedure to receive the service: Planned The Insured shall submit the documents on hospitalization/surgical/stationary day services at least 5 (five) working days before the hospitalization date; If the planned hospitalization/surgical/ stationary day services are not agreed with the Insurer and the relevant documentation is not presented, the Insurer will reimburse the costs at 10% less than planned for the relevant service under the selected card limit.

- The Insured person is authorized to choose the servicing licensed medical institution himself/herself. In order to receive service in the contracting hospital of the company, the Insurer shall issue a letter of guarantee under which, the insured person is released from payment of the amount. Documents required for obtaining a letter of guarantee include: a detailed quotation/calculation of the service and the form # 100.
- While applying to a non-contractor clinic of the company, the insured covers the expenses of the service in full and then applies to the insurance reimbursement group to get the refund within 30 days from the date of receipt of the service.

Documents required for reimbursement include: Insurance policy, identity card; form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed and stamped by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment, receipt confirming the payment.

4.6.7. Hospitalization without exceptions and waiting – implies 10% -40% discounts for the service in hospital clinics defined by the Insurer despite the limits specified in the restriction list and the waiting period.

Procedure to receive the service: The insured must provide full documentation about the hospitalization to the Insurer within three (3) working days before the date of hospitalization. In order to receive service in the provider clinic of the company, the Insurer shall issue a letter of guarantee. in case if the planned hospitalization is not agreed with the Insurer and the relevant documentation is not submitted beforehand, the medical service shall not be subject to reimbursement.

4.6.8. Indemnification - envisages indemnification formedical service for each 24 hours provided under the medical indication in the medical clinic, in accordance with the conditions defined by the card. Hospitalization indemnification are issued when hospital service expenses are financed by the state or other insurance program and the Insured is provided with the medical service on the basis of a warranty letter issued by the insurance company.

Procedure to receive the service: The insured or Interested erson shall submit the medical documentation confirming the conducted hospitalization service (that is subject to indemnification in accordance with insurance terms): form #IV-100/a (with the detailed information about provided medical service) signed and stamped by service provider/doctor discharge epicrisis with detailed

4.7. ამბულატორიული მომსახურება: (სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება ერთი საწოლ/დღე და ნაკლებად):

4.7.1. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება - ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების, (სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები, ამბულატორიული მანიპულაციები, მედიკამენტები) ღირებულების ანაზღაურებას, პოლისის პირობების შესაბამისად, რომელიც დაზღვეულს უნდა გაეწიოს შემთხვევის დადგომიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში და რომელთა მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან ქმედობაუნარიანობის შეზღუდვას/დაკარგვას.

პოზიტიური სიით განსაზღვრული გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევები:

- გარეშე ძალის (ფიზიკური, მექანიკური, თერმული, ქიმიური) ზემოქმედების შედეგად სხეულის დაზიანება- ექიმის კონსულტაცია, ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება/შეხვევა/გაკერა, მოტეხილობის რენტგენოლოგიური კვლევა და იმობილიზაცია; დეზინტოქსიკაცია/ ინფუზიური თერაპია, გადაუდებელი ვაქცინაცია;
- გულის რითმის დარღვევები – ექიმის კონსულტაცია, ეკგ, რითმის სტაბილიზაცია;
- ინტოქსიკაცია (ექიმის კონსულტაცია, დეზინტოქსიკაცია/ინფუზიური თერაპია, ლაბორატორიული კვლევები);
- ჰიპერტონული კრიზი (ექიმის კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრაფია, არტერიული წნევის სტაბილიზაცია);
- სისხლდენა (ექიმისკონსულტაცია, ტამპონადა, კოაგულანტები);
- თირკმლის, აბდომინური, ნაღველ-კენჭოვანი კოლიკა (ექიმის კონსულტაცია, სისხლის და შარდის საერთო ანალიზები, ექოსკოპია, ი/ვ ინფუზია, ანალგეზიური და სპაზმოლიზური საშუალებები)
- ბრონქული და კარდიალური ასთმის სტატუსი (ექიმის კონსულტაცია, მედიკამენტოზური თერაპია, შეტევის კუპირება);
- მწვავე/ სიცოცხლისათვის საშიში ალერგიული რეაქცია (ექიმის კონსულტაცია, ანტიალერგიული მკურნალობა).

გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული, ან სხვა დაინტერესებული პირი, ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ, მომსახურების მიღებამდე, აცნობოს კომპანიის ცხელ ხაზს. შეტყობინება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო. შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

- მზღვეველი კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკასთან აწარმოებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან.
- კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის მოწმობა, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურების დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

4.7.2. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება:

- **დიაგნოსტიკური კვლევები, სამკურნალო მანიპულაციები** - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებისას დიაგნოსტირების მიზნით სპეციალისტის კონსულტაციის, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევების, ამბულატორიული მანიპულაციების /ჩარევების /ქირურგიული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ღირებულების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად.
- **ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ ამბულატორიული მომსახურება კლინიკა კურაციოში:** ითვალისწინებს ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ ამბულატორიული მომსახურების მიღებას კლინიკა კურაციოს მიერ წარმოებულ სერვისებზე, მათ შორის გამონაკლისში მითითებული დაავადების დროს (გარდა მაღალტექნოლოგიური კვლევებისა).

information on hospitalization (enter/discharge date and time). The indemnification limit shall be calculated within the framework of the planned hospital service limit (sub-limit) and the indemnified amount shall not exceed 30% of the planned services value and medical services funded by the state or other insurance program.

Note: If the waiting period of review of the documents established by the state is contrary to the medical insurance indication, the company shall be obliged to issue a warranty letter on the full indemnification in line with the conditions laid down in the policy.

4.7. Outpatient service: (stay in a medical institution for one bed-day or less):

4.7.1. Urgent outpatient care – implies reimbursement of medical care, (consultation of a specialist, instrumental and laboratory examinations, outpatient manipulations, medicines), in accordance with the terms of the Policy, which shall be rendered to the Insured within the first 24:00 o'clock after occurrence of the incident and delay of which will result in the death or disablement of the Insured.

Emergency outpatient cases defined by the positive list:

- Damage of the body under the influence of the external force (physical, mechanic, thermal, chemical) – consultation of doctor, surgical treatment/bandaging/stitching of the injury, X-ray examination of the fracture and immobilization; deintoxication/infusion therapy, urgent vaccination;
- Problems with heart rhythm - consultation of the specialist, ECG, stabilization of the rhythm;
- Intoxication (consultation of the specialist, deintoxication/infusion therapy, laboratory examinations);
- Hypertensive crisis (consultation of the specialist, ECG, stabilization of the blood pressure);
- Bleeding (consultation of the specialist, tamponade, Coagulants);
- Renal, abdominal, gallstone colic – (consultation of the doctor, common blood and urine tests, echoscopy, intravenous infusion, analgesics and antispasmodics);
- Status of the bronchial and cardiac asthma – (consultation of the specialist, medical therapy, rapid relief of stroke);
- Acute / life-threatening allergic reaction (consultation of the specialist, anti-allergic treatment).

Procedure to receive the service: the insured or other interested person shall notify the hotline of the company about this fact before receiving the service. The notice shall include the following: name and surname of the insured person, policy number, the name of the medical establishment, application time to a medical facility. The expenses of medical services received without notice are not subject to indemnification.

- The Insurer performs direct settlement of payments with the contractor clinics whereby the insured person is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer.

When applying to non-contractor clinic of the company the Insured person pays the full cost of services and then applies for compensation to the insurance reimbursement group within 30 days from the receipt of service. Documents required for reimbursement include: identity card, form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed and stamped by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment.

მომსახურების მიღების წესი: პირად ექიმის მიმართვით კონტრაქტორ კლინიკებში: დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკებში. კონტრაქტორ კლინიკაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან სადაზღვევო ბარათის, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტისა და პირადი ექიმის მიმართვის წარდგენის საფუძველზე.

კლინიკა კურაციოში: დაზღვეული მიმართავს კლინიკა კურაციოს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვით კლინიკა კურაციოში, მათ შორის გამონაკლისების პუნქტში #5.1.2. მითითებული დაავადებების არსებობისას. პირადი ექიმის მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან; ანაზღაურებას არ ექვემდებარება გამონაკლისების პუნქტში #5.1.2. მითითებული დაავადებების არსებობისას პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე, აგრეთვე სხვა კლინიკაში მიღებულიმომსახურების ხარჯები.

პრივილეგირებული პროვაიდერული ქსელის კლინიკებში:

დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრებში: დაზღვეული საჭიროებს სპეციალისტის კონსულტაციას, რეკავს ცხელ ხაზზე (ტელ.: 2 505 111) და ათანხმებს ვიზიტს. დაზღვეული იღებს შესაბამის მომსახურებას მხოლოდ სადაზღვევო ა პირადობის მოწმობის წარმოდგენის საფუძველზე. სპეციალისტი ნიშნავს გამოკვლევას/მედიკამენტურ მკურნალობას - ჯიპიაის წარმომადგენლის მიერ ხდება კლინიკის სპეციალისტების მიერ დანიშნული გამოკვლევების/მედიკამენტების ჯიპიაის ბლანკზე გადატანა, რის საფუძველზეც დაზღვეული ამავე კლინიკაში/კონტრაქტორ სააფთიაქო ქსელში მედიკამენტის შეძენისას იხდის მხოლოდ ბარათით გათვალისწინებულ წილს.

დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი (ბათუმის ფილიალი) გამონაკლისის გარეშე - ითვალისწინებს დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრის მიერ წარმოებული სერვისებზე (სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევები) 50%-იან ფასდაკლებას მიუხედავად გამონაკლისებში არსებული შეზღუდვებისა.

მომსახურების მისაღებად-დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრში (ბათუმის ფილიალი) - დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრში. მომსახურებებ-ზე, რომელზეც პროვაიდერი კლინიკა დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

პრივილეგირებული კონტრაქტორ (პპ) ქსელის სხვა (გარდა დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრისა) კლინიკებში:

დაზღვეული საჭიროებს სპეციალისტის კონსულტაციას, მიმართავს რეცეფციას. დაზღვეული იღებს შესაბამის მომსახურებას მხოლოდ სადაზღვევო პირადობის მოწმობის წარმოდგენის საფუძველზე. რეცეფციის თანამშრომელი გასცემს შიდა მიმართვას მოთხოვნილი სპეციალისტის კონსულტაციისთვის. თუ სპეციალისტი ნიშნავს გამოკვლევას დაზღვეული ბრუნდება კლინიკის რეცეფციაში, გადასცემს სპეციალისტის მიერ დანიშნული კვლევების ჩამონათვალს კლინიკის რეცეფციის თანამშრომელს, რომელიც გასცემს შიდა მიმართვას აღნიშნულ კვლევებზე, რის საფუძველზეც დაზღვეული იხდის მხოლოდ ბარათით გათვალისწინებულ წილს. პედიატრიული პროფილის კლინიკებში პედიატრის კონსულტაცია ანაზღაურებას ექვემდებარება ”პირადი ექიმის ” მომსახურების პირობით (დაფარვა, ლიმიტი).

პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე სამედიცინო (კონტრაქტორ (გარდა კურაციო და პპ კლინიკები) და არაკონტრაქტორ) დაწესებულებაში: მიმართვისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭიროდო კუმენტაცია: პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ექიმი სპეციალისტის დანიშნულება, დანიშნულების შესაბამისად ჩატარებული ამბულატორიული მომსახურება, მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

4.7.2. Planned outpatient care:

- **Diagnostic examinations/therapy manipulations -** includes reimbursement of the costs of professional advice, instrumental and laboratory examinations, outpatient manipulations/interventions/surgical treatment under medical indication and with the purposes of diagnosing, in accordance with the terms of the card.
- **Outpatient services at the Curazio Clinic after the limit has expired:** provides for the receipt of outpatient services after the limit has been exhausted for the services provided by the Curazio Clinic, including the diseases specified in the exception (except for high-tech research).

Procedure to receive the service: by referring a personal doctor in contractor clinics: the insured applies to a personal doctor. The personal doctor provides the insured with referrals to the company's contractor clinics. In the contractor clinic, the insured is exempted from paying the share of the amount provided by the insurance condition for the relevant service by the insurer based on the presentation of the identity document and personal doctor's referral.

Clinic in Curatio: the insured applies to the personal doctor of Clinic Curatio. The personal physician provides the insured with the necessary referral to the Curacio Clinic, including in the presence of the diseases specified in the exclusion clause #5.1.2. Upon presentation of a personal doctor's referral, identity document, the insured is exempted from paying the insurer's share of the amount stipulated in the insurance condition for the relevant services; Reimbursement is not possible in the presence of the diseases indicated in the exclusion clause #5.1.2. without the referral of a personal doctor, as well as the costs of services received in another clinic**.**

In the clinics of the privileged provider network:

D. Tatishvili Medical Centers: the insured needs specialist consultation, calls the hotline (tel.: 2 505 111) and agrees to a visit. The insured receives relevant services only on the basis of presentation of the insurance policy and identity card. Specialist means examination/medicinal treatment - the GPIA representative transfers the examinations/medications prescribed by the clinic's specialists to the GPIA form, on the basis of which the insured pays only the share provided for by the card when purchasing medicine in the same clinic/contractor pharmacy network.

In other (except D. Tatishvili Medical Center) clinics of the Privileged Provider (PP) network:

The insured needs specialist consultation, he applies to the reception. The insured receives relevant services only on the basis of presentation of the insurance policy and identity card. The reception employee issues an internal referral for the requested specialist consultation. If the specialist orders an examination, the insured person returns to the clinic reception, hands over the list of examinations prescribed by the specialist to the clinic reception employee, who issues an internal referral for the said examinations, based on which the insured person pays only the share provided for by the card. Consultation of a pediatrician in pediatric profile clinics is subject to payment under the condition of „personal doctor“ service (coverage, limit).

Davit Tatishvili Medical Center (Batumi Branch) without exclusios - provides a 50% discount on services provided by Davit Tatishvili Medical Center (specialist consultation, instrumental and laboratory tests) despite the restrictions in the exceptions.

To receive services at Davit Tatishvili Medical Center (Batumi Branch) - the insured person applies to a personal doctor, who provides the insured with a referral to the Davit Tatishvili Medical Center. Services for which the provider clinic does not offer a discount to the insured person are not subject to reimbursement by the insurer.

4.8. მედიკამენტური მკურნალობა - საქართველოს კანონმდებლობით რეგისტრირებული სამკურნალო საშუალება, რომელიც გამოიყენება დაავადების სამკურნალოდ ან მისი პრევენციის მიზნით და რომელთა აქტიური ნივთიერება ან მათი კომბინაცია მოწოდებულია კონკრეტული დაავადების მედიკამენტური თერაპიის, დაავადების ან მისი გართულების პრევენციისათვის, საერთაშორისოდ აღიარებული და/ან ადგილობრივი სამედიცინო გაერთიანებების მიერ შემუშავებული და დამტკიცებული მკურნალობის გაიდლაინებით და არსებობს საკმარისი, სანდო კლინიკური მტკიცებულებები მათი შესაბამისად გამოყენების ეფექტურობისათვის;

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი შესაბამის დანიშნულებას გამოწერს რეცეპტის (საჭიროების შემთხვევაში) და კომპანიის ბლანკზე, რითაც მითითებულ აფთიაქებში დაზღვეული იხდის გამოწერილი მედიკამენტების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ წილს.

- ექიმი სპეციალისტის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენისას, დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო ბარათი; პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტი; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ექიმი სპეციალისტის დანიშნულება, დანიშნულების შესაბამისი ამონაწერი შეძენილი მედიკამენტების შესახებ, მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

- ერთჯერად ანაზღაურებას ექვემდებარება მედიკამენტების არაუმეტეს ერთი თვის მკურნალობისათვის საჭირო ღირებულების ხარჯები.

4.9. მედიკამენტები გამონაკლისებში არსებული დაავადებების სამკურნალოდ პსპ და ავერსი სააფთიაქო ქსელში (გარდა ონკოპრეპარატებისა) - ითვალისწინებს ფასდაკლებას იმ დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე, რომლებიც არ იფარება გამონაკლისებით.

შენიშვნა: მზღვეველი უფლებას იტოვებს შეცვალოს ამ მომსახურების კონტრაქტორი სააფთიაქო ქსელი, რაც გეცნობებათ მოკლე ტექსტური შეტყობინების (SMS) სახით პოლისში მითითებულ მობილურის ნომერზე.

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც გამოწერს მედიკამენტებს კომპანიის ბლანკზე ან დააფიქსირებს ელექტრონულად, რითაც პსპ და ავერსი სააფთიაქო ქსელის აფთიაქებში, დაზღვეული თავისუფლდება მედიკამენტების ღირებულების ბარათით განსაზღვრული წილის გადახდისაგან. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე, ასევე სხვა აფთიაქებში შეძენილი მედიკამენტები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

4.10. ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებები - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით, ამბულატორიული მკურნალობის მიზნით, პირადი ექიმის მიერ დანიშნულ ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატებს/ჰომეოპათიურ საშუალებებს.

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული მიმართავს პირადი ექიმი, რომელიც ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატების/ჰომაოპათიური საშუალების დანიშნულებას გამოწერს კომპანიის ბლანკზე ან დააფიქსირებს ელექტრონულად, რითაც კონტრაქტორ სააფთიაქო ქსელებში დაზღვეული იხდის გამოწერილი საშულაების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ წილს. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე, ასევე სხვა აფთიაქებში შეძენილი მედიკამენტები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

4.11. სტომატოლოგიური მომსახურება:

4.11.1. გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება - ითვალისწინებს პირველადი სტომატოლოგიური დახმარების (კბილის მწვავე ტკივილისას კბილის ამოღება (ექსტრაქცია)და მასთან დაკავშირებული ანესთეზია)- ღირებულების ანაზღაურებას პოლისის პირობების შესაბამისად.

In a medical (contractor (except Curacio and PP clinics) and non-contractor) facility without a referral from a personal doctor: upon referral, the insured pays the amount of the relevant service in full and applies to the insurance compensation group for reimbursement within 30 days of receiving the service. Documentation required for reimbursement: identity document; Appointment of a specialist physician confirmed by the seal and signature of the serving institution/doctor, outpatient services performed in accordance with the appointment, detailed assessment/calculation of services, cashier's receipt.

4.8. Medicinal treatment - a medicinal product registered under the legislation of Georgia, which is used for the treatment of a disease or its prevention, and whose active substance or their combination is provided for the medical therapy of a specific disease, the prevention of the disease or its complications, according to the treatment guidelines developed and approved by internationally recognized and/or local medical associations. and there is sufficient, reliable clinical evidence for the effectiveness of their respective use;

Procedure to receive the service: the insured applies to a personal doctor. The personal doctor prescribes the appropriate prescription on the prescription (if necessary) and on the company's letterhead, whereby the insured person pays only the share of the cost of the prescribed medicines in the indicated pharmacies, provided for by the insurance conditions.

- When purchasing medicines prescribed by a specialist doctor, the insured pays the amount of the relevant service in full and applies to the insurance compensation group within 30 days of receiving the service to receive compensation. Documentation required for reimbursement: identity document; Prescription of a medical specialist confirmed with the seal and signature of the serving institution/doctor, a copy of the prescription corresponding to the purchased medicines, a detailed assessment/calculation of the service, a cashier's receipt.

- One-time payment is subject to the cost of medicines for no more than one month of treatment.

4.9. Medicines for the treatment of diseases included in the exceptions in the PSP and Aversi pharmacy network (except for oncopreparations) - provides a discount on medicines for the treatment of diseases that are not covered by the exceptions.

Note: The insurer reserves the right to change the pharmacy network providing this service, which will be notified to you in the form of a short text message (SMS) to the mobile number specified in the policy.

Procedure to receive the service: the insured applies to a personal doctor, who prescribes medicines on the company's letterhead or registers them electronically, thus in PSP and Avers pharmacy chain pharmacies, the insured is exempted from paying the share determined by the card for the cost of medicines. Medicines purchased at other pharmacies without a personal doctor's referral are not subject to reimbursement.

4.10. Biologically active food supplements/homeopathic remedies - includes biologically active food supplements/homeopathic remedies prescribed by a personal physician for the purpose of outpatient treatment with medical indications.

Procedure to receive the service: the insured applies to a personal doctor, who prescribes the prescription of biologically active food supplements/homeopathic remedies on the company's letterhead or registers it electronically, whereby the insured pays only the share of

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკას.

- კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულებაში მითითებულ კონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან.
- კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს, მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვისსაჭიროდოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ჩატარებული მომსახურების დეტალური სამედიცინო დოკუმენტაცია, მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

4.11.2. გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება (თერაპიული და ქირურგიული) - ითვალისწინებს სტომატოლოგის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების (დენტოგრამა, ვიზიო, ორთოპანტომოგრამა), თერაპიული (კბილის დაბჟენის, ქვებისა და ნადებების მოცილების (დახურული კიურეტაჟი ულტრასტომით და პოლირებით)) და ქირურგიული სტომატოლოგიის (კბილის ამოღების, გეგმიური ქირურგიული მანიპულაციების), ადგილობრივი ანესთეზიის ხარჯების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად.

მომსახურების მიღების წესი: კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულების დანართში მითითებულ კონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან. კომპანიის არაკონტრაქტორ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიღებული მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

4.11.3. ორთოპედიული სტომატოლოგია – ითვალიწინებს ორთოპედის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების, მოსახსნელი მთლიანიდა/ან ნაწილობრივი პროთეზისა და მიკროპროთეზის, მეტალოკერამიკის, მეტალოპლასტმასის, პლასტმასის დაფოლადისაგვირგვინის, ჩანართის, უმეტალოკერამიკისა (გვირგვინების და ვინირების დამზადება) და ბიგელისებური პროთეზის ღირებულებაზე ფასდაკლებას, პოლისის შესაბამისად.

4.11.4. ორთოდონტიული სტომატოლოგია - ითვალისწინებს ორთოდონტის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკურ ღონისძიებების, მოსახსნელი ორთოდონტიული ფირფიტოვანი აპარატისა და მოუხსნელი ორთოდონტიული აპარატის (ბრეის-სისტემა) ღირებულებაზე ფასდაკლებას, პოლისის შესაბამისად.

ორთოპედიული / ორთოდონტული სტომატოლოგიური მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული მიმართავს კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულების დანართში მითითებულ, კონტრაქტორ კლინიკას. მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი დაპირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. იმ მომსახურებებზე, რომელზეც კონტრაქტორი კლინიკა დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, აგრეთვე კომპანიის არაკონტრაქტორ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიღებული მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

4.11.5. დამატებითი სტომატოლოგიური მომსახურება კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“ - ითვალისწინებს 50%-იან ფასდაკელბას შემდეგ მომსახურებებზე: კბილების გაწმენდას Air flow-ს მეთოდით, არხების დამუშავება ენდობუნიკის აპარატით (არხის სრული ჰერმეტიზაცია / არხის სრულად გასუფთავება ინფიცირებული ქსოვილისგან), CT კვლევაზე.

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული მიმართავს კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურს“. მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან. მომსახურებებზე, რომელზეც პროვაიდერი კლინიკა

the cost of the prescribed remedies provided by the insurance conditions in the provider's pharmacy networks. Medicines purchased at other pharmacies without a personal doctor's referral are not subject to reimbursement.

4.11. Dental services:

4.11.1. Emergency dental services - provides reimbursement of the cost of primary dental care (extraction of a tooth in case of acute toothache and related anesthesia) in accordance with the terms of the policy.

Procedure to receive the service: the insured is entitled to apply to any licensed dental clinic.

- When applying to the company's contractor clinic specified in this agreement, the insured must submit an insurance policy and an identity document. In such a case, the insured is exempted from paying for the relevant services.
- When applying to the company's non-contractor clinic, the insured pays the service amount in full and then applies to the insurance reimbursement group for reimbursement within 30 days of receiving the service. Documentation required for reimbursement: insurance policy, identity document, detailed medical documentation of the service performed with the seal and signature of the service institution/doctor, detailed assessment/calculation of the service, cashier's receipt.

4.11.2. Planned dental services (therapeutic and surgical) - includes dentist consultation, diagnostic measures (dentogram, visio, orthopantomogram), therapeutic (dental grinding, removal of stones and plaques (closed curettage with ultrastoma and polishing)) and surgical dentistry (tooth extraction, planned surgical manipulations)), reimbursement of local anesthesia expenses, according to the card.

Procedure to receive the service: When applying to the company's contractor clinic specified in the appendix to this agreement, the insured must present an insurance policy and an identity document. In such a case, the insured is exempted from paying for the relevant services. Services received in the company's non-contractor dental clinic are not subject to reimbursement by the insurer.

4.11.3. Orthopedic dentistry - takes into account discounts on the cost of orthopedist consultation, diagnostic measures, removable full and/or partial dentures and microprostheses, metal-ceramic, metal-plastic, plastic crowns, inlays, non-metal-ceramics (making crowns and veneers) and bigel prosthesis, in accordance with the policy.

4.11.4. Orthodontic dentistry - provides a discount on the cost of orthodontist consultation, diagnostic measures, removable orthodontic plate device and non-removable orthodontic device (brace system), in accordance with the policy.

Procedure to receive the orthopedic / orthodontic dental services: the insured applies to the company's contractor clinic specified in the appendix to this contract. At the time of application, the insured must submit a document confirming the insurance policy. Services for which the contractor clinic does not offer a discount to the insured, as well as the services received at the company's non-contractor dental clinic, are not subject to reimbursement by the insurer.

4.11.5. Additional dental services Clinic "Universi - LLC in Intermed Tour" - provides a 50% discount on the following services: implantation, treatment with a microscope, treatment of canals with an endobunic device (complete sealing of the canal / complete cleaning of the

დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

4.12. ორსულობა – ითვალისწინებს ორსულთა პატრონაჟისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებების (ექიმის კონსულტაცია, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, აბორტი სამედიცინო ჩვენებით, ორსულობის გართულებების დიაგნოსტირება და მკურნალობა, მანიპულაციები, როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური მომსახურებისას) ხარჯების ანაზღაურებას, არჩეული ბარათის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების პირობების გათვალისწინებით, ბარათის შესაბამისად. მომსახურების მისაღებად იხ. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, მედიკამენტები.

4.13. მშობიარობა - ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან ან სამედიცინო ჩვენებით საკეისრო კვეთასთან, აგრეთვე მშობიარობის გართულებების მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების (მედიკამენტები, მანიპულაციები, პალატა (სტანდარტული, რეანიმაციული, ინტენსიური), გაუტკივარების ღირებულება) ღირებულების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად. ამ მომსახურებისათვის ბარათით დაფარვისა და ლიმიტის გათვალისწინებით დაიფარება მშობიარობასთან და/ან მის შემდგომი გართულებებასთან დაკავშირებული ხარჯებიც (იგულისხმება, როგორც დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები), მიუხედავად იმისა, ამ გართულებებით გამოწვეული მდგომარეობები იქნება გადაუდებელ ჰოსპიტალურ, თუ ამბულატორიულ პირობებში გაწეული.

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულება.

- კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების პოლისით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან.
- გეგმიური საკეისრო კვეთის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან გეგმიური საკეისრო კვეთის თარიღამდე მინიმუმ 3 (სამი) სამუშაო დღით ადრე; მშობიარობის/საკეისროკვეთის შემთხვევაში - სამშობიარო სახლიდან გაწერამდე 1 დღით ადრე.
- საგარანტიო წერილის გარეშე, აგრეთვე კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო ბარათი; პირადობის მოწმობა; ბავშვის დაბადების მოწმობა; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურება დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

4.14. მეორე აზრის მოძიება - მომსახურება ითვალისწინებს ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზის შემთხვევაში, მსოფლიოს წამყვანი კლინიკის სპეციალისტების მიერ დიაგნოზის დაზუსტებას/დადასტურებას, მკურნალობის ყველაზე ოპტიმალური სქემის შერჩევას, სხვა სახის სამედიცინო რეკომენდაციების მომზადებას.

მომსახურების მიღების წესი: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სერვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია "მედიგაიდის" წარმომადგენელს საქართველოში - კლინიკა კურაციოს, სპეციალურ ნომერზე: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საჭიროების შესახებ. კლინიკა კურაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახლესი 1 სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, კურაციოს ექიმი მედიგაიდის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად ირჩევს მომსახურების გამწევ სასურველ კლინიკას. მომსახურებასთან დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტაცია დაზღვეულმა კლინიკას უნდა მიაწოდოს ქართულ ან ინგლისურ ენაზე. კლინიკა კურაციო უზრუნველყოფს დაზღვეულისთვის მეორე აზრის მოძიების პირობებით განსაზღვული მომსახურების მიწოდებას შემთხვევის გაცხადებიდან 15 დღის განმავლობაში.

canal from infected tissue), malkheni air (procedure without stress and tension).

Procedure to receive the service: the insured applies to the clinic "Universa - Intermed Tour LLC". When applying, the insured must present an identification card and an identity document. In such a case, the insured is exempted from paying the share of the amount provided by the insurance condition for the relevant service. Services for which the provider clinic does not offer a discount to the insured shall not be reimbursed by the insurer.

4.12. Pregnancy - provides reimbursement of the costs of medical services necessary for the patronage of pregnant women (doctor's consultation, laboratory and instrumental examinations, abortion with medical indication, diagnosis and treatment of pregnancy complications, manipulations, both in outpatient and hospital services), taking into account the conditions of planned outpatient services of the chosen card, in accordance with the card. To receive the service, see Scheduled outpatient services, medicines.

4.13. Childbirth - reimbursement of the cost of medical services (medications, manipulations, ward (standard, resuscitation, intensive), cost of pain relief) related to physiological childbirth or cesarean section with medical indication, as well as treatment of childbirth complications, according to the card. Taking into account the card coverage and limit for this service, the costs related to childbirth and/or its subsequent complications will be covered (meaning both before and after the discharge of the insured person from the medical institution), regardless of whether the conditions caused by these complications are incurred in emergency hospital or outpatient conditions.

Procedure to receive the service: the insured has the right to choose a licensed medical institution.

- In order to receive services at the company's contractor clinic, the insurer issues a letter of guarantee, on the basis of which the insured is exempted from paying the share stipulated in the value policy.
- The insured must submit complete documentation about the planned caesarean section to the insurer at least 3 (three) working days before the date of the planned caesarean section; In case of childbirth/caesarean section - 1 day before discharge from the maternity hospital.
- Without a letter of guarantee, as well as when applying to a non-contractor clinic of the company, the insured pays the service amount in full and then applies to the insurance compensation group for compensation within 30 days after receiving the service. Documentation required for reimbursement: ID card; birth certificate of the child; Form #100 (services received with a detailed description), a detailed assessment/calculation of the services, cashier's receipt confirmed with the stamp and signature of the service institution/doctor.

4.14. Seeking a second opinion - the service includes, in the case of an oncological disease diagnosis, clarification/confirmation of the diagnosis by the world's leading clinic specialists, selection of the most optimal treatment scheme, preparation of other types of medical recommendations.

Procedure to receive the service: during working hours, the insured contacts the representative of the international organization "Medigaid" in Georgia - Clinic Curatio, at the special number: 032 2 431010, where he makes an application about the need for the service. The Clinic will contact the Curation Insured within the latest 1

4.15. რთული სამედიცინო შემთხვევების მართვა - ითვალისწინებს ისეთ შემთხვევების კონსილიუმის ადმინისტრირებას, როდესაც საქართველოში დამკვიდრებული სახელმწიფო პროტოკოლების/გაიდლაინების მიხედვით ჩატარებული კლინიკური, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების საფუძველზე რამოდენიმე სპეციალისტს გააჩნია განსხვავებული მოსაზრება დიაგნოსტირებასთან და/ან მკურნალობის სქემის შერჩევასთან.

მომსახურების მიღების წესი: პირადი ექიმი აფიქსირებს კონსილიუმის ჩატარების საჭიროებას, რომელიც თავის მხრივ ათანხმებს მზღვეველთან და ახდენს კონსილიუმის ორგანიზებას სათანადო დარგების წამყვანი სპეციალისტების მონაწილეობით.

4.16. ევროპული სამედიცინო დიაგნოსტიკა - Diagnose.me - მომსახურება ითვალისწინებს: მსოფლიო მასშტაბის დარგის წამყვანი სპეციალისტის კონსულტაციას, დასმული დიაგნოზის დამოუკიდებლად და ექსპერტულად ხელახლა შეფასებას, წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტების საფუძველზე მკურნალობის დანიშნული გეგმის გადახედვას.
მომსახურების მისაღებად: დაზღვეული ვებ-მისამართიდან https://lp.diagnose.me/en/gpihge ირჩევს დარგის სპეციალისტს, ტვირთავს სამედიცინო დოკუმენტაციას და 10 სამუშაო დღის ვადაში იღებს პასუხს სამედიცინო პრობლემის შესახებ.

5. გამონაკლისები

5.1. ანაზღაურებას არ ექვემდებარება ქვემოთ ჩამოთვლილი შემთხვევები და/ან მათთან/ მათ გართულებებთან,დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურებების ხარჯები.

5.1.1. ქვემოთ ჩამოთვლილი მოვლენებით/გარემოებებით განპირობებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის და/ან მათთან/ მათ გართულებებთან დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურებების ხარჯები: თვითდაშავება, თვითმკვლელობის მცდელობით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება (თუ ეს არ ეხება სხვისი სიცოცხლის გადარჩენას), კრიმინალურ (კანონსაწინააღმდეგო) აქტში მონაწილეობა, სამხედრო სამსახურში ყოფნისას, თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა, ალკოჰოლურ, ნარკოტიკულ, ტოქსიკურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულებასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება, ასევე ამ ნივთიერებათა ზემოქმედების შედეგად გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, მათ შორის ამ ნივთიერებათა ზემოქმედების ქვეშ ყოფნისას ავტოსატრანსპორტო საშუალებების მართვისას მომხდარი ავტოსაგზაო შემთხვევით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, ნებისმიერი სახის პროფესიულ სპორტში მონაწილეობა.

5.1.2. ქვემოთ ჩამოთვლილ დაავადებებთან და/ან მათთან/ მათ გართულებებთან დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურებების ხარჯები: თანდაყოლილი ან/და გენეტიკური დაავადებები და ანომალიები (გარდა ქირურგიული მკურნალობისა), სექსუალური დარღვევები, აივ-ინფექცია, შიდსი, ჰეპატიტები (ნებისმიერი ფორმისა და სტადიის), შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი, უპირატესად სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (მათ შორის ვულვოვაგინალური კანდიდიაზის, ბაქტერიული ვაგინოზისა და ურეთრიტისა), ფსიქიური

working day. After collecting the necessary medical information, Curatio's doctor, with the help of Mediguide, provides the search for three world-leading clinics, from which the insured chooses the desired clinic that provides the service. The insured person must provide the medical documentation related to the service to the clinic in Georgian or English. Curacio Clinic provides services defined by the terms of seeking a second opinion to the insured within 15 days after the event is announced.

4.15. Management of Complex Medical Cases
The management of complex medical cases involves the administration of a medical board (consilium) in situations where, based on clinical, laboratory, and instrumental investigations conducted in accordance with state-established protocols and guidelines in Georgia, multiple specialists hold differing opinions regarding the diagnosis and/or the selection of a treatment plan.

Service Provision Procedure: The personal physician identifies the need for a consilium, based on the clinical condition and existing diagnostic or treatment-related discrepancies. The physician then coordinates this need with the insurer and organizes the consilium with the involvement of leading specialists from the relevant medical fields.

4.16. European Medical Diagnostics – Diagnose.me
This service includes consultation with a world-leading specialist in the relevant medical field, an independent expert second opinion on your current diagnosis, and a review of your treatment plan based on the provided medical documentation.
Service Provision Procedure: To use the *International Diagnosis – Diagnose.me* service, the insured person visits https://lp.diagnose.me/en/gpihge, selects a specialist, uploads their medical documentation, and receives a professional opinion about their medical issue within 10 business days.

5. EXCEPTIONS

5.1. The cases listed below and/or the costs of any services related to them/their complications and arising from them are not subject to compensation.

5.1.1. Costs of health conditions caused by the events/circumstances listed below and/or related to them/their complications and any services resulting from them: self-injury, deterioration of health conditions caused by suicide attempts (unless it concerns the saving of another's life), participation in a criminal (illegal) act, military service During the stay, an insurance event occurring during the period of imprisonment, medical services related to addiction to alcoholic, narcotic, toxic substances, as well as deterioration of the health condition caused by exposure to these substances, including deterioration of the health condition caused by a traffic accident while driving vehicles while under the influence of these substances, of any kind Participation in professional sports.

5.1.2. Costs of any services related to and resulting from the following diseases and/or their complications: congenital and/or genetic diseases and anomalies (except for surgical treatment), sexual disorders, HIV-infection, AIDS, hepatitis (of any form and stage), diabetes and diabetes insipidus, mainly sexually transmitted diseases (including vulvovaginal candidiasis, bacterial vaginosis and urethritis), mental diseases, reproductive function disorders, chronic diseases of the blood and hematopoietic system, systemic diseases,

დაავადებები, რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევა, სისხლის და სისხლმბადი სისტემის ქრონიკული დაავადებები, სისტემური დაავადებები, გაფანტული და ამიოტროფული სკლეროზი, ეპილეფსია, ტუბერკულოზი; დაზღვევამდე არსებული სიმსივნური დაავადებები;

5.1.3. ქვემოთ ჩამოთვლილ მომსახურებების/პროცედურებისდა/ან მათთან/ მათ გართულებებთან დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურებების ხარჯები: ექსპერიმენტული და არატრადიციული მედიცინა; სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ არის მიზანშეწონილი სამედიცინო თვალსაზრისით ან ჩატარებულია სამედიცინო ჩვენების გარეშე, დამატებითი და ექსკლუზიური მომსახურება, აყვანილი/მოწვეული ექიმის ჰონორარი (გარდა დამატებითი მომსახურების შესაბამისად, გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევისა); საქართველოში აღებული გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ გაგზავნა და გამოკვლევები; გეგმიური აცრები (ვაქცინაცია, იმუნიზაცია), ნებისმიერი სახის სამედიცინო ცნობის მიღებასთან დაკავშირებული გამოკვლევები; სანატორიული და ბალნეოლოგიური, რეაბილიტაციური, პალიატიური მკურნალობა, სამკურნალო ვარჯიშები, სამედიცინო მასაჟები, მანუალური თერაპია და ფიზიოპროცედურები, კოსმეტიკური და პლასტიკური სამედიცინო მომსახურება, წონის კორექციასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება, მხედველობის კორექცია (მათ შორის ექსიმერული ლაზერით მკურნალობა, რეფრაქციული ანომალიის კორექცია); ნებისმიერი სახის ეგზოპროთეზირება, ტრანსპლანტაცია, დიალიზი, სანაყოფე სითხის დიაგნოსტიკა და ნებისმიერი სახის გენეტიკური კვლევა; ხელოვნური განაყოფიერება, სტერილიზაცია, კონტრაცეფცია, ფსიქოთერაპევტის, ფსიქოანალიტიკოსისა და ლოგოპედის მომსახურება; დაზღვევის ძალაში შესვლამდე დამდგარი ჰოსპიტალური შემთხვევა; მონოკლონური ანტისხეულებით მკურნალობა; ხერხემლის მადეფორმირებელი მდგომარეობების რეკონსტრუქციული ოპერაციული მკურნალობა მაგ: კიფოზები, ლორდოზები, სქოლიოზები. დაზღვევამდე არსებული გულის რითმის დარღვევის კათეტერული აბლაცია.

5.1.4. ქვემოთ ჩამოთვლილსაშუალებების შეძენასთან, მოხმარებასთან და/ან მათთან/ მათ გართულებებთან დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურებების ხარჯები:
არარეგისტრირებული მედიკამენტები, ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები (მათ შორის მედიკამენტად რეგისტრირებული) გარდა ბარათში მითითებული ფასდაკლებისა, პარასამკურნალო და ჰომეოპათიური საშუალებები, ჰიგიენისა და მოვლის საშუალებები, გადასახვევი მასალები და შაქრის შემცვლელელები, იმუნომოდულატორები, ფსიქოტროპული პრეპარატები, სისტემური ენზიმოთერაპია, დამხმარე საშუალებები და მაკორეგირებელი საშუალებები/მოწყობილობები (მათ შორის სათვალე, ლინზები, სასმენი მოწყობილობები, და სხვა), პროთეზები, იმპლანტები (გარდა ბარათით გათვალისწინებულისა).

5.2. ნებისმიერი სხვა (სახელმწიფო და არასახელმწიფო) სამედიცინო/ჯანდაცვის პროგრამებით თუ დაზღვევით გათვალისწინებული დაავადებების/მდგომარეობების სამედიცინო მომსახურება/მკურნალობა, გარდა აღნიშნული პროგრამების ანაზღაურების მიღმა დარჩენილი წილისა. სახელმწიფო პროგრამის მონაწილეებისთვის კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებისას სადაზღვევო კომპანია იხელმძღვანელებს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ტარიფით. თუ სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარი პირი, ნებაყოფლობით უარს აცხადებს ამ პროგრამის ბენეფიტის გამოყენებაზე, ერთჯერადად ან მუდმივად, სადაზღვევო კომპანია არ აანაზღაურებს ამ ცვლილებით გამოწვეულ დამატებით ხარჯს, მიუხედავად სამედიცინო დაწესებულებისა.

5.3. იმ მომსახურებების ხარჯები, რომელიც არ არის გათვალისწინებული წინამდებარე ხელშეკრულებით/პოლისით, არ ექვემდებარება მზღვეველის მხრიდან ანაზღაურებას.

5.4. მზღვეველის მიერ არ ანაზღაურდება შემთხვევები, როდესაც სახეზეა დამზღვევის ან/და მოსარგებლის მიერ წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების დარღვევა ან/და მზღვეველის მითითებების შეუსრულებლობა ან/და მზღვეველის მიერ მოთხოვნილი დოკუმენტაციის წარმოუდგენლობა მზღვეველის მიერ განსაზღვრულ ვადებში.

diffuse and amyotrophic sclerosis, epilepsy, tuberculosis; cancerous diseases existing before insurance;

5.1.3. Costs of services/procedures listed below and/or related to them/their complications and any services arising from them: experimental and non-traditional medicine; Medical services that are not appropriate from a medical point of view or are performed without a medical indication, additional and exclusive services, hired/invited doctor's fee (except for additional services in accordance with the case of scheduled hospital services); sending research material taken in Georgia abroad and examinations; Scheduled vaccinations (vaccination, immunization), examinations related to receiving any type of medical certificate; sanatorium and balneological, rehabilitation, palliative treatment, medical exercises, medical massages, manual therapy and physioprocedures, cosmetic and plastic medical services, medical services related to weight correction, vision correction (including excimer laser treatment, refractive anomaly correction); Any type of exoprosthesis, transplantation, dialysis, amniotic fluid diagnosis and any type of genetic research; artificial insemination, sterilization, contraception, psychotherapist, psychoanalyst and speech therapist services; a hospital incident before the insurance comes into effect; treatment with monoclonal antibodies; Reconstructive operative treatment of deforming conditions of the spine, eg: kyphosis, lordosis, scoliosis. Catheter ablation of pre-existing cardiac arrhythmias.

5.1.4. The costs of any services related to the purchase, use and/or their complications of the following means:
Non-registered medicines, biologically active food supplements (including those registered as medicines) except for the discount specified in the card, para-medicinal and homeopathic remedies, hygiene and care products, dressing materials and sugar substitutes, immunomodulators, psychotropic drugs, systemic enzyme therapy, auxiliary means and corrective means/devices (including glasses, lenses, hearing aids, etc.), prostheses, implants (except for those provided by the card).

5.2. Medical services/treatment of diseases/conditions covered by any other (state and non-state) medical/healthcare programs or insurance, except for the portion remaining beyond reimbursement of said programs. In indemnifying the costs of specific medical services for the participants of the state program, the insurance company will be guided by the tariff established by the state. If the beneficiary of the state program voluntarily refuses to use the benefit of this program, once or permanently, the insurance company will not reimburse the additional cost caused by this change, regardless of the medical institution.

5.3. The costs of those services, which are not covered by this Agreement/Policy, are not subject to indemnification by the Insurer.

5.4. The Insurer will not compensate for cases where the Policyholder and/or the Beneficiary violates the obligations stipulated in this Agreement and/or fails to comply with the Insurer's instructions and/or fails to submit the documentation requested by the Insurer within the time limits specified by the Insurer.

შენიშვნა: გამონაკლისებით დაზღვეულ პირებს სადაზღვევო ხელშეკრულების შესაბამისად უნაზღაურდება პუნქტში 5.1.2. მითითებული დაავადებების გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების დიაგნოსტირების ხარჯები, თუ შემდეგი სერვისები განხორციელებულია კლინიკა „კურაციოს“ მიერ: სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევები.

Note: Persons insured with exceptions will be compensated in accordance with the clause 5.1.25. of the Insurance Agreement. The costs of scheduled outpatient diagnostic services for the diseases specified in the clause, if the following services are provided by the "Curacio" clinic: specialist consultation, instrumental and laboratory tests.

6. სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის პირობების მოქმედების ვადა

6.1. ხელშეკრულება ითვალისწინებს და ადგენს დამზღვევის და მზღვეველისურთიერთობის პირობებს სადაზღვევო სფეროში, კერძოდ მხარეები თანხმდებიან რომ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დაზღვევა ძალაშია პოლისში მითითებული თარიღით, რომლის ყოველი შემდგომი ამოწურვის შემდეგ პოლისის მოქმედება ავტომატურად გრძელდება 1 (ერთი) წლის ვადით ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებითა და წესით.

6.2. მზღვეველი უფლებამოსილია, სადაზღვევო პროდუქტის სპეციფიკის გათვალისწინებით, სადაზღვევო ხელშეკრულების ავტომატურად განახლებისას ცალმხრივად შეცვალოს მომსახურების სახეები ან/და სადაზღვევო პრემია ხელშეკრულების 8.2. პუნქტის შესაბამისად.

6.3. თუ დაზღვეული შვილი სადაზღვევო პერიოდში მიაღწევს 21 ან/და დაზღვეული ან მისი მეუღლე 60 წლის ასაკს, მაშინ სადაზღვევო პერიოდის დასრულებამდე ის ისარგებლებს ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად დაზღვევით, თუმცა სადაზღვევო პერიოდის დასრულების შემდგომ აღარ მოხდება დაზღვევის ავტომატურად გაგრძელება. ასეთ შემთხვევაში, შესაძლებელია გაფორმდეს ჯანმრთელობის დაზღვევის ინდივიდუალური ხელშეკრულება. ინდივიდუალური ხელშეკრულების გაფორმების შემთხვევაში ამ მუხლით გათვალისწინებულ დაზღვეულებზე არ გავრცელდება მათთან გაფორმებული კონკრეტული ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაზღვევით გათვალისწინებული მოცდის პერიოდი.

6.4. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულების პირობების დარღვევის შემთხვევაში, ხელშეკრულება ან/და პოლისი ექვემდებარება მზღვეველის მხრიდან გაუქმებას, ზარალი არ ანაზღაურდება და გადახდილი გამოუმუშავებელი პრემია დაუბრუნდება დამზღვევს 5 (ხუთი) სამუშაო დღის ვადაში.

6.5. დაზღვეულის გარდაცვალებისას სადაზღვევო პოლისი უქმდება გამომუშავებულ პრემიას დამატებული წლიური პრემიის არაუმეტეს 25% პრემიის ოდენობით.

6. TERM OF VALIDITY OF THE INSURANCE AGREEMENT/POLICY

6.1. The Agreement provides for and establishes the terms of the relationship between the Insurer and the Policyholder in the field of insurance, in particular, the parties agree that the insurance provided for in the Agreement is effective on the date specified in the Policy, after each subsequent expiration of which the Policy is automatically extended for a period of 1 (one) year under the terms and conditions provided for in the Agreement.

6.2. The Insurer is entitled, taking into account the specifics of the insurance product, to unilaterally change the types of services and/or the insurance premium during the automatic renewal of the Insurance Agreement. in accordance with the clause 8.2.

6.3. If the Insured child reaches the age of 21 and/or the Insured or his/her spouse 60 during the insurance period, he/she will benefit from the insurance according to the terms of the Agreement, however, after the end of the insurance period, the insurance will no longer be automatically extended. In such a case, it is possible to sign an individual health insurance agreement. In case of signing an individual agreement, the waiting period stipulated by the specific individual health insurance will not apply to the insured persons provided for in this article.

6.4. In case of violation of the terms of the Agreement by the Insured, the Agreement and/or Policy is subject to cancellation by the Insurer, the loss will not be compensated and the paid unearned premium will be returned to the Insurer within 5 (five) working days.

6.5. In case of the death of the Insured, the Insurance Policy is canceled at the earned premium plus no more than 25% of the annual premium.

7. საოჯახო პაკეტის შეძენის პირობები

7.1. საოჯახო პაკეტი გულისხმობს 60 წლამდე მეუღლის ან/და 21 წლამდე ასაკის შვილების დაზღვევას.

7.2. საოჯახო პაკეტით გათვალისწინებულია საოჯახო პაკეტის შესაბამისი საოჯახო ლიმიტები ოჯახის წევრთა რაოდენობის მიუხედავად.

7.3. დამზღვევი უფლებამოსილია ოჯახის ყველა წევრისთვის აირჩიოს და შესაბამისად ოჯახის ყველა წევრზე გავრცელდეს ხელშეკრულებით განსაზღვრული საოჯახო პაკეტთაგან მხოლოდ ერთი და იდენტური საოჯახო დაზღვევის პაკეტი. საოჯახო პაკეტის არჩევის შემთხვევაში ოჯახის ყველა წევრის მიმართ დაზღვევა იწყება ერთსადაიმავე დღეს.

7.4. საოჯახო პაკეტიდან ოჯახის წევრის გასვლა განიხილება როგორც კონკრეტული დაზღვეულის მიმართ დაზღვევის შეწყვეტა და დარეგულირდება ხელშეკრულების ვადამდე შეწყვეტის პირობებით.

7.5. იმ შემთხვევაში თუ ოჯახის წევრის საოჯახო პაკეტიდან გასვლა გამოიწვევს ოჯახის წევრების 2 პირამდე შემცირებას, მაშინ დაზღვევის ავტომატური განახლებისას მზღვეველის მხრიდან გაუქმდება საოჯახო პაკეტი და თითოეულ დაზღვეულს

7. TERMS OF PURCHASE OF THE FAMILY PACKAGE

7.1. The family package includes insurance for a spouse under 60 years and/or children under 21 years.

7.2. The family package includes the family limits corresponding to the family package, regardless of the number of family members.

7.3. The Policyholder is entitled to choose for all family members and accordingly to apply to all family members only one and identical family insurance package from the family packages specified in the contract. In case of choosing a family package, insurance for all family members starts on the same day.

7.4. Withdrawal of a family member from the family package is considered as a termination of insurance for a specific insured and will be regulated by the termination conditions of the Agreement.

7.5. If the withdrawal of a family member from the family package results in a reduction of family members to 2 people, then the Insurer will cancel the family package during the automatic renewal of the insurance and the

სადაზღვევო პაკეტი განუახლდება საოჯახო პაკეტის პირობებით, თუმცა ინდივიდუალური დაზღვევის სახით.

7.6. საოჯახო პაკეტის ავტომატური განახლებისას შესაძლებელია მხოლოდ 1-დან 2 წლამდე ასაკის შვილის დამატება ოჯახის დანარჩენი წევრებისთვის არსებული იდენტური პირობებით.

8. სადაზღვევო პრემია და გადახდის წესი

8.1. ინდივიდუალური სადაზღვევო პრემიის გამოთვლა ხდება დამზღვევის მიერ არჩეული პაკეტის და დაზღვეულის ასაკის შესაბამისად, ხოლო საოჯახო პაკეტის შემთხვევაში დამზღვევის მიერ არჩეული პაკეტის, დაზღვეულთა ასაკის და დაზღვეული ოჯახის წევრების რაოდენობის შესაბამისად.

8.2. სადაზღვევო ხელშეკრულების დადების შემდეგ პოლისში მითითებული ყოველი განახლებისას მოხდება პრემიის ხელახალი გადაანგარიშება და განსაზღვრა არჩეული პაკეტის და დაზღვეულის ასაკის შესაბამისად, ხოლო საოჯახო პაკეტის შემთხვევაში არჩეული პაკეტის, დაზღვეულთა ასაკის და დაზღვეული ოჯახის წევრების რაოდენობის შესაბამისად. მზღვეველი უფლებამოსილია სადაზღვევო პრემია გაზარდოს ცალმხრივად, არაუმეტეს ცვლილებამდე პოლისის წინა 12 თვის პრემიის 30%-ისა რის შესახებაც დამზღვევს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების (SMS) საშუალებით დაზღვევისას მითითებულ ტელეფონის ნომერზე პოლისის განახლებამდე 1 (ერთი) თვით ადრე. იმ შემთხვევაში, თუ დამზღვევი არ მოინდომებს პოლისის განახლებას გაზრდილი სადაზღვევო პრემიის პირობებში, მაშინ მან მოკლე ტექსტური შეტყობინების მიღებიდან 10 (ათი) სამუშაო დღის განმავლობაში მზღვეველს უნდა გაუგზავნოს წერილობითი შეტყობინება, წინააღმდეგ შემთხვევაში ხელშეკრულება ჩაითვლება ავტომატურად გაგრძელებულად.

8.3. დამზღვევი ვალდებულია დროულად გადაიხადოს სადაზღვევო პრემია/შენატანი და დამატებითი მოდულ(ებ)ის ღირებულება სადაზღვევო პოლისში/ხელშეკრულებაში განსაზღვრული გადახდის გრაფიკის მიხედვითა და დადგენილი ოდენობით - ერთჯერადად ან განვადებით.

8.4. მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდში გადახდის არჩეული გრაფიკის ცვლილება არ ხდება, თუმცა დაზღვევის ავტომატური განახლებისას დამზღვევს შეუძლია მიმართოს მზღვეველს და მოითხოვოს ახალ სადაზღვევო პერიოდში გადახდის გრაფიკის ცვლილება.

8.5. სადაზღვევო პრემიის გრაფიკი/ გადახდის თარიღები მითითებულია პოლისში.

8.6. სადაზღვევო პრემიის ერთჯერადი გადახდისას - მისი გადახდა ხორციელდება ხელშეკრულების/პოლისის გაფორმებისთანავე. დაზღვევის ავტომატური გაგრძელების შემთხვევაში დამზღვევი წლიურ (12 თვის) პრემიას იხდის წინასწარ სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე არანაკლებ 14 (თოთხმეტი) დღით ადრე.

8.7. სადაზღვევო პრემიის განვადებით გადახდისას სადაზღვევო პრემიის პირველი გადახდა ხორციელდება წინასწარ ხელშეკრულების/პოლისის გაფორმებისთანავე, არაუგვიანეს სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე 14 (თოთხმეტი) დღით ადრე, ხოლო მომდევნო გადახდები ხორციელდება ყოველ მომდევნო თვეს პოლისში მითითებულ თარიღებში, შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის შესაბამისად.

8.8. სადაზღვევო პრემიის გადახდისას საგადახდო დავალებაში უნდა მიეთითოს პოლისის ნომერი. საგადახდო დავალებაში პოლისის ნომრის მიუთითებლობის შედეგებზე სრულად პასუხისმგებელია დამზღვევი.

8.9. დამზღვევის მიერ სადაზღვევო შესატანის გადახდის ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში, მზღვეველი წერილობით განუსაზღვრავს დამზღვევს გადახდის ორკვირიან ვადას, რომლის უშედეგოდ გასვლის შემდეგ მზღვეველი თავისუფლდება თავისი მოვალეობებისგან. სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის მოქმედება განახლდება მხოლოდ დამზღვევის მიერ პრემიის გადახდის შემდეგ, დავალიანების გადახდის დღის 24.00 საათზე დავალიანების დაფარვის შემდგომ.

8.10. თუ დამზღვევმა დაარღვია პრემიის შეტანის ვალდებულება, მზღვეველს შეუძლია სადაზღვევო პრემიის გადახდის ორკვირიანი ვადის განსაზღვრისას გააფრთხილოს დამზღვევი

insurance package will be renewed for each Insured under the terms of the family package, but in the form of individual insurance.

7.6. During the automatic renewal of the family package, it is possible to add only a child aged 1 to 2 years under the same conditions as for the rest of the family.

8. INSURANCE PREMIUM AND RULE OF PAYMENT

8.1. The individual insurance premium is calculated according to the package chosen by the Policyholder and the age of the insured, and in the case of a family package according to the package chosen by the Policyholder, the age of the insured and the number of insured family members.

8.2. After signing the insurance Agreement, at each renewal specified in the policy, the premium will be recalculated and determined according to the selected package and the age of the Insured, and in the case of a family package, according to the selected package, the age of the Insured and the number of Insured family members. The Insurer is entitled to increase the insurance premium unilaterally, up to a change not exceeding 30% of the premium of the previous 12 months of the Policy, about which the Insurer is notified via a short text message (SMS) no later than 1 (one) month before the renewal of the Policy, to the phone number specified in the Policy. In case the Policyholder does not wish to renew the policy under conditions of increased insurance premium, then he/she shall send a written notification to the Insurer within 10 (ten) working days after receiving the short text message, otherwise the Agreement will be considered automatically extended.

8.3. The Policyholder is obliged to pay the insurance premium/contribution and the cost of additional module(s) on time according to the payment schedule specified in the Insurance Policy/Agreement and in the specified amount - in a lump sum or in installments.

8.4. The change of selected payment schedule during the current insurance period is impossible, however, during the automatic renewal of the Insurance Policy, the Policyholder may contact the Insurer and request a change in the payment schedule for the new insurance period.

8.5. Insurance premium schedule/payment dates are specified in the Policy.

8.6. In case of one-time payment of the insurance premium – premium shall be paid immediately after signing the Insurance Policy/Agreement. In case of automatic extension of insurance, the Policyholder pays the annual (12 months) premium no later than 14 (fourteen) days before the start of the insurance period.

8.7. When paying the insurance premium in installments, the first payment of the insurance premium is made immediately after signing the Insurance Policy/Agreement, no later than 14 (fourteen) days before the start of the insurance period, and subsequent payments are made every month on the dates specified in the Policy, in accordance with the agreed payment schedule.

8.8. When paying the insurance premium, the Policy number must be indicated in the payment order. The Policyholder is fully responsible for the consequences of indicating the policy number in the payment order.

8.9. In case of breach of the obligation to pay the insurance premium by the Policyholder, the Insurer shall specify in writing a two-week payment period, after which the Insurer shall be released from its obligations. The validity of the Insurance Policy/Agreement will be renewed only after the payment of the premium by the Policyholder, at 24:00 on the day of the payment of the premium.

და დადგენილი ორკვირიანი ვადის უშედეგოდ გასვლის შემდეგ დამატებით ორი კვირის ვადაში მოშალოს ხელშეკრულება, დამატებითი გაფრთხილების გარეშე და მოსთხოვოს დამზღვევს როგორც დარიცხული დავალიანება, ასევე, დაზღვევის ხელშეკრულებით/პოლისით გათვალისწინებული პირგასამტეხლო.

8.11. ხელშეკრულების და მის საფუძველზე გაცემული პოლისების მოქმედების შეჩერება არ ათავისუფლებს დამზღვევს სადაზღვევო პრემიის გადახდის ვალდებულებისაგან.

8.12. მზღვეველის მიერ დამზღვევისთვის ხელშეკრულების 8.10. პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული 2 (ორი) კვირიანი ვადის გასვლის შემდგომ, მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით ნაკისრი მოვალეობის შესრულებისაგან. გადახდის გრაფიკის აღდგენის და პირგასამტეხლოს გადახდის შემდეგ, მხარეთა ურთიერთობა გაგრძელდება ხელშეკრულების შესაბამისად, თუმცა, ამავე დროს მზღვეველი არ იქნება პასუხისმგებელი მხარეთა ურთიერთობის აღდგენამდე მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევების შედეგად წარმოშობილი ზარალის ანაზღაურებაზე.

8.13. პრემიის პირველი შენატანის გადახდამდე მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისაგან, რაც ამავე დროს არ ათავისუფლებს დამზღვევს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულებისაგან.

8.14. ხელშეკრულების 8.10. პუნქტით გათვალისწინებული გადახდის ორკვირიანი ვადის განსაზღვრის ვალდებულება მზღვეველს არ წარმოეშვება პირველი ან ერთჯერადი სადაზღვევო შესატანის დროულად გადახდამდე და ამასთანავე, მზღვეველი თავისუფალია ხელშეკრულებით გათვალისწინებული თავისი მოვალეობების შესრულებისაგან.

8.15. სადაზღვევო პრემია იხ. დანართ 2-ში.

9. უცხო ქვეყნის მოქალაქეთა დაზღვევა

9.1. 60 წლის და უფრო მაღალი ასაკის უცხო ქვეყნის მოქალაქის დაზღვევა შესაძლებელი არ არის.

9.2. უცხო ქვეყნის მოქალაქის/თუ მოქალაქეთა ჯგუფის დაზღვევა, მიუხედავად გადახდის ჯერადობისა და ოჯახის წევრთა რაოდენობისა/ასაკისა არ ითვალისწინებს ფასდაკლებას.

9.3. უცხო ქვეყნის მოქალაქის დაზღვევა ითვალისწინებს პრემიის სულ მცირე კვარტალურ გადახდას.

9.4. უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისათვის ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება განხორციელდება 1. კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკაში შესყიდული ტარიფის მიხედვით. 2. არაკონტრაქტორ კლინიკაში ფაქტიური ხარჯის მიხედვით.

9.5. იმ შემთხვევაში თუ სამედიცინო ზარალის დარეგულირებისას ან ხელშეკრულების მოქმედების ფარგლებში აღმოჩნდება, რომ დარღვეულია ხელშეკრულებით დადგენილი რომელიმე პირობა, მაშინ პოლისი ექვემდებარება დაუყოვნებლივ გაუქმებას, ზარალი არ ანაზღაურდება და გადახდილი გამოუმუშავებელი პრემია დაუბრუნდება დამზღვევს 5 (ხუთი) სამუშაო დღის ვადაში.

10. მხარეთა უფლება – მოვალეობები

10.1. მზღვეველი ვალდებულია:

10.1.1. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულებაში მითითებული გრაფიკის შესაბამისად გადახდილი სადაზღვევო პრემიის საფუძველზე სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას აუნაზღაუროს დაზღვეულს (ან მოსარგებლეს) ზარალი ხელშეკრულების/პოლისის პირობების შესაბამისად.

10.1.2. დაიცვას და არ გაახმაუროს დამზღვევთან საქმიანი ურთიერთობების შედეგად მოპოვებული ინფორმაცია, გარდა საქართველოს კანონით პირდაპირ გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

10.1.3. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემთხვევაში, სადაზღვევო შემთხვევის დადგენისა და სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობის

8.10. If the Policyholder has violated the obligation to pay the premium, the Insurer may, upon determining the two-week term for payment of the insurance premium, warn the Policyholder, and if the two-week period expires without result, terminate the contract within additional two-week period, without additional notice, and demand from the Policyholder both the accrued debt and the penlaties stipulated in the Insurance Policy/Agreement.

8.11. Suspension of validity of the Agreement and the insurance policies issued on its basis does not release the Policyholder from the obligation to pay the insurance premium.

8.12. After the expiration of the 2 (two) week period determined by the Insurer for the Policyholder in accordance with clause 8.10. of the Agreement, the Insurer shall be released from the performance of its obligations under the Agreement. After the restoration of the payment schedule and the payment of the premium, the relationship between the parties will continue in accordance with the Agreement, however, at the same time, the Insurer will not be responsible for the compensation of losses arising as a result of insurance events that occurred before the restoration of the relationship between the parties.

8.13. Before the payment of the first installment of the premium, the Insurer is exempted from fulfilling the obligations stipulated in the Agreement, which at the same time does not exempt the Policyholder from fulfilling the obligations stipulated in the Agreement.

8.14. The Insurer is not obligated to determine the two-week payment period provided for in the clause 8.10. of the Agreement. until the first or one-time insurance premium payment requirement is fulfilled on time, and at the same time, the Insurer is free from fulfilling its obligations under the contract.

8.15. Insurance premium see in the Annex 2.

9. INSURANCE OF FOREIGN CITIZENS

9.1. A foreign citizen aged 60 and older cannot be insured under this Insurance.

9.2. The insurance of a foreign citizen/or a group of citizens, regardless of the payment method and the number/age of family members, does not include a discount.

9.3. Insurance of a foreign citizen provides for at least quarterly premium payments.

9.4. Reimbursement of the cost of any medical services for foreign citizens will be carried out with according to: 1. the tariff purchased at the company's contractor clinic. 2. the actual cost at a non-contractor clinic.

9.5. In the event that during the settlement of medical losses or within the scope of the Agreement, the Insurer finds that any of the conditions established by the Agreemet are violated, then the policy is subject to immediate cancellation, the loss will not be compensated and the paid unearned premium will be returned to the insurer within 5 (five) working days.

10. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

10.1. The Insurer is obliged to:

10.1.1. on the basis of the insurance premium paid by the Policyholder in accordance with the schedule specified in the Agreement, in the event of an insured event, compensate the Insured (or the beneficiary) for the loss in accordance with the terms of the Agreement.

10.1.2. protect and not disclose the information obtained as a result of business relations with the Policyholder, except for the cases directly provided by the laws of Georgia.

10.1.3. in the event of an insured event, the Insured/Policyholder shall, after submitting all the necessary documents for the determination of the insured event and the amount of the

განსაზღვრისათვის დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ ყველა საჭირო დოკუმენტის წარმოდგენის შემდგომ შეასრულოს დაზღვევით ნაკისრი ვალდებულება დროულად და ჯეროვნად ან არგუმენტირებულად უარი უთხრას დამზღვევს/დაზღვეულს ანაზღაურების გაცემაზე.

10.2. მზღვეველი უფლებამოსილია:

10.2.1. დამზღვევის მხრიდან ხელშეკრულების პირობებისა და პრემიის გადახდის გრაფიკის დარღვევის შემთხვევაში შეაჩეროს და/ან შეწყვიტოს სადაზღვევო ხელშეკრულება ხელშეკრულებით დადგენილი წესით და მოსთხოვოს დამზღვევს როგორც დარიცხული დავალიანება, ასევე დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირგასამტეხლო.

10.2.2. გაზარდოს სადაზღვევო პრემია ცალმხრივად, არაუმეტეს ცვლილებამდე პოლისის წინა 12 (თორმეტი) თვის პრემიის 30%-ისა. რის შესახებაც დამზღვევს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების (SMS) საშუალებით დაზღვევისას მითითებულ ტელეფონის ნომერზე პოლისის განახლებამდე 1 (ერთი) თვით ადრე.

10.2.3. არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ ან მისი თანამონაწილეობით სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ფაქტის და/ან ანაზღაურების მიღებისათვის აუცილებელი დოკუმენტების გაყალბების, ასევე, ყალბი ინფორმაციის წარმოდგენის ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში, ხოლო თუ ანაზღაურება უკვე გაცემულია, დამზღვევი ვალდებულია უპირობოდ დაუბრუნოს იგი მზღვეველს. ამასთან ყოველი ასეთი პირის დაზღვევა მზღვეველის მხრიდან ექვემდებარება დაუყოვნებლივ გაუქმებას.

10.2.4. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ მოსთხოვოს დამზღვევს/დაზღვეულს ყოველგვარი ცნობა და დამატებითი დოკუმენტაცია რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის, ასევე ზიანის მოცულობის დასადგენად.

10.2.5. მოითხოვოს გაცემული ანაზღაურების დაბრუნება, თუ აღმოჩნდა, რომ ზარალის დადგომა არ იყო გამოწვეული სადაზღვევო შემთხვევით ან დამზღვევის ბრალით შეუძლებელია რეგრესის უფლების გამოყენება.

10.2.6. ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში ნებისმიერ დროს შეცვალოს ერთი ან რამოდენიმე სამედიცინო კონტრაქტორი.

10.2.7. ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ხელშეკრულების შეწყვეტის საფუძვლების გარდა, ასევე ნებისმიერ დროს თავისი შეხედულებისამებრ ცალმხრივად მოშალოს სადაზღვევო ხელშეკრულება, ხელშეკრულების მოშლის შესახებ დამზღვევის 1 (ერთი) თვით ადრე წერილობითი ინფორმირების საფუძველზე.

10.2.8. არ განაახლოს დაზღვევა ავტომატურად, თუ დაზღვეული პირი ან მისი მეუღლე მომდევნო სადაზღვევო პერიოდში აღწევს 60 წლის ასაკს ან დაზღვეული შვილი აღწევს 21 წლის ასაკს.

10.3. დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:

10.3.1. ხელშეკრულების დადებისას მზღვეველს შეატყობინოს ყველა ის გარემოება, რომელსაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს მზღვეველის გადაწყვეტილებაზე უარი თქვას ხელშეკრულებაზე ან დადოს იგი შეცვლილი პირობებით.

10.3.2. პრემიის ოდენობის ცვლილების შესახებ მზღვეველის სატელეფონო შეტყობინების (SMS) მიღების შემთხვევაში თუ დამზღვევი არ მოინდომებს პოლისის განახლებას გაზრდილი სადაზღვევო პრემიის პირობებში, მაშინ ის ვალდებულია აცნობოს მზღვეველს აღნიშნულის შესახებ წერილობით მოკლე ტექსტური შეტყობინების მიღებიდან არანაკლებ 10 (ათი) სამუშაო დღის განმავლობაში, წინააღმდეგ შემთხვევაში ჩაითვლება, რომ დამზღვევი თანახმაა შეცვლილ პირობაზე და ახალი პირობა ჩაითვლება ავტომატურად ძალაში შესულად და მოქმედად.

10.3.3. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ შეასრულოს მზღვეველის ყველა მითითება და წარმოუდგინოს მზღვეველს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული და მზღვეველის მიერ მოთხოვნილი ყველა ის დოკუმენტი და ცნობა, რაც უკავშირდება სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის, ასევე ზიანის მოცულობის დადგენას.

10.3.4. დეტალურად გააცნოს ხელშეკრულების და მისი დანართების პირობები დაზღვეულებს და მოიპოვოს მათგან ხელშეკრულების გასაფორმებლად და მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების პირობებით გათვალისწინებული მოქმედებების განსახორციელებლად/შესასრულებლად საჭირო ყველა სახის თანხმობა. დამზღვევი ვალდებულია, რომ დაზღვეულებს გააცნოს

insurance indemnity, fulfill the insurance obligation in a timely manner, or refuse to issue an indemnity to the Insured/Policyholder with an argument.

10.2. The Insurer is authorized to:

10.2.1. in case of violation of the terms of the Agreement and premium payment schedule by the Policyholder, to suspend and/or terminate the Insurance Agreement in accordance with the rules established by the Agreement and to demand from the Policyholder both the accrued debt and the liquidated damages stipulated in the Insurance Agreement.

10.2.2. increase the insurance premium unilaterally, not more than 30% of the premium of the previous 12 (twelve) months of the Policy before the change, about which the Policyholder will be notified by means of a short text message (SMS) to the phone number specified in the Insurance Policy no later than 1 (one) month before the renewal of the Policy.

10.2.3. not to issue an insurance indemnity in case of detection of the falsification of the occurrence of an insurance event and/or of documents necessary for receiving indemnity, as well as the fact of presentation of false information by the Insured/Policyholder or with his/her participation, and if the indemnity has already been issued, the Policyholder is obliged to unconditionally return it to the Insurer. In addition, the insurance of each such person is subject to immediate cancellation by the Insurer.

10.2.4. after the occurrence of the insured event, to request from the Policyholder/Insured all information and additional documentation necessary to determine the insured event or accident, as well as the amount of damage.

10.2.5. demand the return of the compensation provided, if it turns out that the occurrence of the loss was not caused by the insured event or by the fault of the Policyholder, it is impossible to use the right of regression.

10.2.6. change one or more medical providers at any time during the validity of the Agreement.

10.2.7. in addition to the grounds for terminating the Agreement provided for in the Policy, also unilaterally terminate the Insurance Agreement at any time at its own discretion, based on 1 (one) month prior written notification to the Policyholder.

10.2.8. do not renew the insurance automatically if the Insured or his spouse reaches the age of 60 or the insured child reaches the age of 21 in the next insurance period.

10.3. The Policyholder is obliged to:

10.3.1. when concluding the contract, inform the Insurer of all the circumstances that may affect the decision of the Insurer to refuse the Agreement or conclude it under modified conditions.

10.3.2. if the Policyholder does not want, in case of receiving a short text message (SMS) from the Insurer about the change in the amount of the premium, to renew the Policy under the conditions of increased insurance premium, then he/she is obliged to inform the Insurer in writing within 10 (ten) working days after receiving the short text message, otherwise it will be considered that the Policyholder agrees to the modified terms and the new Policy will be deemed automatically effective and valid.

10.3.3. after the occurrence of an insured event, to comply with all the instructions of the Insurer and to present to the Insurer all the documents and notices stipulated by the Agreement and requested by the Insurer, which are related to the determination of the insured event or accident, as well as the amount of damage.

10.3.4. introduce in detail the terms of the Agreement and its annexes to the Insureds and to obtain from them all types

ვალდებულება, რომ მზღვეველს ენიჭება უფლება მოიძიოს და გაეცნოს ყველა იმ დოკუმენტაციას, რომელსაც მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ სადაზღვევო ანაზღაურებისათვის, წინააღმდეგ შემთხვევაში მზღვეველი იტოვებს უფლებას არ აანაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევის შედეგად დამდგარი ზიანი.

10.3.5. მზღვეველს მიაწოდოს სწორი რეკვიზიტები.

10.3.6. დაუყოვნებლივ აცნობოს მზღვეველს სატელეფონო ნომრის ან სხვა საიდეტიფიკაციო თუ საკონტაქტო მონაცემების ცვლილების შესახებ.

10.3.7. მესამე პირის მიმართ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება გადასცეს მზღვეველს. თუ დამზღვევი/დაზღვეული უარს განაცხადებს მესამე პირის მიმართ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნაზე, მაშინ მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ზიანის იმ ოდენობით ანაზღაურების მოვალეობისაგან, რამდენიც მას შეეძლო მიეღო თავისი ხარჯების ასანაზღაურებლად უფლების განხორციელებასთან ან მოთხოვნის წაყენებასთან დაკავშირებით.

10.3.8. უზრუნველყოს მზღვეველისათვის იმ დოკუმენტაციის სრულად გადაცემა, რომლის საფუძველზეც მზღვეველი უფლებამოსილი იქნება მოითხოვოს რეგრესული ანაზღაურება პირებისგან, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან დაზღვეულისათვის მიყენებულ ზიანზე.

10.3.9. დაზღვეულთა/მოსარგებლეთა მიერ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ქმედებების შესრულებაზე, ასევე მათ მიერ განხორციელებული მოქმედებების/უმოქმედობის ხელშეკრულებასთან შესაბამისობაზე პასუხისმგებელია დამზღვევი, შესაბამისად მზღვეველი უფლებამოსილია არ აანაზღაუროს ზიანი, თუ დაზღვეულთა/მოსარგებლეთა მიერ დარღვეული იქნება წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებები და პროცედურები.

10.3.10. ხელიშეუწყოს მზღვეველის მიერ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომასთან და მის შედეგებთან დაკავშირებული მონაცემების მოკვლევა-მოძიებას.

10.3.11. მზღვეველს მიაწოდოს ყველა საჭირო და ზუსტი ინფორმაცია სადაზღვევო შემთხვევის ფაქტის აღიარებისა და სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობის დადგენის მიზნით. მზღვეველის მოთხოვნისას დაზღვეული ვალდებულია მზღვეველს კანონით დადგენილი წესით მიანიჭოს უფლება მესამე პირთაგან (ექიმები, ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, სატრანსპორტო სამსახური და სხვ.) საჭირო ინფორმაციის მოპოვებაზე და საჭიროების შემთხვევაში გაათავისუფლოს უკანასკნელი პირები ინფორმაციის საიდუმლოდ შენახვის ვალდებულებისაგან.

10.3.12. განუმარტოს დაზღვეულებს, რომ დამზღვევის მიერ მზღვეველისათვის წარდგენილ დაზღვეულ პირთა საკონტაქტო ტელეფონის ნომრებსა და ელ-ფოსტის მისამართებზე მზღვეველის მიერ განხორციელდება სადაზღვევო ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან ან/და სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან დაკავშირებული, პერსონალური მონაცემების, მათ შორის განსაკუთრებული მონაცემების შემცველი შეტყობინებების დაგზავნა.

10.3.13. ხელშეკრულების მიზნებისთვის დამზღვევი ვალდებული და პასუხისმგებელია დაზღვეულისგან მოიპოვოს პერსონალური მონაცემების დამუშავების შესახებ ყველა საჭირო ნებართვა და თანხმობა.

10.3.14. გადაიხადოს სადაზღვევო პრემია მზღვეველთან შეთანხმებული წესის მიხედვით ყველა დაზღვეულზე სრულად.

10.4. დამზღვევი უფლებამოსილია:

10.4.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოითხოვოს მზღვეველისაგან ზარალის ანაზღაურება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

10.4.2. ისარგებლოს ხელშეკრულებით განსაზღვრული და მისთვის კანონმდებლობით მინიჭებული უფლებამოსილებით.

of consent necessary for signing the Agreement and for the Insurer to carry out/perform the actions stipulated by the terms of the Agreement. The Policyholder is obliged to inform the Insured that the Insurer has the right to seek and review all the documents that the Insurer deems necessary for insurance indemnification, otherwise the Insurer reserves the right not to indemnify the damage resulting from the insured event.

10.3.5. provide correct requisited to the Insurer.

10.3.6. immediately notify the Insurer of any change in telephone number or other identifying or contact information.

10.3.7. transfer the right to claim damages against the third party to the Insurer. If the Policyholder/Insured refuses to claim damages against the third party, then the Insurer shall be released from the obligation to indemnify the amount of damages provided for in the Agreement, as much as it could have received to compensate for its expenses in connection with the exercise of the right or the filing of the claim.

10.3.8. provide the Insurer with the complete transfer of the documentation, on the basis of which the insurer will be entitled to demand regressive compensation from the persons who are responsible for the damage caused to the Insured.

10.3.9. the Policyholder is responsible for the performance of the actions provided for in the Agreement by the Insured/Beneficiaries, as well as the compliance of their actions/inactions with the Agreement, therefore the Insurer is entitled not to compensate for damages if the Insured/Beneficiaries violate the obligations and procedures provided for in this Agreement.

10.3.10. facilitate the investigation and search of data related to the occurrence of an insured event and its consequences by the Insurer.

10.3.11. provide the Insurer with all the necessary and accurate information in order to recognize the fact of the insured event and to determine the amount of the insurance indemnification. At the request of the Insurer, the Insured is obliged to grant the Insurer the right to obtain the necessary information from third parties (doctors, any medical institution, transport service, etc.) and, if necessary, to release the latter from the obligation to keep the information secret.

10.3.12. explain to the Insured that to the contact phone numbers and e-mail addresses of the Insured submitted by the Policyholder to the Insurer, the Insurer will send messages related to the services provided by the insurance Agreement and/or services provided by the insurance Agreement in various medical institutions, including containing personal data, including special data.

10.3.13. for the purposes of the Agreement, the Policyholder is obliged and responsible to obtain from the Insured all necessary permissions and consents regarding the processing of personal data.

10.3.14. pay the insurance premium in full for all insured persons according to the terms agreed with the Insurer.

10.4. The Policyholder is authorized to:

10.4.1. in the event of an insured event, request indemnification from the Insurer in accordance with the terms of the Agreement.

10.4.2. exercise the powers defined by the Agreement and granted to him/her by the legislation.

11. დაზღვევის გაგრძელება

11.1. დაზღვევის ლიმიტები ავტომატურად განახლდება ყოველი 12 (თორმეტი) თვის გასვლის შემდეგ, განახლების მომენტისათვის დამტკიცებული პირობების შესაბამისად.

11.2. თუ მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების განახლებისას იცვლება დაზღვევის ლიმიტები, მაშინ დამზღვევს ეგზავნება შესაბამისი შეტყობინება და საშუალება ეძლევა უარი თქვას განახლებული ლიმიტებით ხელშეკრულების გაგრძელებაზე.

11.3. დაზღვევის მოქმედების ვადა ავტომატურად გაგრძელდება 12 (თორმეტი) თვით, იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე მხარემ წერილობით არ განაცხადა მისი შეწყვეტის სურვილი. განახლებული პირობები დამზღვევს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების მეშვეობით (SMS) მიმდინარე პერიოდის გასვლამდე არანაკლებ 1 (ერთი) თვით ადრე.

11.4. ხელშეკრულების ავტომატური განახლებისას, თუ დაზღვევა გრძლდება იგივე, ან მეტი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით, მაშინ გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის, მათ შორის დღის სტაციონარის, ენდოპროთეზის და მშობიარობის ანაზღაურების პირობები (ანაზღაურების პროცენტი, ლიმიტი) შეესაბამება იმ პოლისს, რომელიც დაზღვეულს შეძენილი ჰქონდა წინა წელს, ხოლო თუ დაზღვევა გრძელდება უფრო დაბალი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით, მაშინგეგმიური ჰოსპიტალიზაციის ანაზღაურების პირობები შეესაბამება ახალარჩეულ პოლისს.

11.5. ავტომატურ განახლებას ექვემდებარება მხოლოდ პოლისი/ხელშეკრულება, რომელსაც არ ერიცხება დავალიანება მზღვეველის წინაშე.

11.6. კორპორატიული დაზღვევის შემდეგ ინდივიდუალური დაზღვევის პაკეტით დაზღვევა არ განიხილება დაზღვევის გაგრძელებად და არ ჩაითვლება უწყვეტ დაზღვევად. დაზღვევა ჩაითვლება უწყვეტად მხოლოდ ინდივიდუალური დაზღვევის პაკეტით დაზღვეული პირის მიერ სხვა ინდივიდუალური დაზღვევის პაკეტის შესყიდვისას. ამასთან, ინდივიდუალური დაზღვევის ერთი პროდუქტიდან მეორე გადასვლისას მოცდის პერიოდი ჩაირთვება მხოლოდ იმ სერვისზე, რომელიც დაზღვეულს არ ჰქონდა თავდაპირველ ინდივიდუალურ სადაზღვევო პაკეტში. თუ ახალი ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტით ხდება სერვისის ლიმიტის გაზრდა, დაზღვეულს უნარჩუნდება წინა პოლისის (პროდუქტის) ლიმიტი.

12. დაზღვევის შეწყვეტა

12.1. დამზღვევის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ვადაზე ადრე მოშლის შემთხვევაში დამზღვევი ვალდებულია, წერილობით შეატყობინოს მზღვეველს ხელშეკრულების მოშლის შესახებ არანაკლებ 1 (ერთი) თვით ადრე.

12.2. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულების/პოლისის ვადაზე ადრე შეწყვეტის შემთხვევაში ან დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელობის გამო მზღვეველის მხრიდან ხელშეკრულების ვადაზე ადრე შეწყვეტისას, დამზღვევი ვალდებულია დამატებით გადაიხადოს დაზღვევის შეწყვეტის მომენტისთვის მიმდინარე 12 (თორმეტი) თვიანი პერიოდის შესაბამისი გამოუმუშავებული სადაზღვევო პრემიის 75%,

12.3. მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ვადაზე ადრე მოშლის შემთხვევაში (გარდა იმ შემთხვევებისა როდესაც მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების მოშლა ხდება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ ხელშეკრულების ნებისმიერი პირობის დარღვევის გამო, იგი ვალდებულია დამზღვევს დაუბრუნოს წინსწრებით გადახდილი პრემიის 12 (თორმეტი) თვიანი პერიოდის შესაბამისი გამოუმუშავებელი ნაწილი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეულს არ უსარგებლია დაზღვევით.

13. ხელშეკრულებაზე უარის თქმა

13.1. დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია უარი თქვას ხელშეკრულებაზე მისი გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის ვადაში, ყოველგვარი ჯარიმისა და დამატებით გადასახადის გარეშე, მზღვეველისთვის დანართი #1-ით განსაზღვრული „დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განაცხადის“ მზღვეველის იურიდიულ მისამართზე გაგზავნის ან მზღვეველის ფილიალებში ფიზიკურად მიწოდების გზით.

11. PROLONGATION OF INSURANCE

11.1. Insurance limits are automatically renewed after the expiration of every 12 (twelve) months, in accordance with the conditions approved at the time of renewal.

11.2. If the insurance limits are changed during renewal of the Agreement by the Insurer, then the Policyholder receives a corresponding notification and has the opportunity to refuse to continue the Agreement with the updated limits.

11.3. The validity period of the insurance will be automatically extended for 12 (twelve) months, in the event that one of the parties has not expressed the desire to terminate it in writing. The updated terms of the Agreement will be notified to the Policyholder via a short text message (SMS) at least 1 (one) month before the end of the current period.

11.4. During the automatic renewal of the Agreement, if the insurance is continued with an insurance policy of the same or higher value, then the terms of indemnification (percentage of compensation, limit) for planned hospitalization, including day hospitalization, endoprosthesis and childbirth will correspond to the Policy that the Policyholder purchased in the previous year, and if the insurance continues with a low-cost insurance policy, then the terms of indemnification for scheduled hospitalization are consistent with the newly selected policy.

11.5. The subject of automatic renewal are only Policies/agreements that has no obligation to the Insurer.

11.6. Insurance with an individual insurance package after corporate insurance is not considered a continuation of insurance and will not be considered as continuous insurance. The insurance will be considered continuous only when the Insured with the individual insurance package purchases another individual insurance package. However, when switching from one individual insurance product to another, the waiting period will be included only for the services that the Insured did not have in the original individual insurance package. If the service limit is increased with the new individual insurance package, the limit of the previous policy (product) is maintained for the Insured.

12. TERMINATION OF INSURANCE

12.1. In case of early termination of the insurance Agreement by the Policyholder, the Policyholder is obliged to notify the Insurer in writing about the termination of the Agreement at least 1 (one) month in advance.

12.2. In case of early termination of the Agreement/Policy by the Policyholder or early termination of the Agreement due to non-payment of insurance premium by the Insurer, the Insurer is obliged to additionally pay 75% of the unearned insurance premium corresponding to the current 12 (twelve) month period at the time of termination of the insurance.

12.3. In case of early termination of the insurance Agreement by the Insurer (except for the cases when the Agreement is terminated by the Insurer due to the violation of any condition of the Agreement by the Policyholder/Insured, it is obliged to return to the Policyholder the unearned part of the premium paid in advance, corresponding to the period of 12 (twelve) months, if any, only in case the Insured has not benefited from the insurance.

13. REFUSAL OF THE AGREEMENT

13.1. The Policyholder/Insured has the right to refuse the Agreement within 14 (fourteen) days after signing it, without any penalty or additional tax, by sending to the Insurer the "Application for refusal of the Insurance Agreement" specified in Appendix #1 to the Insurer's legal address or by physically delivering it to the Insurer's branches.

13.2. თუ დამზღვევი/დაზღვეული მზღვეველს არ გაუგზავნის მოთხოვნას დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის შესახებ, მაშინ დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია ხელშეკრულების გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის გასვლის შემდეგ ისარგებლოს ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებებით.

13.3. ხელშეკრულების 13.1. პუნქტით განსაზღვრული უფლების არსებობა, არ ათავისუფლებს დამზღვევს/დაზღვეულს სადაზღვევო პრემიის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ანაზღაურების ვალდებულებისგან.

13.4. თუ დამზღვევმა/დაზღვეულმა, ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლების ვადის გასვლამდე, პირდაპირ და მკაფიოდ მოითხოვა მზღვეველთან ან/და კონტრაქტორ კლინიკასთან, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით, მომსახურების მიღება, მაშინ შესაბამისი მომსახურების მიღებით დამზღვევი/დაზღვეული კარგავს ხელშეკრულების 13.1. პუნქტით განსაზღვრულ ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებას.

14. სუბროგაცია

14.1. მზღვეველი, ხარჯების ანაზღაურების გაცემის შემდეგ, უფლებამოსილია, მოითხოვოს შესაბამისი ხარჯების კომპენსაცია იმ პირთაგან, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან დაზღვეულისთვის მიყენებულ ზიანზე. შესაბამისად დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია მზღვეველს გადასცეს ყველა დოკუმენტი რაც აუცილებელია მზღვეველის მიერ ამ მუხლით გათვალისწინებული უფლების სრულად და სრულყოფილად რეალიზაციისათვის.

15. დავების გადაწყვეტა

15.1. მხარეებმა ყველა ღონე უნდა იხმარონ, რათა შეთანხმებით მოაგვარონ ყველა უთანხმოება და დავა, წარმოქმნილი მათ შორის ხელშეკრულების ან მასთან დაკავშირებული სხვა საკითხების მიმართ.

15.2. ხელშეკრულების შესრულებასთან დაკავშირებული დავების/უთანხმოების წარმოშობის შემთხვევაში, მისი ურთიერთშეთანხმებით/მორიგებით დასრულების მიზნით მხარეები, აგრეთვე დაზღვეული და მოსარგებლე მიმართავენ ა(ა)იპ „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ „დაზღვევის მედიაციის“ მედიატორს სატელეფონო ხაზის მეშვეობით ნომერზე: 2555155, ან მისამართზე: თბილისი მოსაშვილის ქუჩა 24, ან ელექტრონული ფოსტის მისამართზე: mediacia@insurance.org.ge. „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ „დაზღვევის მედიაციის“ პროცესთან დაკავშირებული საერთო ხარჯების დაფინანსება ხდება „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ საწევრო შემოსავლებიდან.

15.3. თუ ასეთი მოლაპარაკების დაწყებიდან 30 (ოცდაათი) დღის განმავლობაში მხარეები ვერ შეძლებენ სადავო საკითხების შეთანხმებით მოგვარებას, ნებისმიერ მხარეს დავის გადაწყვეტის მიზნით შეუძლია დადგენილი წესის მიხედვით მიმართოს სასამართლოს. გამომდინარე იქედან, რომ მხარეთა მიერ ხელშეკრულების შესრულების ადგილად მიჩნეულია მზღვეველის ადგილსამყოფელი, დავის განხილვა მოხდება მისი ადგილსამყოფელის მიხედვით არსებულ საერთო სასამართლოში.

16. ფორს-მაჟორი

16.1. ხელშეკრულების საფუძველზე არც ერთი მხარე არ აგებს პასუხს მეორე მხარის წინაშე და თავისუფლდება პასუხისმგებლობისაგან საკუთარი ვალდებულებების შეუსრულებლობის ან არასათანადოდ შესრულების გამო, თუ ამის მიზეზი გახდა საგანგებო ხასიათის მქონე გადაულახავი ძალა, რომლის წარმოშობაზე ხელშეკრულების მონაწილე მხარეები პასუხს არ აგებენ და რომლის არსებობის ან წარმოშობის შესახებ წინამდებარე ხელშეკრულების დადების მომენტში არ შეეძლოთ სცოდნოდათ.

16.2. გადაულახავ ძალად ჩაითვლება შემდეგი (და არა მხოლოდ): სტიქიური უბედურებანი (ხანძარი, წყალდიდობა, მიწისძვრა, შტორმი და სხვა.); გამოცხადებული ან გამოუცხადებელი ომი, სამოქალაქო არეულობა, ნებისმიერი სახის საომარი მოქმედებები, საგანგებო მდგომარეობა, ეპიდემიები, ბლოკადა ან ნებისმიერი ეკონომიკური ემბარგო; ხელისუფლების ნებისმიერი ერთეულის ან ხელისუფლების მიერ საამისოდ კომპეტენტურად განსაზღვრული ორგანოს გადაწყვეტილება და ისეთი

13.2. If the Policyholder/Insured does not send a request to the Insurer on the refusal of the insurance Agreement, then the Policyholder/Insured is entitled to enjoy the rights established by the Agreement after 14 (fourteen) days have passed from the signing of the Agreement.

13.3. Existence of the right specified in the clause 13.1. of the Agreemen does not release the Policyholder/Insured from the obligation to pay the insurance premium in accordance with the terms of the Agreement.

13.4. If the Policyholder/Insured, prior to the expiration of the right to refuse of the Agreement, directly and clearly requested from the Insurer and/or the provider clinic, taking into account the terms of the Insurance Agreement, to receive services, then by receiving the corresponding service, the Policyholder/Insured loses the right to refuse from the Agreement specified in clause 13.1. of the Agreement.

14. SUBROGATION

14.1. The Insurer, after issuing the indemnification of expenses, is entitled to demand compensation of the corresponding expenses from the persons who are responsible for the damage caused to the Insured. Accordingly, the Policyholder/Insured is obliged to hand over to the insured all the documents necessary for the full and complete realization of the right provided by this article by the Insurer.

15. DISPUTE RESOLUTION

15.1. The parties shall use their best efforts to amicably resolve all disagreements and disputes arising between them in relation to the Agreement or other matters related thereto.

15.2. In case of disputes/disagreements related to the execution of the Agreement, in order to end it by mutual agreement/settlement, the parties, as well as the Insured and the Beneficiary, contact the "Insurance Mediation" mediator of the "Association of Insurance Companies of Georgia" through the telephone line at the number: 2555155, or at the address: Tbilisi Mosashvili Street 24, or to the e-mail address: mediacia@insurance.org.ge. The general expenses related to the "Insurance Mediation" process of the "Association of Insurance Companies of Georgia" are financed from the membership revenues of the "Association of Insurance Companies of Georgia".

15.3. If within 30 (thirty) days from the beginning of such negotiations, the parties are unable to resolve the disputed issues by agreement, any party may apply to the court in order to resolve the dispute according to the established rules. Based on the fact that the location of the Insurer is considered the place of performance of the Agreement by the parties, the dispute will be considered in the general court based on its location.

16. FORCE MAJEURE

16.1. Based on the Agreement, none of the parties shall be liable to the other party and shall be released from responsibility for non-fulfilment or improper performance of its obligations, if this was caused by an insurmountable force of an extraordinary nature, the occurrence of which the parties to the Agreement are not responsible and whose existence or occurrence at the time of the conclusion of this tgreement They could not have known.

16.2. The following (and not only) will be considered as force majeure: natural disasters (fire, flood, earthquake, storm, etc.); declared or undeclared war, civil commotion, hostilities of any kind, state of emergency, epidemics, blockade or any economic embargo; The decision of any unit of the government or the body competently determined by the government and the issuance of such normative acts that affect the performance of the

ნორმატიული აქტების გამოცემა რომლებიც ზემოქმედებენ მხარეების მიერ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებაზე და ცვლიან, წყვეტენ ან აჩერებენ წინამდებარე ხელშეკრულების დებულებებსა და პირობებს.

16.3. მხარეები თანხმდებიან, რომ საქართველოში არსებული პოლიტიკურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე ფორს-მაჟორულ მოვლენასთან გათანაბრებულია მესამე პირთა ბრალეული და/ან არაბრალეული ქმედებანი, რომლებიც შეუძლებელს ხდიან მხარეთა მიერ ნაკისრი ვალდებულების შესრულებას. არსებულ პოლიტიკურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაში იგულისხმება ქვეყანაში არსებული კრიმინოგენული სიტუაცია, ენერგეტიკული კრიზისი და პოლიტიკური ვითარებიდან გამომდინარე სხვა გარემოებები.

16.4. ფორს-მაჟორული მოვლენა დადასტურებული უნდა იქნეს კომპეტენტური ორგანოს მიერ.

16.5. ფორს-მაჟორული გარემოებების წარმოშობის შესახებ მხარემ დაუყონებლივ უნდა აცნობოს მეორე მხარეს მის ხელთ არსებული საკომუნიკაციო საშუალებებით (ტელეფონი, ფოსტა, ელექტრონული ფოსტა, კურიერი და სხვა).

16.6. ფორს-მაჟორული გარემოებების შეწყვეტისთანავე მხარეები დაუყონებლივ აგრძელებენ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას.

16.7. ფორს-მაჟორული გარემოებების არსებობის პირობებში, ვალდებულების შესრულების პერიოდი შეჩერდება იმ დროით, რა დროსაც გასტანა ასეთმა გარემოებებმა, თუ მხარეთა შორის არ იქნა მიღწეული სხვაგვარი შეთანხმება. თუ მხარეების მიერ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობა გაგრძელდა ერთ თვეზე მეტ ხანს, თითოეული მხარე უფლებამოსილია ცალმხრივად შეწყვიტოს წინამდებარე ხელშეკრულების მოქმედება, შეწყვეტის სავარაუდო თარიღამდე არანაკლებ ორი კვირით ადრე წერილობითი შეტყობინების გაგზავნით (ან ელექტრონული ფოსტის მეშვეობით) ან სხვა ხელმისაწვდომი საშუალებით, რომელიც მიწოდებული იქნება მხარის მიერ იმ მისამართზე, რომელიც განსაზღვრულ იქნა დამზღვევის მიერ.

17. პერსონალურ მონაცემთა დამუშავება

17.1. მზღვეველი მოქმედებს საქართველოს კანონმდებლობითა და ხელშეკრულებით მინიჭებული უფლებამოსილების ფარგლებში და ამუშავებს დამზღვევის/დაზღვეულის/მოსარგებლის პერსონალურ, მათ შორის განსაკუთრებული კატეგორიის მონაცემებს დაზღვევის ხელშეკრულების დასადებად, ამავე ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულების შესასრულებლად, საქართველოს კანონმდებლობით მზღვეველისთვის დაკისრებული მოვალეობების შესასრულებლად, მზღვეველის ინტერესების დასაცავად, მათ შორის და არამხოლოდ ორმაგი დაზღვევის მიზნებისთვის ან/და კანონმდებლობით დადგენილ სხვა შემთხვევებში.

17.2. დამზღვევი ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით ადასტურებს, რომ მზღვეველი უფლებამოსილია კანონმდებლობით დადგენილი წესით, წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მიზნით და ამ მიზნის განსახორციელებლად საჭირო მოცულობით, შესაბამისი ადმინისტრაციული ორგანოსგან, მათ შორის, სსიპ სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოსგან, სსიპ შსს მომსახურების სააგენტოსგან მოითხოვოს/მიიღოს/გადაამოწმოს/დაამუშაოს მისთვის აუცილებელი დამზღვევის / დაზღვეულის / მოსარგებლის პერსონალური მონაცემები.

17.3. მზღვეველი თავის მხრივ, უფლებამოსილია შეინახოს და გადასცეს დამზღვევის / დაზღვეულის / მოსარგებლის პერსონალური მონაცემები კანონმდებლობით და ხელშეკრულებით დადგენილი წესით სახელმწიფო ორგანიზაციებს, გადამზღვეველ/ კონტრაქტორ/პარტნიორ კომპანიებს, და/ან სხვა კერძო ან საჯარო ორგანიზაციებს.

17.4. დამზღვევი აცხადებს თანხმობას, რომ მზღვეველი უფლებამოსილია, სადაზღვევო მომსახურების ხარისხის ან/და დაზღვევასთან დაკავშირებული კვლევ(ებ)ის მიზნით დაამუშაოს დამზღვევის/დაზღვეულის/მოსარგებლის პერსონალური მონაცემები, მათ შორის, აღნიშნული მონაცემები ხელმისაწვდომი გახადოს მზღვეველის პარტნიორი ორგანიზაციებისთვის.

17.5. ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დამზღვევი მზღვეველს ანიჭებს უფლებას და იღებს ვალდებულებას საჭიროების შემთხვევაში გასცეს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით

obligations assumed by the parties under the Agreement and change, terminate or suspend the provisions and conditions of this Agreement.

16.3. The parties agree that due to the current political and economic situation in Georgia, the culpable and/or non-culpable actions of third parties, which make it impossible for the parties to fulfill their obligations, are equated with force majeure. The current political-economic situation means the criminogenic situation in the country, the energy crisis and other circumstances arising from the political situation.

16.4. A force majeure event must be confirmed by the competent authority.

16.5. About the occurrence of force majeure circumstances, the party must immediately inform the other party through the available means of communication (telephone, mail, e-mail, courier, etc.).

16.6. As soon as the force majeure circumstances cease, the parties shall immediately continue to fulfill their obligations under the Agreement.

16.7. In the presence of force majeure circumstances, the period of performance of the obligation will be suspended for the time during which such circumstances have passed, unless another agreement has been reached between the parties. If the non-fulfilment of the obligations under the Agreement by the parties continues for more than one month, each party has the right to unilaterally terminate the operation of this Agreement by sending a written notice (or via e-mail) or by other available means, which will be delivered by the party to the address at least two weeks before the estimated date of termination, which was determined by the Insurer.

17. PERSONAL DATA PROCESSING

17.1. The Insurer acts within the scope of the powers granted by the legislation of Georgia and processes the personal data of the Policyholder/Insured/Beneficiary, including special category data, to conclude an insurance agreement, to fulfill the obligations under the same agreement, to fulfill the duties assigned to the Insurer by the legislation of Georgia, to protect the interests of the Insurer, among them and not only for double insurance purposes and/or in other cases established by law.

17.2. By signing the Agreement, the Insurer confirms that the Insurer is authorized to request/receive/verify/process the personal data of the Insured/Policyholder/Beneficiary information from the relevant administrative body, including the LEPL State Services Development Agency, the LEPL MIA Service Agency, in accordance with the procedure established by law, for the purpose provided for in this Agreement and to the extent necessary for the implementation of this purpose.

17.3. In turn, the Insurer is authorized to store and transfer the personal data of the Insured/ Policyholder/Beneficiary in the manner established by the law and the Agreement to state organizations, reinsurer / provider / partner companies, and/or other private or public organizations.

17.4. The Policyholder agrees that the Insurer is authorized to process the personal data of the Insured/Policyholder/Beneficiary for the purpose of insurance service quality and/or research(s) related to insurance, including making the said data available to the Insurer's partner organizatios.

17.5. By signing the Agreement, the Policyholder gives the Insurer the right and undertakes, if necessary, to issue

გაცემული დამატებითი წერილობითი თანხმობა, რათა მზღვეველმა შეუფერხებლად აწარმოოს მოკვლევა დამზღვევის/დაზღვეულის/მოსარგებლის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და/ან სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ ნებისმიერი დოკუმენტაციის/ინფორმაციის მოპოვება სახელმწიფო, კერძო თუ სხვა სახის ორგანიზაციებში სადაზღვევო ხელშეკრულების რისკების კონტროლისთვის, სადაზღვევო ანაზღაურებისთვის აუცილებელი ინფორმაციის გადამოწმების და მისი ნამდვილობის დადასტურების მიზნით.

17.6. დამზღვევს უფლება აქვს, ნებისმიერ დროს, ყოველგვარი განმარტების ან დასაბუთების გარეშე უსასყიდლოდ გამოიხმოს მის მიერ გაცემული თანხმობა მზღვეველისთვის ელექტრონული შეტყობინების გაგზავნის გზით ელ-ფოსტის მისამართზე: info@gpih.ge, ან/და მზღვეველის მხარდაჭერის სამსახურში მოთხოვნის დაფიქსირების გზით ნომერზე: (+995 32) 2 505 111. დამზღვევის მოთხოვნის შესაბამისად, მონაცემთა დამუშავება შეწყდება ან/და დამუშავებული მონაცემები წაიშლება ან/და განადგურდება მოთხოვნიდან არაუგვიანეს 10 (ათი) სამუშაო დღისა, თუ მონაცემთა დამუშავების/შენახვის სხვა საფუძველი არ არსებობს. დამზღვევს, თანხმობის გამოხმობამდე, უფლება აქვს, მზღვეველს მოსთხოვოს და მიიღოს ინფორმაცია თანხმობის გამოხმობის შესაძლო შედეგების შესახებ.

17.7. ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დამზღვევი აცხადებს თანხმობას, რომ მიიღო სრული ინფორმაცია მონაცემთა დამუშავების მიზნების, მოცულობების, მისი და, არსებობის შემთხვევაში, მის მიერ მითითებულ პირთა, როგორც მონაცემთა სუბიექტ(ებ)ის „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრული მონაცემთა სუბიექტ(ებ)ის უფლებების შესახებ, კერძოდ, მზღვეველისგან მის მიერ მითითებული პერსონალური მონაცემთა სუბიექტ(ებ)ის მონაცემების დამუშავების თაობაზე ინფორმაციის მიღების, მონაცემთა დამუშავების შესახებ გაცემული თანხმობის სრულად ან/და ნაწილობრივ გამოხმობაზე, მონაცემთა გასწორების, განახლების, დამატების, დაბლოკვის, წაშლის და განადგურების თაობაზე.

17.8. ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დამზღვევი ადასტურებს, რომ დაზღვეულის/მოსარგებლის პერსონალური მონაცემების მის მიერ მზღვეველისათვის მიწოდების საფუძველია საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად მონაცემთა სუბიექტების ინფორმირება და ნებაყოფლობითი თანხმობა მათი პერსონალური მონაცემების მზღვეველის მიერ დამუშავების თაობაზე და დამზღვევი სრულად არის პასუხისმგებელი აღნიშნული მონაცემების მოპოვებაზე, დამუშავებაზე და მზღვეველისათვის გადმოცემაზე.

17.9. მზღვეველი ადასტურებს, რომ დანერგილი აქვს ყველა ტექნიკური ან ორგანიზაციული ზომა და ახორციელებს ყველა აუცილებელ ქმედებას, რათა დაიცვას დამზღვევის/დაზღვეულის/მოსარგებლის პერსონალური მონაცემების არაავტორიზებული ან უკანონო დამუშავება, მათი დაკარგვა, განადგურება, დაზიანება, არაავტორიზებული ცვლილება ან გასაჯაროება.

18. მხარეთა შორის კომუნიკაციის წესი

18.1. დაზღვევის ხელშეკრულებიდან გამომდინარე ყველა შეტყობინება ან/და მასთან დაკავშირებული სხვა ინფორმაცია მზღვეველის მიერ დამზღვევს/დაზღვეულს მიეწოდება ნებისმიერი საკომუნიკაციო საშუალებით, მათ შორის ელექტრონული ფოსტის მისამართზე ან/და ტელეფონის ნომერზე მოკლე ტექსტური შეტყობინების მეშვეობით ან/და ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულ მისამართზე/ადგილსამყოფელზე ინფორმაციის/შეტყობინების გაგზავნით.

18.2. დაზღვევის ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულ ელექტრონული ფოსტის მისამართზე ან/და ტელეფონის ნომერზე გაგზავნილი შეტყობინება ჩაბარებულად/მიღებულად ითვლება მისი გამოგზავნის დღეს.

18.3. თუ დამზღვევს/დაზღვეულს შეტყობინება გაეგზავნა დაზღვევის ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულისაგან განსხვავებულ ელექტრონული ფოსტის ან/და ტელეფონის ნომერზე, შეტყობინება ჩაბარებულად ჩაითვლება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ მისი მიღების დღეს თუ შეტყობინების მიღება და დასტურებულია დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ.

18.4. თუ ინფორმაცია მისამართის, ადგილსამყოფელის, ელექტრონული ფოსტის ან/და ტელეფონის ნომრის თუ სხვა

additional written consent issued in accordance with the legislation of Georgia, so that the Insurer can smoothly conduct research on the Insured/Policyholder/Beneficiary (if any) and/or obtain any documentation/information about the insured event, state, private or in other types of organizations, for the control of the risks of the Insurance Agreement, for the purpose of verifying the information necessary for the insurance indemnification and confirming its authenticity.

17.6. The Policyholder has the right, at any time, without any explanation or justification, to revoke the consent given by him free of charge by sending an electronic message to the Insurer at the e-mail address: info@gpih.ge, and/or by submitting a request to the Insurer's support service at the number: (+995 32) 2 505 111. In accordance with the request of the Policyholder, data processing shall be terminated and/or processed data shall be deleted and/or destroyed no later than 10 (ten) working days after the request, if there is no other basis for data processing/storage. The Insurer, before withdrawing consent, has the right to request and receive information from the Insurer about the possible consequences of withdrawing consent.

17.7. By signing this Agreement, the Policyholder declares his/her consent to receive full information about the purposes, volumes, and, if any, of the data subject(s) specified by him/her of the data subject(s) defined by the law of Georgia, precisely, about the rights to receive information from the Insurer regarding the processing of the personal data of subject(s) specified by him/her, to fully and/or partially withdraw the consent given for the data processing, to correct, update, add, block, delete and destroy the data.

17.8. By signing the Agreement, the Insurer confirms that the basis for providing the Insured's/Beneficiary's personal data to the Insurer is to inform the data subjects in accordance with the legislation of Georgia and give their voluntary consent to the processing of their personal data by the Insurer, and the Policyholder is fully responsible for obtaining, processing and transferring said data to the Insurer.

17.9. The Insurer confirms that it has implemented all technical or organizational measures and takes all necessary actions to protect against unauthorized or illegal processing, loss, destruction, damage, unauthorized modification or disclosure of the personal data of the Insured/Policyholder/Beneficiary.

18. RULES OF COMMUNICATION BETWEEN THE PARTIES

18.1. All notices and/or other information related to the Insurance Agreement shall be provided by the Insurer to the Policyholder/Insured by any means of communication, including by sending information/messages to the e-mail address and/or phone number via a short text message and/or to the address/location specified in the Agreement/Policy.

18.2. A notice sent to the e-mail address and/or phone number specified in the Insurance Agreement/Policy is considered delivered/received on the day it is sent.

18.3. If the notice was sent to the Policyholder/Insured at an e-mail and/or telephone number different from the one indicated in the Insurance Agreement/Policy, the notice shall be considered delivered on the day of its receipt by the Policyholder/Insured if the notice is received and confirmed by the Policyholder/Insured.

რეკვიზიტების ცვლილების შესახებ დაუყოვნებლივ არ გაეგზავნა მზღვეველს, მაშინ მზღვეველის მიერ ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულ მისამართზე/ელექტრონულ ფოსტაზე/ტელეფონის ნომერზე გაგზავნილი ნებისმიერი კორესპონდენცია / შეტყობინება ჩაითვლება დამზღვევის/დაზღვეული მიერ მიღებულად.

18.5. წერილობითი შეტყობინება ჩაბარებულად ჩაითვლება თუ მხარის მიერ მითითებულ მისამართზე, თუ მას ჩაიბარებს დამზღვევეთან/მოსარგებლესთან მცხოვრები ოჯახის რომელიმე ქმედუნარიანი წევრი. თუ შეტყობინების ჩაბარებაზე, მხარე, მისი ოჯახის რომელიმე ქმედუნარიანი წევრი უარს აცხადებს შეტყობინების ჩაბარებაზე, მაშინ შეტყობინება ჩაითვლება ჩაბარებულად.

18.4. If the information about the change of address, location, e-mail and/or telephone number or other details is not immediately sent to the Insurer, then any correspondence / notice sent by the Insurer to the address/e-mail/telephone number indicated in the contract/policy shall be deemed to have been received by the Policyholder/Insured.

18.5. The written notice shall be deemed delivered to the address specified by the party, if it is delivered by any capable member of the family living with the insured/beneficiary. If upon delivery of the notice, the party or any capable member of his/her family refuses to deliver the notice, then the notice shall be deemed to have been delivered.

19. დამატებითი პირობები

19.1. დამზღვევი აცხადებს, რომ როგორც თვითონ ასევე, დაზღვეული ან/და მოსარგებლე პირდაპირ და არაპირდაპირ არ მონაწილეობს რამე უკანონო და დანაშაულებრივ საქმიანობაში რომელიც ეწინააღმდეგება ნებისმიერი იურისდიქციის კანონმდებლობას, მათ შორის უკანონო შემოსავლების ლეგალიზაციაში, იარაღით ვაჭრობაში, ნარკოტიკებით ვაჭრობაში ან/და ტერორიზმში. მის მიერ გარიგების დადების მიზანი არ არის ტერორიზმის ან/და სხვა ნებისმიერი უკანონო საქმიანობის დაფინანსება; არცერთი მისი დამფუძნებელი თუ ბენეფიციარი მესაკუთრე, ასევე ის პირები ვის სასარგებლოდაც იდება გარიგება, შეტანილი არ არის ტერორისტთა ან ტერორიზმის ხელშემწყობ პირთა სიაში ან/და არანაირად დაკავშირებული არ არიან მათთან ასევე არ მონაწილეობენ არანაირ კანონსაწინააღმდეგო ქმედებაში

19.2. იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეულის მიერ შეძენილი იქნება რამოდენიმე სახის დაზღვევა და/ან სადაზღვევო მომსახურება, ყველა მომსახურებისათვის სტანდარტული პირობა მოცემული იქნება ხელშეკრულებაში, ხოლო მომსახურების კონკრეტული პირობები შესაბამის დანართში, რომელიც დაერთვება ხელშეკრულებას და იქნება მისი განუყოფელი შემადგენელი ნაწილი.

19.3. ხელშეკრულებაში ცვლილებების და დამატებების შეტანა ხდება წერილობით, ორივე მხარის ხელმოწერით და ძალაშია ორივე მხარის მიერ ხელმოწერის შემდგომ.

19.4. ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ყველა უფლება-მოვალეობები ვრცელდება ორივე მხარის უფლებამონაცვლეებზე და წარმომადგენლებზე.

19.5. ყველა ყველა საკითხი, რაც არ არის გათვალისწინებული ხელშეკრულებით, რეგულირდება საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით.

19.6. ხელშეკრულების ხელმოწერის შემდგომ ნებისმიერი სიტყვიერი ან წერილობითი შეთანხმება ხელშეკრულებით მოწესრიგებულ საკითხებთან დაკავშირებით ბათილია.

19.7. მზღვეველი არ არის პასუხისმგებელი ნებისმიერი სახის მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებაზე, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული ხელშეკრულებით.

19.8. ხელშეკრულების თანახმად, სახელშეკრულებო პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და ამ ხელშეკრულებასთან დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია მესამე პირს (პირებს) გადაეცემა(თ) მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წინასწარი წერილობითი თანხმობის შემთხვევებში.

19.9. მხარეებმა ხელშეკრულებით განსაზღვრული რეკვიზიტების შეცვლის შესახებ უნდა აცნობონ ერთმანეთს ცვლილების განხორციელებიდან არაუგვიანეს 5 (ხუთი) სამუშაო დღისა. მისამართის/ადგილსამყოფელის ცვლილების შესახებ ინფორმაციის დაუყოვნებლივ მზღვეველისთვის მიუწოდებლობის შემთხვევაში, მზღვეველის მიერ გაგზავნილი ნებისმიერი შეტყობინება ჩაითვლება დამზღვევის მიერ მიღებულად. ნებისმიერი შეტყობინება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ უნდა ატარებდეს წერილობით ან/და ელექტრონულ ფორმას, გარდა ხელშეკრულებით დადგენილი სპეციალური პირობებისა

19.10. მზღვეველი არ მოახდენს სადაზღვევო ანაზღაურებას ან რაიმე მომსახურების გაწევას დამზღვევისათვის ან მესამე პირისათვის თუ ამგვარი ანაზღაურება/მომსახურება, ან დამზღვევის საქმიანობა არღვევს საერთაშორისო ან ადგილობრივი სავაჭრო

19. ADDITIONAL TERMS

19.1. The Policyholder declares that he/she, the Insured and/or Beneficiary are not directly or indirectly involved in any illegal or criminal activity contrary to the laws of any jurisdiction, including money laundering, arms trafficking, drug trafficking and/or terrorism. The purpose of making a transaction by him/her is not to finance terrorism and/or any other illegal activity; None of its founders or beneficial owners, as well as those persons in whose favor the transaction is made, are included in the list of terrorists or persons supporting terrorism and/or are not related to them in any way and do not participate in any illegal activity.

19.2. In the event that several types of insurance and/or insurance services are purchased by the Insured, the standard conditions for all services will be given in the contract, and the specific service conditions will be in the relevant appendix, which will be attached to the contract and will be an integral part of it.

19.3. Amendments and additions to the Agreement are made in writing, signed by both parties, and are valid upon signature by both parties.

19.4. All rights and obligations provided for in the Agreement apply to the successors and representatives of both parties.

19.5. All issues that are not covered by the Agreement are regulated by the current legislation of Georgia.

19.6. Any oral or written agreement after the signing of the Agreement regarding the issues regulated by the Agremeent is null and void.

19.7. The Insurer is not responsible for reimbursement of any service costs that are not covered by the Agreement.

19.8. According to the Agreement, the contractual conditions are confidential and any information related to this Agreement will be transferred to the third party(s) in the manner established by the applicable legislation, as well as in cases of prior written consent of the parties.

19.9. he parties shall notify each other about the change of the requisites specified in the Agreement no later than 5 (five) working days after the change is made. In case of not providing information about change of address/location to the Insurer immediately, any notification sent by the Insurer shall be considered as received by the Policyholder. Any notification by the Policyholder/Insured must be in written and/or electronic form, except for special conditions established by the Agreement.

19.10. The Insurer will not make insurance payments or provide any services to the Insured or to a third party if such

თუ სხვა ეკონომიკური სანქციების მოთხოვნებს. სანქციების რიცხვს მიეკუთვნება: ადგილობრივი, ევროკავშირის და მისი წევრი სახელმწიფოების, გაერთიანებული ერების, აშშ-ის და გაერთიანებული სამეფოს; ან ნებისმერი სხვა სანქცია რომელიც შეეხება დამზღვევს/მოსარგებლეს/დაზღვეულს, იმ პირობით რომ ამით არ ირღვევა მზღვეველის ეროვნული კანონმდებლობა.

19.11. მზღვეველი უფლებამოსილია უარი თქვას სადაზღვევო მომსახურების განხორციელებაზე ან შეწყვიტოს ამგვარი ურთიერთობა, თუ დაზღვეული/დამზღვევი/ბენეფიციარი უარს აცხადებს მზღვეველისთვის „საგადასახადო საკითხებში ადმინისტრაციული ურთიერთდახმარების შესახებ“ 1988 წლის 25 იანვრის კონვენციის ფარგლებში „ფინანსური ანგარიშების შესახებ ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ“ კომპეტენტური უწყებების მრავალმხრივი შეთანხმებით (CRS MCAA) ან საქართველოსა და შესაბამის იურისდიქციას შორის ფინანსური ანგარიშების თაობაზე ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ შესაბამისი შეთანხმებით დადგენილი მოთხოვნებიდან გამომდინარე ინფორმაციის მიწოდებაზე.

19.12. ხელშეკრულება შედგენილია ორ გზემპლარად და ორივე ეგზემპლარს გააჩნია თანაბარი იურიდიული ძალა. ხელშეკრულების თითო ეგზემპლარი გადაეცემა თითოეულ მხარეს.

* **დაზღვევას არ ექვემდებარებიან დაზღვევის მომენტში ჰოსპიტალურ მკურნალობაზე მყოფი პირები, მწოლიარე პაციენტები, რომელთაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებელი გადაადგილება ან/და სჭირდებათ დამხმარე ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო აქტივობის შესასრულებლად.**

payments/services, or activities of the Policyholder, violate the requirements of international or local trade or other economic sanctions. Sanctions include: local, EU and its member states, United Nations, USA and UK; or any other sanctions that concerns the Insured/Policyholder/Beneficiary, provided that this does not violate the national legislation of the Insurer.

19.11. The Insurer has the right to refuse to provide insurance services or to terminate such a relationship if the Insured/Policyholder/Beneficiary refuses to the Insurer "On mutual administrative assistance in tax matters" within the framework of the convention of January 25, 1988 "On the automatic exchange of information on financial reports" by multilateral agreement of the competent authorities (CRS MCAA) or on the provision of information based on the requirements established by the relevant agreement on the automatic exchange of information on financial reports between Georgia and the relevant jurisdiction.

19.12. The Agreement is drawn up in two copies and both copies have equal legal force. Each copy of the Agreement shall be given to each party.

* Persons undergoing hospital treatment at the time of insurance, bedridden patients who cannot move independently and/or need assistance to perform daily household activities are not covered by the insurance.

დანართი 2.
ყოველთვიური პრემია:

პაკეტი/ასაკი	პრემიუმი	კლასიკი	სტანდარტი
01 - 20	**117.00**	**92.00**	**80.00**
21 - 30	**124.00**	**97.00**	**85.00**
31 - 35	**126.00**	**102.00**	**87.00**
36 - 40	**134.00**	**105.00**	**93.00**
41 - 45	**150.00**	**117.00**	**104.00**
46 - 50	**156.00**	**123.00**	**108.00**
51 - 59	**207.00**	**165.00**	**143.00**
> 60	**371.00**	**270.00**	**255.00**

ასაკის გამოთვლა ხდება შემდეგნაირად: მიმდინარე წელს გამოკლებული დაზღვეულის დაბადების წელი. გასათვალისწინებელია, რომ მიმადინარე სადაზღვევო პერიოდში დაზღვეულს არ უსრულდებოდეს 60 წელი.
The age calculation shall be made according to the following rule: To current year minus the birth year of the insured.

უცხო ქვეყნის მოქალაქეთა დაზღვევა ხორციელდება კოეფიციენტით 1.5. Foreign citizens are insured with a coefficient of 1.5.

ჯიპიაი

ვენის სადაზღვევო ჯგუფი



ონკო ქეარი

დაზღვევის პირობები

ONCO CARE

INSURANCE WORDING

1. ზოგადი დებულებები:

1.1. წინამდებარე ხელშეკრულება არეგულირებს დაზღვეულის, დამზღვევის და მზღვეველის უფლებებსა და ვალდებულებებს ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო მომსახურების გაწევისას, კერძოდ მზღვეველი ვალდებულია დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ პოლისით დადგენილი პრემიის ჯეროვნად გადახდის სანაცვლოდ, დაზღვეული პირის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებით დიაგნოსტირებისას წინამდებარე ხელშეკრულებით განსაზღვრული წესით დამზღვევს/დაზღვეულს აუნაზღაუროს პოლისში მითითებული თანხა.

1.2. სიმსივნური დაავადების დაზღვევა - ითვალისწინებს პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, დაზღვეულის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირების შემთხვევაში მოსარგებლისათვის სადაზღვევო თანხის ანაზღაურებას, დაზღვევის პირობების გათვალისწინებით. მხარეები თანხმდებიან და მათთვის ცნობილია რომ წინამდებარე ხელშეკრულება არ წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებას, კერძოდ აღნიშნული დაზღვევის ფარგლებში გაცემული ფულადი კომპენსაცია არ წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, არ არის დამოკიდებული მასზე და დაზღვეულმა შეიძლება გამოიყენოს ნებისმიერი მიზნისთვის.

2. ზოგადი განმარტებები:

2.1. სადაზღვევო შემთხვევა – შესაბამისი სამედიცინო სპეციალობის და საექიმო უფლების მქონე ექიმის მიერ ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზის დადგენა დაზღვეულისთვის;

2.2. დაზღვეული/დამზღვევი – 65 წლამდე ასაკის პირი, და/ან 18 წლამდე ასაკის პირი, რომლის მიმართაც ხორციელდება დაზღვევა;

2.3. დაზღვეულის შვილი/არასრულწლოვანი პირი – დაზღვეულის 18 წელზე ნაკლები ასაკის შვილი, რომელიც ჩართულია ხელშეკრულებაში;

2.4. სადაზღვევო ანაზღაურება – დაზღვეულის მიერ არჩეული სადაზღვევო თანხა, რომელიც გაიცემა დაზღვეულზე იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება.

2.5. მეორე აზრის მოძიება - მომსახურება ითვალისწინებს ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზის შემთხვევაში, მსოფლიოს წამყვანი კლინიკის სპეციალისტების მიერ დიაგნოზის დაზუსტებას/დადასტურებას, მკურნალობის ყველაზე ოპტიმალური სქმის შერჩევას, სხვა სახის სამედიცინო რეკომენტაციების მომზადებას (სერვისი განკუთვნილია მხოლოდ ძირითადი დაზღვეულისთვის).

2.6. მოცდის პერიოდი – პერიოდი, რომელიც იწყება ხელშეკრულების ძალაში შესვლის თარიღიდან და რომლის განმავლობაშიც დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებისას არ ხდება სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა.

2.7. მკურნალი ექიმი – შესაბამისი სამედიცინო სპეციალობის მქონე ექიმი, რომელიც მონაწილეობდა ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების პირველადი დიაგნოზის დასმაში და დაზღვეულის მკურნალობაში, რომელსაც აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი და რომელიც მას აძლევს სამედიცინო პრაქტიკის განხორციელების უფლებას საქართველოში მოქმედი რეგულაციების მიხედვით; თუ დაზღვეული თავად არის მკურნალი ექიმი, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას უნდა წარმოადგინოს სხვა მკურნალი ექიმის მიერ გაცემული სამედიცინო დასკვნა.

2.8. დიაგნოზი – წერილობითი დასკვნა, რომელიც აზუსტებს ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირებული ფორმის სახელწოდებასა და განვითარების სტადიას დაშედგენილია იმ მკურნალი ექიმის მიერ, რომელმაც ჩაატარა დაზღვეულის ფიზიკური და/ან დიაგნოსტიკური შემოწმება;

1. GENERAL PROVISIONS:

1.1. The Agreement regulates rights and obligations of insured, policyholder and insurer when providing insurance services hereunder. Specifically, when diagnosed with malignant tumor, insurer shall, in exchange for duly paid premium defined in a policy, reimburse the amount specified in the policy in accordance with the procedure set forth by the Agreement.

1.2. Cancer Insurance provides for reimbursement of the sum insured to a beneficiary throughout insurance validity period under insurance policy, in case insured has been diagnosed with malignant tumor. The parties agree upon and recognize that this Agreement is not health insurance agreement, specifically, monetary compensation provided hereunder does not correspond to reimbursement of medical expenses, does not depend on it and the insurer may use it for any purpose.

2. DEFINITIONS:

2.1. Insured Event – diagnosis of malignant tumor established by a physician with medical specialty and relevant rights.

2.2. Insured/Policyholder – a person before 65 years of age and/or person before 18 years of age for whom the insurance is being provided.

2.3. Insured's Daughter or Son/Underage Person – daughter/son of the Insured included in the Agreement.

2.4. Insurance Reimbursement – sum insured selected by the Insured, which shall be provided to the Insured in case diagnosed with malignant tumor.

2.5. Seek Second Opinion – in case of cancer diagnosis, the service implies verifying/confirming diagnosis by specialists of leading clinics of the world, selecting the most optimal treatment scheme, preparing other kinds of medical recommendations (the service pertains only to the main Insured).

2.6. Waiting Period – period starting from the enforcement date of the Agreement and during which reimbursement is not provided (in case of malignant tumor);

2.7. Treating Physician – a physician with relevant medical specialty participating in initial diagnosis and treatment of the Insured. One that holds a state certificate confirming entitlement to independent medical practice, which entitles the physician to practice medicine in line with regulations in force in Georgia. If the Insured is not a treating physician, upon occurrence of an insured event, they shall submit medical diagnosis issued by another treating physician.

2.8. Diagnosis – written conclusion verifying name and development stage of diagnosed form of a malignant tumor, which is composed by the physician, who conducted physical and/or diagnostic examination of the Insured.

2.9. Medical Records – documentation on the health condition of the Insured compiled by treating physician and/or other health workers or medical establishment. Such documentation includes final diagnosis of the treating physician related to malignant tumor diagnosis, recommendations for treatment and mandatory documents, e.g. lab results, X-ray, histopathology reports,

2.9. სამედიცინო ჩანაწერები – დოკუმენტაცია დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, შედგენილი მკურნალი ექიმის და/ან ჯანდაცვის სხვა მუშაკის თუ სამედიცინო დაწესებულების მიერ. ამგვარი დოკუმენტაცია მოიცავს მკურნალი ექიმის საბოლოო დასკვნას ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზთან დაკავშირებით, რეკომენდაციებს მკურნალობისთვის და ისეთ აუცილებელ დოკუმენტაციას, როგორიცაა ლაბორატორიული ანალიზების შედეგები, რენტგენოგრამა, ჰისტოპათოლოგიური შედეგები, სხვა სადიაგნოსტიკო კვლევების შედეგები და დამატებითი ინფორმაცია, მიღებული კლინიკური შემოწმების შედეგად;

2.10. დაზღვევამდე არსებული დაავადება – დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებამდე, რაც წარმოადგენს საფუძველს იმისათვის, რომ მზღვეველმა გამორიცხოს სადაზღვევო თანხის/კომპენსაციის გადახდის ვალდებულება;

2.11. ინვაზიური სიმსივნე – დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება უკონტროლო ზრდით და ავთვისებიანი უჯრედების გავრცელებით და შეღწევით ჯანმრთელ ქსოვილებში;

2.12. დამზღვევი/დაზღვეული –პირი, რომელიც აფორმებს ხელშეკრულებას. არასრულწლოვანი დაზღვეულის შემთხვევაში პირი, რომელზეც აფორმებს დაზღვევის ხელშეკრულებას და რომელზეც გაიცემა სადაზღვევო ანაზღაურება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას.

2.13. პოლისი – მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი დაზღვევის დამადასტურებელი დოკუმენტი.

2.14. მზღვეველი – სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი".

2.15. სადაზღვევო შენატანი (პრემია) - დამზღვევის მიერ დაზღვეულის სასარგებლოდ გადასახდელი სადაზღვევო პოლისის წლიური ღირებულება, რომელსაც დამზღვევი უხდის მზღვეველს პოლისში მითითებული მომსახურების გაწევის სანაცვლოდ.

2.16. სადაზღვევო პერიოდი - პოლისში მითითებული პერიოდი, რომლის განმავლობაშიც სადაზღვევო პოლისი მოქმედია. მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, ანაზღაურდება, ამ პერიოდში მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევები მხოლოდ სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვამდე.

3. ძირითადი პირობები:

3.1. წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დაზღვეული აცხადებს წინასწარ თანხმობას და ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას მზღვეველმა ნებისმიერი მესამე პირისგან, მათ შორის სამედიცინო დაწესებულებისგან, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას გამოითხოვოს დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერები, ასევე ნებისმიერი პერსონალური ინფორმაცია და დაავადებასთან დაკავშირებული მონაცემი.

3.2. დაზღვევა ძალაშია იმ შემთხვევაში, თუ გადახდილია პირველი ან ერთჯერადი (სრული) სადაზღვევო პრემია და გაცემულია პოლისი.

3.3. სადაზღვევო თანხის ოდენობას ირჩევს დაზღვეული და ის შეიძლება იყოს განსაზღვრული ლარში ან აშშ დოლარში.

3.4. არასრულწლოვანი შვილი შეიძლება დაზღვეული იქნეს მხოლოდ ერთ-ერთ დაზღვეულ მშობელთან ერთად.

3.5. დაზღვევის პერიოდის განმავლობაში დამზღვევს შეუძლია მოთხოვოს მზღვეველს 18 წლამდე ასაკის შვილის დაზღვევა, რომელიც თავიდანვე არ იყო დაზღვეული, დამატებითი პრემიის გადახდის გარეშე. ასეთ შემთხვევაში 18 წლამდე ასაკის შვილზე ვრცელდება 180 დღიანი მოცდის პერიოდი.

4. სადაზღვევო პრემია და მისი გადახდის წესი:

4.1. სადაზღვევო პრემია ანაზღაურდება საქართველოს ეროვნულ ვალუტაში. იმ შემთხვევაში, თუ სადაზღვევო თანხა არჩეულია აშშ დოლარში,

results of other diagnostic tests and additional information obtained through clinical examination.

2.10. Pre-existing Illness – health condition of the insured prior to concluding insurance agreement, which creates grounds for the Insurer to eliminate liability of paying sum insured/providing compensation.

2.11. Invasive Cancer – diagnosed malignant tumor, which is characterized by uncontrolled growth and spread of malignant cells, invasion of healthy cells.

2.12. Policyholder/Insured – person concluding the Agreement. In case of underage insured, the person they are concluding the agreement for and for whom the reimbursement is provided in case insured event occurs.

2.13. Policy – Insurance certifying document established by the legislation in force.

2.14. Insurer – JSC Insurance Company GPI Holding

2.15. Insurance Fee (Premium) – annual cost of insurance policy paid by the Insured to the Insurer in exchange for rendered services specified in the Policy.

2.16. Insurance Period – period specified in the Policy, during which the Insurance Policy is valid. In line with the Insurance Wording, insured events occurred within this period shall be reimbursed only up to the date the insurance period is no longer valid.

3. KEY TERMS AND CONDITIONS:

3.1. By singing the Agreement, the Insured gives initial consent and grants the Insurer right to obtain medical records from any third party, including medical establishment (after being diagnosed), moreover, any personal information and data related to the illness.

3.2. The insurance is valid in case the first or single (total) premium fee has been paid and the Policy has been issued.

3.3. Sum insured is selected by the Insured and it may be in GEL of USD.

3.4. Underage daughter/son may be insured with one of the parents only.

3.5. Throughout the insurance period, the Policyholder is entitled to request insurance of a son/daughter under 18 years of age, who was not insured from the beginning, without paying additional premium. In such case 180 days of waiting period applies to the son/daughter under 18 years of age.

სადაზღვევო პრემია დაანგარიშდება ლარში პრემიის გადახდის დღეს საქართველოს ეროვნული ბანკის მიერ დადგენილი კურსის მიხედვით.

4.2. დამზღვევი და/ან დაზღვეული ვალდებულნი არიან გადაუხადონ მზღვეველს დაზღვევის პრემია პოლისში მითითებული გადახდის გრაფიკის დაცვით და პოლისში მითითებული ოდენობით.

5. დაზღვევის დაწყება და მისი პერიოდი:

5.1. წინამდებარე ხელშეკრულება გაფორმებულია ერთი წლის ვადით, მისი 5 წლამდე პერიოდით ავტომატური გაგრძელების პირობით. სადაზღვევო პერიოდი განისაზღვრება პოლისით.

5.2. დაზღვევა მხარეთა დამატებითი შეთანხმებით შეიძლება გაგრძელდეს, თუმცა ავტომატურად შეწყდება იმ სადაზღვევო წლის ამოწურვისას, როცა დაზღვეული გახდება 75 წლის ასაკის.

5.3. დაზღვევა ძალაში შედის პოლისში მითითებული დაზღვევის ძალაში შესვლის დღის 00:00 სთ-ზე, იმ პირობით, რომ დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ გადახდილი იქნება პრემიის პოლისით დადგენილი პირველი შენატანი ან ერთჯერადი პრემიისას პრემია სრულად. დაზღვევის ხელშეკრულების მოქმედება შეწყდება პოლისში მითითებულ დაზღვევის დასრულების თარიღის 24:00 სთ-ზე.

6. პირები, რომლებიც არ ექვემდებარებიან დაზღვევას:

6.1. პირი, რომელსაც დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებამდე დიაგნოსტირებული აქვს შემდეგი დაავადებები ან/და იმყოფება დიაგნოსტირების ან მკურნალობის პროცესში:

1) სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლგიური ცვლილება ან ხალების ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება.

2) მსხვილი ნაწილავის პოლიპოზი, ნაწლავის ანთება (კრონის დაავადება ან წყლულოვანი კოლოტი), თირკმლის პოლიკისტოზი, სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადებები, აზბესტოზი, B, C, D, E ფორმის ჰეპატიტი, ან ღვიძლის ციროზის რომელიმე ფორმა.

6.2. 64 წლის და მეტი ასაკის პირები პირველადად დაზღვევისას ან 74 წელზე მეტი ასაკის პირები დაზღვევის უწყვეტად განახლების შემთხვევაში.

7. მოცდის პერიოდი:

7.1. წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო შემთხვევის მოცდის პერიოდი არის ექვსი თვე.

7.2. მოცდის პერიოდი დაიწყება დაზღვევის წინამდებარე ხელშეკრულების 5.3 მუხლით დადგენილი წესით ძალაში შესვლის დღეს.

7.3. მზღვეველის ვალდებულება, გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა ან მისი რაიმე ნაწილი, არ ამოქმედდება, თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება მოცდის პერიოდის განმავლობაში.

7.4. მოცდის პერიოდი არ შეეხება იმ პირებს, რომლებსაც აქვთ დაზღვევის უწყვეტი დაფარვა, ანუ იმ პირებს, რომლებსაც მიღებული აქვთ დაზღვეულის სტატუსი დაზღვევის წინა პოლისით და/ან რომელთა მოცდის პერიოდი უკვე ამოიწურა წინა დაფარვისას (პოლისი და/ან პოლისის დანართი).

7.5. მოცდის პერიოდი ასევე არ მოქმედებს იმ შემთხვევაში, თუ წინამდებარე ხელშეკრულებით დაზღვეული არასრულწლოვანი პირი, გახდება 18 წლის და უწყვეტად, დამოუკიდებლად გააფორმებს მზღვეველთან ახალ ხელშეკრულებას ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებაზე.

7.6. დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტის შემდეგ ხელახალი დაზღვევისას მოცდის პერიოდის ათვლა ხდება თავიდან.

4. INSURANCE PREMIUM AND PAYMENT PROCEDURE:

4.1. The insurance premium shall be reimbursed in the national currency of Georgia. In case the sum insured has been selected in USD, the insurance premium shall be calculated on the date of making premium payment in GEL, in accordance with the currency set by the National Bank of Georgia.

4.2. The Policyholder/Insured shall pay the Insurer insurance premium pursuant to the payment schedule and in the amount specified in the Policy.

5. INSURANCE STARTING DATE AND PERIOD

5.1. The Agreement has been concluded for a one year term and with the condition of automatically continuing for 5 years. The Insurance period shall be determined by the Policy.

5.2. The Insurance may be extended under the agreement between the parties, however shall automatically terminate the year the Insured turns 75.

5.3. The Insurance shall be enforced on the date specified in the Policy, at 00:00 on condition that the Policyholder/Insured makes the first payment of the premium in the amount specified in the Policy or single payment (premium fee in full). The Insurance Agreement shall terminate on the date indicated in the policy at 24:00.

6. PERSONS NOT SUBJECT TO INSURANCE

6.1. Person diagnosed with the following diseases prior to concluding the Insurance Agreement and/or is being diagnosed or undergoing treatment:

1) Tumor, cancer, leukemia, lymphoma, pathological change in skin or any form of moles that are bleeding, painful, modified in color or grown in size.

2) Bowel polyps, inflammatory bowel disease (Crohn's disease or ulcerative colitis), polycystic kidney disease, benign breast diseases, asbestosis, hepatitis B, C, D, E or any form of liver cirrhosis.

6.2. 64-year-old and older persons being insured the first time or 74-year-old and older persons in case of automatical renewal of the Insurance.

7. WAITING PERIOD:

7.1. Under the Agreement, waiting period for the insured event is 6 months.

7.2. The waiting period shall start on the enforcement date of the Agreement in line with the procedure set forth in Article 3.5.

7.3. The Insurer's liability to pay sum insured or any part of it shall not be enforced in case the Insured is diagnosed with malignant tumor during the waiting period.

7.4. The waiting period does not pertain to those parties, who have continuous coverage, or those parties who have the status of Insured from the previous policy and/or whose waiting period has terminated on the previous coverage (policy and/or annex to the policy).

7.5. The waiting period shall also not be enforced in case the insured underage person turns 18 and independently concludes agreement with the Insurer on services provided for in the Agreement.

7.6. After termination of the insurance and renewal of the insurance, the waiting period shall start over.

8. დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტა:

8.1. დაზღვევა ვადამდე შეიძლება შეწყდეს შემდეგ შემთხვევებში:
1) მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების ცალმხრივად შეწყვეტით;
2) მხარეთა მიერ ხელშეკრულების პირობების დარღვევისას მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით;
3) სადაზღვევო თანხის ამოწურვისას;
4) იმ სადაზღვევო წლის დასრულებისას, როცა დაზღვეული მიაღწევს 75 წლის ასაკს;
5) იმ სადაზღვევო წლის ამოწურვისას, როცა არასრულწლოვანი მიაღწევს 18 წლის ასაკს;
6) ავტომატურად, წინამდებარე ხელშეკრულების 10.4.1 მუხლის შესაბამისად;

8.2. დაზღვევა შეწყდება დაზღვეულის ან/და მისი დაზღვეული შვილის გარდაცვალების შემთხვევაში ან დაზღვეულის ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტირებისას სადაზღვევო თანხის სრულად ანაზღაურების დღის 24:00 სთ-ზე. ასეთ შემთხვევაში დაზღვეულის და დაზღვეული შვილის დაზღვევაც ასევე შეწყდება იმავე დღის 24:00 სთ-ზე.

8.3. დამზღვევს შეუძლია შეწყვიტოს მრავალწლიანი დაზღვევა შეწყვეტის შესახებ მზღვეველისთვის წერილობითი შეტყობინების გაგზავნით. შეტყობინება შეწყვეტის შესახებ მიწოდებული უნდა იქნეს 15 დღით ადრე პრემიის შემდეგი ნაწილის გადახდის თარიღამდე. ასეთ შემთხვევაში დამზღვევი იხდის მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის გამომუშავებულ პრემიას და სადაზღვევო პერიოდის მოკლევადიანობის საკომპენსაციოდ 2 თვის პრემიას დამატებით.

8.4. ერთი მშობლის მიერ დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტისას დაზღვეულ მეორე მშობელს შეუძლია მოსთხოვოს მზღვეველს შეწყვეტილ ხელშეკრულებაში მონაწილე შვილის დაზღვევა თავისი ხელშეკრულებით, გარდა წინამდებარე ხელშეკრულების მე-6 მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისას.

9. ხელშეკრულებაზე უარის თქმა:

9.1. დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია უარი თქვას ხელშეკრულებაზე მისი გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის ვადაში, ყოველგვარი ჯარიმისა და დამატებით გადასახადის გარეშე, მზღვეველისთვის დანართი #1-ით განსაზღვრული „დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განაცხადის“ მზღვეველის იურიდიულ მისამართზე გაგზავნის ან მზღვეველის ფილიალებში ფიზიკურად მიწოდების გზით.

9.2. თუ დამზღვევი/დაზღვეული მზღვეველს არ გაუგზავნის მოთხოვნას დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის შესახებ, მაშინ დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია ხელშეკრულების გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის გასვლის შემდეგ ისარგებლოს ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებებით.

9.3. ხელშეკრულების 9.1. პუნქტით განსაზღვრული უფლების არსებობა, არ ათავისუფლებს დამზღვევს/დაზღვეულს სადაზღვევო პრემიის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ანაზღაურების ვალდებულებისგან.

9.4. თუ დამზღვევმა/დაზღვეულმა, ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლების ვადის გასვლამდე, პირდაპირ და მკაფიოდ მოითხოვა მზღვეველთან ან/და პროვაიდერ კლინიკასთან, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით, მომსახურების მიღება, მაშინ შესაბამისი მომსახურების მიღებით დამზღვევი/დაზღვეული კარგავს ხელშეკრულების 9.1. პუნქტით განსაზღვრულ ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებას.

10. სადაზღვევო დაფარვა და სადაზღვევო შემთხვევა:

10.1. თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება დაზღვევის პერიოდში მზღვეველი ერთჯერადად გასცემს სადაზღვევო

8. INSURANCE AGREEMENT TERMINATION:

8.1. The insurance may terminate prematurely:
1) Unilaterally by the Insurer;
2) In accordance with the procedures established by the legislation in force, in case parties violate the Agreement Wording.
3) In case the sum insured has been exhausted;
4) At the end of the year the insured turns 75.
5) At the end of the year the underage person turns 18;
6) Automatically, in accordance with Article 10.4.1 of the Agreement.

8.2. The Insurance shall terminate in case the Insured or the son/daughter passes away or at 24:00 of the date when full reimbursement is made after the Insured has been diagnosed with malignant tumor. In such case, the insurance of the Insured and their son/daughter shall terminate at 24:00, on the same date.

8.3. The Policyholder is entitled to terminate long-standing Insurance by notifying the Insurer in writing. The notification about termination shall be sent to the Insurer 15 days prior to the date of payment of the next installment. In such case, the Policyholder shall pay earned premium of the current insurance period and additional 2 months premium to compensate for premature termination.

8.4. After terminating the insurance agreement by one parent, the other parent is entitled to request insurance of the son/daughter party to the terminated agreement, except for cases specified in Article 6.

9. REJECTION

9.1. The Policyholder/Insurer is entitled to reject an agreement within 14 (fourteen) days of concluding it, without paying a penalty or additional fees by sending “the application of rejection” at the legal address of the Insured or by submitting to the branches of the Insurer.

9.2. In case the Policyholder/Insured does not send the request to the Insurer regarding rejection, Policyholder/Insured is entitled to benefit from the rights established by the Agreement.

9.3. Rights determined in Item 9.1. of the Agreement does not exempt the Policyholder/Insured from the responsibility of reimbursement of the Insurance premium in accordance with Agreement Wording.

9.4. In case the Policyholder/Insured before expiration of the rejection term directly and clearly requests service from the Insurer and/or provider clinic in line with the Insurance Agreement Wording, the Policyholder/Insurer shall lose their right to rejection defined in Item 9.1.

ანაღაურებას სადაზღვევო ხელშეკრულებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.

10.2. სადაზღვევო თანხა განისაზღვრება პოლისით.

10.3. სადაზღვევო თანხა თითოეულ დაზღვეულ შვილზე შეადგენს პოლისით განსაზღვრული სადაზღვევო თანხის 100%-ს.

10.4. წინამდებარე პირობების თანახმად, სადაზღვევო შემთხვევად ჩაითვლება დაზღვეულისთვის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების პირველად დიაგნოსტირება დაზღვევის პერიოდის განმავლობაში.

10.5. ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზი დასმული უნდა იქნეს შესაბამისი სპეციალობის სერტიფიცირებული ექიმის მიერ.

10.6. სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირება წინამდებარე პირობების მე-7 მუხლში მოხსენიებული მოცდის პერიოდის განმავლობაში.

10.7. დაზღვევა დაფარავს ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების ყველა ფორმას, რომელიც შედის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) მე-10 გამოცემის C00–C97 კოდებში, მათ შორის ლეიკემიის, ავთვისებიანი ლიმფომის, კანის ლიმფომის, ჰოჯკინსის დაავადების, ძვლის ტვინის ავთვისებიანი ცვლილებების და სარკომის ჩათვლით, გარდა C44 კოდისა (კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები, გარდა მელანომისა). (ICD-10-ის შესახებ დეტალური ინფორმაცია იხ. ბმულზე: http://classifications.moh.gov.ge)

10.8. ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს, მათ შორის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე.

10.9. სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირება, რომელიც წარმოადგენს დაზღვევამდე ან მოცდის პერიოდში დიაგნოსტირებული დაავადების პირდაპირ გართულებას ან მის მალიგნიზაციას.

11. მხარეთა ვალდებულებები:

11.1. დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:

11.1.1. პოლისის გაფორმებისას შეატყობინოს მზღვეველს ყველა ის გარემოება, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ მზღვეველის გადაწყვეტილებაზე უარი თქვას დაზღვევაზე ან გააფორმოს იგი შეცვლილი შინაარსით.

11.1.2. ხელშეკრულების გაფორმებისას აცნობოს მზღვეველს რისკის შეფასებასთან დაკავშირებული ყველა გარემოება, რომელიც მან იცოდა ან უნდა სცოდნოდა.

11.1.3. წარუდგინოს მზღვეველს ყველა ის დოკუმენტი, რომელიც აუცილებელია მზღვეველის ვალდებულების საფუძვლის, მოცულობის და სათანადო თანხის დასადგენად.

11.1.4. განუმარტოს ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილ პირებს, რომ შემთხვევის დადგომისას ანაზღაურების მომთხოვნი უფლებამოსილი პირ(ებ)ი ვალდებულნი არიან უფლებამოსილება მიანიჭოს მზღვეველს დაამუშავოს მისი ნებისმიერი პერსონალური მონაცემი, შეინახოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით და თავისი შეხედულებისამებრ და საჭიროებისას გადასცეს საზღვარგარეთ საჯარო თუ კერძო დაწესებულებებს/ორგანიზაციებს, ასევე შეასრულონ მზღვეველის ყველა მითითება რაც უკავშირდება სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის დადგენას. განუმარტოს ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილ პირებს რომ მათ მიერ ამ მუხლით გათვალისწინებული ვალდებულების დაუცველობის შემთხვევაში მზღვეველი უფლებამოსილია არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება.

11.1.5. გადაიხადონ სადაზღვევო პრემია შეთანხმებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.

10. INSURANCE COVERAGE AND INSURED EVENT:

10.1. In case the Insured is diagnosed with malignant tumor throughout the insurance period, the Insured shall provide single reimbursement under the Agreement in line with the procedures and in the amount set forth by the Agreement/Policy.

10.2. The Sum Insured is defined in the Policy.

10.3. The Sum Insured on each son/daughter constitutes 100% of the sum defined in the policy.

10.4. In line with the wording, the insured event is deemed the initial diagnosis of malignant tumor of the Insured throughout the Insurance Period.

10.5. Malignant tumor shall be diagnosed by a certified physician with corresponding specialty.

10.6. Malignant tumor diagnosed during the waiting period specified in Article 7 of the Wording shall not be deemed insurance event.

10.7. The insurance covers all forms of invasive malignant tumor, which are listed in the C00-C97 codes of the 10th edition of the International Classification of Diseases (ICD-10), including leukemia, malignant lymphoma, skin lymphoma, Hodgkin's disease, bone marrow, and sarcoma, except for C44 Code (other malignant cancers of skin, except, melanoma). (Please see detailed information about the ICD-10 on the following link: http://classifications.moh.gov.ge)

10.8. Invasive malignant tumor diagnosis shall be confirmed, including based on histopathological examinations.

10.9. Malignant tumor diagnosis, which is direct complication or malignization of the diagnosis made prior to getting insured or during waiting period shall not be deemed an insurance event.

11. OBLIGATIONS OF THE PARTIES

11.1. Policyholder/Insured shall:

11.1.1. Upon signing of the policy, notify the Insurer about all the circumstances that might influence decision of the Insurer to refuse Insurance or conclude it with modified content.

11.1.2. Upon signing of the Agreement, notify the Insurer about all the circumstances related to the risk assessment that Insurer shall or should have known.

11.1.3. Submit all the documents to the Insurer necessary for definition of obligation basis of the Insurer, volume and relevant amount.

11.1.4. Explain to the persons authorized for receiving reimbursement that in case of the incident occurrence, person(s) authorized for requesting reimbursement shall be obliged to grant the Insurer authority to process any personal data, keep it according to the legislative rule and on its own discretion and if necessary, transfer it abroad to the public or private establishments/organizations, also, follow all the instructions of the Insurer, related to definition of the

11.1.6. მიანიჭოს მზღვეველს უფლება მოითხოვოს/გადაამოწმოს დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონალური მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის ეროვნულ სააგენტოში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციულ ორგანოში და კერძო სამართლის პირთან.

11.2. დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია:

11.2.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მის მიერ წინამდებარე შეთანხმებით დადგენილი ყველა ვალდებულების და მზღვეველის მოთხოვნების შესრულების შემდეგ მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება ამ შეთანხმებით და მის საფუძველზე გაცემული სადაზღვევო პოლისით დადგენილ შემთხვევებში, შეთანხმებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.

11.2.2. დამზღვევი უფლებამოსილია, მზღვეველს ნებისმიერ დროს მოსთხოვოს მის შესახებ მონაცემთა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის გამოყენების შეწყვეტა ელექტრონული ან წერილობითი შეტყობინების გაგზავნის გზით. წერილობითი შეტყობინება უნდა გაიგზავნოს მზღვეველის იურიდიულ მისამართზე, ხოლო ელექტრონული შეტყობინება იგზავნება შემდეგ მისამართზე: info@gpih.ge.

11.3. მზღვეველი ვალდებულია:

11.3.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილი პირის მიერ წინამდებარე შეთანხმებით დადგენილი ყველა ვალდებულების და მზღვეველის მითითებების შესრულების შემდეგ, დოკუმენტაციის სრულყოფილად წარმოდგენიდან არაუგვიანეს 10 სამუშაო დღის ვადაში მიიღოს გადაწყვეტილება ანაზღაურების გაცემის თაობაზე ან მოტივირებულებად უარი თქვას სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე.

11.3.2. დაიცვას და არ გაახმაუროს დამზღვევთან/დაზღვეულთან საქმიანი ურთიერთობების შედეგად მოპოვებული ინფორმაცია, გარდა საქართველოს კანონით პირდაპირ გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

11.3.3. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემთხვევაში, სადაზღვევო შემთხვევის დადგენისა და სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობის განსაზღვრისათვის მოსარგებლის მიერ ყველა საჭირო დოკუმენტის წარმოდგენის შემდგომ ანაზღაურების გაცემაზე გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება.

11.4. მზღვეველი უფლებამისილია:

11.4.1. დამზღვევის მიერ სადაზღვევო შესატანის გადახდის ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში, მზღვეველი წერილობით განუსაზღვრავს დამზღვევს გადახდის ორკვირიან ვადას, რომლის უშედეგოდ გასვლის შემდეგ მზღვეველი თავისუფლდება თავისი მოვალეობებისგან და ხელშეკრულების მოქმედება შეჩერდება. ამასთან სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის მოქმედება განახლდება მხოლოდ დამზღვევის მიერ პრემიის გადახდის შემდეგ, დავალიანების გადახდის დღის 24.00 საათზე დავალიანების დაფარვის შემდგომ. დავალიანების დაფარვის შემდგომ მზღვეველი დავალიანების პერიოდში დამდგარ შემთხვევებს აღარ განიხილავს სადაზღვევო შემთხვევად და ამ პერიოდში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ დაექვემდებარება. გრაფიკის დარღვევის დღიდან 45 კალენდარული დღის შემდეგ სადაზღვევო ხელშეკრულება ჩაითვლება ავტომატურად შეწყვეტილად და იგი არ დაექვემდებარება აღდგენას.

insurance incident or event. Explain to the persons authorized to receive the reimbursement that in case of non-performing obligations considered by the present Article, the Insurer shall have a right for not issuing the Insurance Reimbursement.

11.1.5. Pay the insurance premium in amount and rule defined by the agreement/policy.

11.1.6. Grant the Insurer right to request/verify personal data of the Policyholder/Insured at the National Agency of Public Registry of the Ministry of Justice of Georgia, Data Exchange Agency, Public Service Development Agency, and all other administrative authority and persons of private law.

11.2. Policyholder/Insurer is entitled to:

11.2.1. Receive Insurance Reimbursement in the cases defined by the insurance policy issued by and based on the present Agreement in the amount and rule defined by the agreement/policy in case of occurrence the insurance incident after fulfilling all the obligations defined by the present Agreement and Insurer requirements.

11.2.2. Request the Insurer at any time to halt using personal data for the purposes of direct marketing by sending an online or written notification. The written notification shall be sent to the legal address of the Insurer, and online notification to the following address: info@gpih.ge

11.3. The Insurer shall:

11.3.1. Take decision regarding provision of reimbursement or refuse it within 10 working days after occurrence of an insured event and fulfilling all the instructions of the Insurer by the authorized party.

11.3.2. Provide reimbursement after occurrence of an insured event, taking a decision, determining amount of insurance reimbursement, submitting all the necessary documents by the Beneficiary.

11.4. The Insurer is entitled to:

11.4.1. Suspend validity of the agreement and do not reimburse insurance incidents after 14 calendar days from breaching of insurance premium payment schedule defined by the policy, without any notification, until full performance of financial liability by the Insured. The validity of the insurance agreement/policy shall be continued only after payment of the premium by the Insured, at 24:00 on the liability payment day. After covering the liability, the Insurer shall not review incidents occurred during the liability period as the insurance incident and insurance incident occurred during this period shall not be the subject to reimbursement. After 45 days from breaching payment schedule, the Insurance Agreement shall be automatically terminated and is not valid for renewal.

11.4.2. Not Insurance Reimbursement in case of falsification of documents required for determination of the insured event and/or receiving reimbursement, and also, revealing fact of submission the falsified information. And if the reimbursement is already issued, the beneficiary shall be obliged to return reimbursement to the Insurer unconditionally. Also, Insurance of such persons is subject to termination by the Insurer.

11.4.3. After occurrence of the insured event, request all notices from the beneficiary, which is necessary for determination of the volume of the insurance incident.

11.4.4. Request refund of the issued reimbursement amount, if it is found out that damage was not caused by the insurance incident.

11.4.5. In case of renewal of the long-term insurance agreement, suspend insurance based on the written notification received 1 (one) month prior from the

11.4.2. არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ფაქტის და/ან ანაზღაურების მიღებისათვის აუცილებელი დოკუმენტების გაყალბების, ასევე, ყალბი ინფორმაციის წარმოდგენის ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში. ხოლო თუ ანაზღაურება უკვე გაცემულია, მოსარგებლე ვალდებულია უპირობოდ დაუბრუნოს იგი მზღვეველს. ამასთან ყოველი ასეთი პირის დაზღვევა მზღვეველის მხრიდან ექვემდებარება გაუქმებას.

11.4.3. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ მოსთხოვოს მოსარგებლეს ყოველგვარი ცნობა, რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის მოცულობის დასადგენად.

11.4.4. მოითხოვოს გაცემული ანაზღაურების დაბრუნება, თუ აღმოჩნდა, რომ ზარალის დადგომა არ იყო გამოწვეული სადაზღვევო შემთხვევით.

11.4.5. მრავალწლიანი დაზღვევის ხელშეკრულების განახლებისას შეწყვიტოს დაზღვევა დამზღვევის 1 (ერთი) თვით ადრე წერილობითი ინფორმირების საფუძველზე და სრულად დაუბრუნოს დამზღვევს იმ მომენტისთვის გამოუმუშავებელი პრემია-ასეთის არსებობის შემთხვევაში, თუ მხარეები თანახმა არიან არსებულზე.

11.4.6. სადაზღვევო ანაზღაურებიდან გამოქვითოს მიმდინარე წლის გამოუმუშავებელი პრემია.

11.4.7. მოითხოვოს/გადაამოწმოს დაზღვეულის პერსონალური მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის ეროვნულ სააგენტოში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციულ ორგანოში და კერძო სამართლის პირთან.

12. გამონაკლისები:

12.1. სადაზღვევო თანხა არ გაიცემა იმ შემთხვევაში, როცა დაზღვეულს დაზღვევამდე დიაგნოსტირებული აქვს ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება.

12.2. სადაზღვევო თანხა არ იქნება გადახდილი თუ მისი გადახდის მოთხოვნა გამომდინარეობს ქვემოთ მოცემული რომელიმე დაავადებიდან, რომელიც გამოკვლეული ან დიაგნოსტირებული იქნება დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმების თარიღამდე ან მოცდის პერიოდში:

- სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლგიური ცვლილება ან ხალების ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება.
- მსხვილი ნაწილავის პოლიპოზი, ნაწლავის ანთება (კრონის დაავადება ან წყლულოვანი კოლოტი), თირკმლის პოლიკისტოზი, სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადებები, აზბესტოზი, B, C, D, E ფორმის ჰეპატიტი, ანღვიძლის ციროზის რომელიმე ფორმა.

12.3. მზღვეველი არ იქნება ვალდებული გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა, თუ ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირებთვის საჭირო ღონისძიებები დაწყებულია მოცდის პერიოდის განმავლობაში.

12.4. სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირება, რომელიც წარმოადგენს დაზღვევამდე ან მოცდის პერიოდში დიაგნოსტირებული დაავადების პირდაპირ გართულებას ან მის მალიგნიზაციას.

12.5. მზღვეველი არ იქნება ვალდებული გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა, არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირებისას. წინამდებარე პირობების თანახმად შემდეგი არ ჩაითვლება ინვაზიურ ავთვისებიანი სიმსივნურ დაავადებად:

Policyholder and fully refund the Policyholder with the premium unearned for that moment, if any, if the Parties agree.

11.4.6. Deduct the unearned premium of the current year from the Insurance Reimbursement.

11.4.7. Request/verify personal data of the Policyholder/Insured at the National Agency of Public Registry of the Ministry of Justice of Georgia, Data Exchange Agency, Public Service Development Agency, and all other administrative authority and persons of private law.

12. EXCLUSIONS

12.1. The Insurance Reimbursement shall not be issued in case when the Insured was diagnosed with the malignant tumour before the insurance.

12.2. The Sum Insured shall not be paid if it is requested for the below listed diseases, which are examined or diagnosed before the Insurance Agreement conclusion:

- Tumour, cancer, leukaemia, lymphoma, skin pathological changes or any form of moles, followed by bleeding, pain, change of colour or increase of size;
- Large bowel polyposis, inflammatory bowel (Crohn's disease or ulcerative colitis), polycystic kidney, benign breast diseases, asbestosis, B, C, D, E Hepatitis or any form of liver cirrhosis;

12.3. The Insurer shall not pay the insurance amount, if the examinations required for diagnosis of the malignant tumour disease has been started during the waiting period;

12.4. Malignant tumor diagnosis, which is direct complication or malignization of the diagnosis made prior to getting insured or during waiting period shall not be deemed an insurance event.

- არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება, პრენივაზიური ავთვისებიანი
- სიმსივნური დაავადება, დისპლაზია და ყველა კიბოსწინარე მდგომარეობები;
- პროსტატის კიბო, თუ მას არა აქვს მიღწეული TNM კლასიფიკაციის T2N0M0 სტადია;
- კანის ნებისმიერი პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება (C44 კოდი ICD- 10-ის მიხედვით-კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები), გარდა ავთვისებიანი მელანომისა, რომელიც სცილდება ეპიდერმისს (IA-ზე მაღალი სტადია);
- ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კიბო, რომელიც ლოკალიზებულია ერთ ორგანოში;
- ნებისმიერი სიმსივნე და ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება აივ ინფექციის არსებობისას.

12.6. სადაზღვევო თანხა არ გაიცემა:
- სადაზღვევო თანხის ამოწურვის შემდეგ.
- როცა დაზღვეული უარს აცხადებს იმ ექიმისა და მედიკოსთა გუნდის კონფიდენციალურობის ვალდებულებიდან გათავისუფლებაზე, რომლებმაც დასვეს დიაგნოზი, რაც ხელს უშლის მზღვეველს აუცილებელი ინფორმაციის შეგროვებაში;

12.7. მზღვეველის ნებისმიერი ვალდებულება გამოირიცხება დაზღვეულის და/ან დამზღვევის მხრიდან არასწორი ინფორმაციის მიწოდების, თაღლითობის ან არაკეთილსინდისიერი ქმედების განხორციელების შემთხვევაში.

12.8. მზღვეველი აღარ იქნება ვალდებული გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა ახალი პოლისით და/ან პოლისის დანართით წინა პოლისის ამოწურვის შემდეგ, თუ გადახდა უკვე განხორციელებული იყო წინა პოლისით და/ან პოლისის დანართით.

12.9. სადაზღვევო ანაზრაურება არ გაიცემა დაზღვეულის/ანაზღაურებაზე უფლებამოსილი პირის მიერ ხელშეკრულებით/პოლისით განსაზღვრული ნებისმიერი ვალდებულების დარღვევისას.

13. ქმედება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას:

13.1. დაზღვეული სადაზღვევო პერიოდში დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების შემთხვევაში, დიაგნოსტირებიდან რაც შეიძლება მოკლე ვადაში (გამომდინარე მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან) მზღვეველის სერვის ცენტრში წარადგენს ანაზღაურების მოთხოვნის განაცხადს, დაზღვევის პოლისს და დიაგნოზის დამადასტურებელ დოკუმენტაციას (მათ შორის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევების პასუხები, სამედიცინო ისტორია, სამედიცინო ფორმა #100).

13.2. ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების საბოლოო დიაგნოზი, დადასტურებული მკურნალი ექიმი-სპეციალისტის მიერ, უნდა შეესაბამებოდეს დაავადების განსაზღვრებას, რომელიც მოცემულია წინამდებარე ხელშეკრულებაში.

13.3. დაზღვეული წარადგენს სრულ სამედიცინო ჩანაწერებს, საიდანაც მზღვეველის ვალდებულება დადგინდება მტკიცებულებებით, რადიოლოგიური, ჰისტოპათოლოგიური, ლაბორატორიული, კლინიკური და სხვა შედეგების ჩათვლით.

13.4. წინამდებარე ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებები არ გადაეცემა მესამე პირს. მხოლოდ დაზღვეულს შეუძლია სადაზღვევო თანხის ან მისი რომელიმე ნაწილის მიღება. თუ დაზღვეული არ არის ქმედუნარიანი, თანხა გადაეცემა მის კანონიერ წარმომადგენელს/მეურვეს. თუ სადაზღვევო შემთხვევა მოხდა დაზღვევის პერიოდში და გაცხადებული იქნა ვიდრე დაზღვეული იყო ცოცხალი, მაგრამ მოთხოვნა არ იქნა დაკმაყოფილებული მის გარდაცვალებამდე, მაშინ სადაზღვევო თანხა ან მისი რამე ნაწილი, რომელიც უნდა მიეღო დაზღვეულს წინამდებარე პირობების თანახმად, გადახდილი იქნება პოლისში დადგენილი მოსარგებლისთვის ან

12.5. The Insurer shall not pay the insurance amount in case of diagnosing non-invasive malignant tumour. According to the present conditions, the following shall not be considered as invasive malignant tumour disease:

- Non-invasive malignant tumour disease, pre-invasive malignant tumour disease, dysplasia and all pre-cancer conditions;
- Prostate cancer, if it does not reach T2N0M0 stage of the TNM classification;
- Any form of skin primary malignant tumour diseases (C44 Code according to the ICD-10 – malignant skin cancers), except for malignant melanoma, which exceeds epidermis (stage higher than IA);
- Papillary thyroid cancer localized in one organ;
- Any tumour and malignant tumour disease during HIV infection.

12.6. The Sum Insured shall not be provided:
- After depletion of insurance amount;
- When the Insured refuse release from confidentiality on the doctor or group of medics, who made a diagnosis, which prevents the Insurer from gathering necessary information;

12.7. Any obligation of the Insurer is excluded in case of inaccurate information provision, fraud or unfaithfulness from the Insured and/or the Policyholder.

12.8. The Insurer shall not be liable to pay the sum insured after expiration of the previous policy by the new policy and/or policy annex, if the payment was already carried by the previous policy and/or policy annex.

12.9. The Insurance Reimbursement shall not be provided in case of any violation of the obligations by the Insured/persons authorized for reimbursement defined by the agreement/policy.

13. ACTION TO TAKE DURING OCCURRENCE OF INSURED EVENT

13.1. In case of diagnosing malignant tumour disease during the insurance period, the Insured or the authorized person of the Insured submits the insurance request application, insurance policy and documentation confirming diagnosis (including, results of histopathological examinations, medical history, medical form N100) in the company's service centre in the shortest period of time (according to his/her health condition).

13.2. The final diagnosis of the malignant tumour disease, confirmed by the physician-specialist, shall be in accordance with the disease definition given in the present Agreement.

13.3. The Insured submits all medical recordings to define the Insurer's liability through evidence, including, radiological, histopathological, laboratory, clinical and other examination results.

გარდაცვლილის მემკვიდრეებისათვის კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

13.5. მეორე აზრის მოძიება - მოსახურების მისაღებად: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სერვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია "მედიგაიდის" წარმომადგენელს საქართველოში -კლინიკა კურაციოს, სპეციალურ ნომერზე: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საჭიროების შესახებ. კლინიკა კურაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახლესი 1 სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, კურაციოს ექიმი მედიგაიდის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად ირჩევს მომსახურების გამწევ სასურველ კლინიკას. მომსახურებასთან დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტაცია დაზღვეულმა კლინიკას უნდა მიაწოდოს ქართულ ან ინგლისურ ენაზე. კლინიკა კურაციო უზრუნველყოფს დაზღვეულისთვის მეორე აზრის მოძიების პირობებით განსაზღვული მომსახურების მიწოდებას შემთხვევის გაცხადებიდან 15 დღის განმავლობაში

14. დავების გადაწყვეტა:

14.1. მხარეებმა ყველა ღონე უნდა იხმარონ, რათა შეთანხმებით მოაგვარონ ყველა უთანხმოება და დავა, წარმოქმნილი მათ შორის ხელშეკრულების ან მასთან დაკავშირებული სხვა საკითხების მიმართ.

14.2. თუ მხარეები ვერ შეძლებენ სადავო საკითხების შეთანხმებით მოგვარებას, ნებისმიერ მხარეს დავის გადაწყვეტის მიზნით შეუძლია დადგენილი წესის მიხედვით მიმართოს სასამართლოს.

14.3. გამომდინარე იქედან, რომ მხარეთა მიერ ხელშეკრულების შესრულების ადგილად მიჩნეულია მზღვეველის ადგილსამყოფელი, დავის განხილვა მოხდება მისი ადგილსამყოფელის მიხედვით არსებულ საერთო სასამართლოში.

15. ფორს-მაჟორი:

15.1. წინამდებარე ხელშეკრულების საფუძველზე არც ერთი მხარე არ აგებს პასუხს მეორე მხარის წინაშე და თავისუფლდება პასუხისმგებლობისაგან საკუთარი ვალდებულებების შეუსრულებლობის ან არასათანადოდ შესრულების გამო, თუ ამის მიზეზი გახდა საგანგებო ხასიათის მქონე გადაულახავი ძალა, რომლის წარმოშობაზე ხელშეკრულების მონაწილე მხარეები პასუხს არ აგებენ და რომლის არსებობის ან წარმოშობის შესახებ წინამდებარე ხელშეკრულების დადების მომენტში არ შეეძლოთ სცოდნოდათ.

15.2. ფორს-მაჟორული მოვლენა დადასტურებული უნდა იქნეს კომპეტენტური ორგანოს მიერ.

15.3. ფორს-მაჟორული გარემოებების წარმოშობის შესახებ მხარემ დაუყონებლივ უნდა აცნობოს მეორე მხარეს.

15.4. ფორს-მაჟორული გარემოებების შეწყვეტისთანავე მხარეები დაუყონებლივ აგრძელებენ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას.

16. დამატებითი პირობები:

16.1. დამზღვევი წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელისმოწერით ადასტურებს, რომ ხელშეკრულება არ შეიცავს ბუნდოვან ან უჩვეულო დებულებებს და რომ იგი სრულად გაეცნო და ეთანხმება პირობებს. დამზღვევი ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით აგრეთვე ადასტურებს, რომ ყველა დანართსა და ცვლილებას გააჩნია მისთვის სავალდებულო ძალა.

16.2. დამზღვევი წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელისმოწერით ადასტურებს, რომ თანახმაა ან/და დაზღვეულისგან მოპოვებული აქვს შესაბამისი თანხმობა, რომ დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონული მონაცემები დამუშავდეს მზღვეველის მიერ პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის და ასევე, დაზღვეულის მიერ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან

13.4. The rights defined by the present Agreement shall not be transferred to the third parties. Only the Insured may receive the insurance amount or its part. If in the Insured is not capable, the amount shall be transferred to its legal representative/trustee. If the insurance incident occurred during the insurance period and was announced when the Insured was alive, but the request was not satisfied until his/her death, then the insurance amount or its part, which should have been taken by the Insured according to the present conditions, shall be paid to the beneficiary defined by the policy or to an inheritor of the deceased according to the rule defined by the applicable legislation.

13.5. Seeking the second opinion – to receive the service: the Insured shall call the representative of international service provider organization Mediguide – Clinic Curatio on a specifica number: 032 2 431010, where the Insured notifies them of being in need of service. Clinic Curatio shall contact the Insured within 1 working day. After collecting necessary medical information, a doctor of Curation through the help of Mediguide shall find world's three leading clinic, and the Insured shall select desired one. Medical documentation regarding the service shall be provided to the clinic in Georgian or English language. Clinic Curatio shall ensure provision of service under conditions of seeking second opinion within 15 days of notifying them.

14. DISPUTE SETTLEMENT

14.1. Any disagreement or dispute between the Parties related to the issues arising from the agreement or related topics, shall be settled in an amicable way.

14.2. In case the parties fail to agree on the issues, any party has a right to refer to the Court for dispute settlement according to the defined rule.

14.3. As the parties consider location of the Insurer as the place for the Agreement execution, a dispute shall be resolved in the General Court according to its location.

15. FORCE-MAJEURE

15.1. Based on the present Agreement, none of the Parties are liable towards the other party and are released from the responsibility for execution or improper execution of its obligations, if it was caused by an insuperable force of emergency character for arising of which the Parties of the Agreement are not responsible for and they could not know of its existence or arising at upon signing of the present Agreement.

15.2. The force-majeure circumstance shall be confirmed by a competent authority.

15.3. The party shall immediately inform the other Party about arising of the force-majeure circumstances.

15.4. Upon termination of force-majeure circumstances, the Parties shall immediately continue fulfilment of the undertaken obligations.

დაკავშირებული, განსაკუთრებული მონაცემების შემცველი შეტყობინებების დაგზავნის მიზნით.

16.3. დამზღვევი წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელისმოწერით ადასტურებს, რომ თანახმაა ან/და დაზღვეულისგან მოპოვებული აქვს შესაბამისი თანხმობა, რომ დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონალური მონაცემების გადაცემა მასთან აფილირებული/დაკავშირებული კომპანიებისთვის პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის.

16.4. სანქციების პირობა - მზღვეველი არ მოახდენს სადაზღვევო ანაზღაურებას ან რაიმე მომსახურების გაწევას დამზღვევისათვის ან მესამე პირისათვის თუ ამგვარი ანაზღაურება/მომსახურება, ან დამზღვევის საქმიანობა არღვევს საერთაშორისო ან ადგილობრივი სავაჭრო თუ სხვა ეკონომიკური სანქციების მოთხოვნებს. სანქციების რიცხვს მიეკუთვნება: ადგილობრივი, ევროკავშირის, გაერთიანებული ერების, აშშ-ის და გაერთიანებული სამეფოს; ან ნებისმერი სხვა სანქცია რომელიც შეეხებ დამზღვევს/მოსარგებლეს/დაზღვეულს, იმ პირობით რომ ამით არ ირღვევა მზღვეველის ეროვნული კანონმდებლობა.

16.5. მზღვეველი უფლებამოსილია უარი თქვას სადაზღვევო მომსახურების განხორციელებაზე ან შეწყვიტოს ამგვარი ურთიერთობა, თუ დაზღვეული/დამზღვევი/ბენეფიციარი უარს აცხადებს მზღვეველისთვის „საგადასახადო საკითხებში ადმინისტრაციული ურთიერთდახმარების შესახებ“ 1988 წლის 25 იანვრის კონვენციის ფარგლებში „ფინანსური ანგარიშების შესახებ ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ“ კომპეტენტური უწყებების მრავალმხრივი შეთანხმებით (CRS MCAA) ან საქართველოსა და შესაბამის იურისდიქციას შორის ფინანსური ანგარიშების თაობაზე ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ შესაბამისი შეთანხმებით დადგენილი მოთხოვნებიდან გამომდინარე ინფორმაციის მიწოდებაზე.

16.6. ხელშეკრულების თანახმად, სახელშეკრულებო პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და ამ ხელშეკრულებასთან დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია მესამე პირს (პირებს) გადაეცემა(თ) მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წინასწარი წერილობითი თანხმობის შემთხვევებში.

16.7. ხელშეკრულებაში ცვლილებების და დამატებების შეტანა ხდება წერილობით, ორივე მხარის ხელმოწერით და ძალაშია ხელმოწერის შემდგომ.

16.8. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში, რასაც არ ითვალისწინებს წინამდებარე ხელშეკრულება, მხარეები ხელძღვანელობენ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლიბით.

16.9. წინამდებარე ხელშეკრულების თანახმად, სახელშეკრულებო პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და ამ ხელშეკრულებასთან დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია მესამე პირს (პირებს) გადაეცემა(თ) მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წინასწარი წერილობითი თანხმობის შემთხვევებში.

16.10. მზღვეველის მიერ ოფიციალური შეტყობინება დამზღვევს შეიძლება გაეგზავნოს მის მიერ მითითებულ მობილურის ტელეფონის ნომერზე მოკლე ტექსტური შეტყობინების (SMS) სახით.

16.11. დამზღვევი პასუხს აგებს ხელშეკრულებაში მითითებული მისამართის და ყველა სხვა საიდენტიფიკაციო მონაცემის სისწორეზე, ასევე ვალდებულია ხელშეკრულებაში მითითებული მონაცემების (მისამართი, ტელეფონის ნომერი და ა.შ.) ცვლილებების შესახებ აცნობოს მეორე მხარეს.

16.12. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულებაში მითითებულ მისამართზე მიწოდებული (გაგზავნილი) ნებისმიერი სახის წერილობითი შეტყობინება ორჯერ არ (ვერ) ჩაბარების შემთხვევაში ჩაითვლება ჩაბარებულად.

16. ADDITIONAL PROVISIONS:

16.1. By signing the present Agreement, the Policyholder confirms that the Agreement does not include vague or unusual provisions and that she/he is fully acknowledges and agrees with the Agreement conditions. By signing the Agreement, the Policyholder also acknowledges obligatory character of all the annexes and amendments.

16.2. By signin the Agreement, the Policyhoder confirms that they agree and/or the Insured has given them corresponding consent to process the personal information of the Policyholder/Insured for the purposes of direct marketing and to send out messages to medical establishments containing special data related to the insurance agreement.

16.3. By signing the Agreement, the Policyholder confirms that they agree and/or the Insured has given them corresponding consent regading processing personal data of the Policyholder/Insured for the purposes of direct marketing of affiliated/associated companies.

16.4. Sanctions – the Insurer shall not provide insurance reimbursement or service to the Policyholder or third party in case, such reimbursement/service or insurance activity violates requirements of international or local trade or other economic sanctions. The sanctions include: local, EU, UN, USA, UK or any other sanctions concerning Policyholder/Insured/Beneficiary on conditions that this does not violate national legislations of the Insurer.

16.5. The Insurer is entitled to refuse provision of insurance service or suspend such relationship in case the Policyholder/Insured/Beneficiary refuses to provide information to the Insurer under the requirements of January 25, 1988 Convention on Mutual Administrative Assistance in Tax Matters, Multilateral Competent Authority Agreement (CRS MCAA) of Automatic Exchange of Financial Account Informtion or agreement between Georgia and relevant jurisdiction on Automatic Exchange of Financial Account Information.

16.6. In line with the Agreement, the Agreement Wording has confidential character and any information related to it shall be transferred to third party(ies) in accordance with the procedure of the enacted legislation, moreover, in case of preliminary written agreement between the parties.

16.7. Any amendment or addition to the Agreement shall be made in written, with the signatures from both Parties and shall be valid after its signing.

16.8. In the cases not considered by the present Agreement, the Parties follow the applicable legislation of Georgia.

16.9. In line with the Agreement, the Agreement Wording has confidential character and any information related to it shall be transferred to third party(ies) in accordance with the procedure of the enacted legislation, moreover, in case of preliminary written agreement between the parties.

16.10. Official notification from the Insurer shall be sent to the mobile telephone number indicated by the Policyholder through the short message service (SMS).

16.11. Policyholder shall be responsible for accuracy of address and any other identification data given in the Agreement, also, she/he shall be responsible for notifying the other Party about changes of the indicated date (address, telephone number, etc.).

16.12. Any written notification delivered (sent) to the address indicated by the Policyholder shall be deemed

MSO - ნავიგატორის დამატებით შეძენისას:

მომსახურება ითვალისწინებს: დაზღვეული პაციენტისთვის MSO STANDARD-ით გათვალისწინებული მომსახურების შემდეგ, პირველადი მიმართვიდან 24 თვის განმავლობაში, 4 კონსულაციას ტელემედიცინის საშუალებით, კერძოდ: სამედიცინო დახმარების საჭიროების გადახედვას, გადაუდებელი სამედიცინო მომსაახურების საჭიროების განსაზღვრას და დაზღვეული პაციენტისთვის ყველაზე ოპტიმალური ქმედების რეკომენდაციას - რთული, სერიოზული დაავადების არსებობის შემთხვევაში.

MSO-ს საფუძველზე, მედიგაიდის მიერ შემოთავაზებულ კლინიკაში სამედიცინო მომსახურების მიღების მიზნით საზღვარგარეთ ვიზიტისას ასისტანსი, კერძოდ მედგაიდი უზრუნველყობს:

- სამედიცინო მდგომარეობის შესაბამისი მკურნალობის რეკომენდაციას (გართულებული შემთხვევების გარეშე, რომელსაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ძირითადი მკურნალობის მიმდინარეობის დროს) და ხარჯების ანგარიშფაქტურის მიწოდებისას.
- მოთხოვნის შემთხვევაში მოგზაურობის და განთავსების ხარჯების დაანგარიშებას
- სამკურნალო დაწესებულებაში სერვისის ადგილზე მიღების ორგანიზაციას
- სამედიცინო პროვაიდერსა და MSO-ს შორის შემთხვევის რეგულირებას
- შემთხვევის ხარჯთეფექტურ მართვას
- დანიშნული მედიკამენტების სააფთიაქო ქსელებში მოძიებას
- ტრანსპორტირების, სასტუმრო ხარჯების და სამედიცინო მეთვალყურეობის კოორდინაციის ორგანიზებას
- სხვა დამატებით მოთხოვნებს, რომელიც შეთანხმდება დაზღვეულსა და მედიგაიდის პროვაიდერს შორის
- რეპატრიაციის ორგანიზებას

შენიშვნა: მომსახურება არ მოიაზრებს მკურნალობის, ტრანსპორტირების და განთავსების ხარჯების ანაზღაურებას.

<u>გამონაკლისშია შემთხვევა, თუ:</u>

- არ არის დასმული პირველადი ოფიციალური დიაგნოზი: სადაზღვევო მომსახურებით სარგებლობა შესაძლებელია, თუ შესაბამისი სფეროს სპეციალისტის მიერ დასმულია დიაგნოზი და მიცემულია რეკომენდაცია ამ დიაგნოზის შესაბამისი მკურნალობისთვის
- დაზღვეული ბოლო 12 თვეში არ იყო გამოკვლეული ექიმის მიერ: შემთხვევა განხილვას ექვემდებარება, როცა დაზღვეულის სამედიცინო დოკუმენტაციაში ასახულია უახლესი პერიოდის მონაცემები. მხოლოდ ამ შემთხვევაში მოხდება სამკურნალო რეკომენდაციების გაცემა.
- საშიროა, დაზღვეულის ფიზიკური გამოკვლევა: სადაზღვევო შემთხვევიდან გამომდინარე, ზოგიერთი მდგომარეობა საჭიროებს პაციენტის ფიზიკურ გამოკვლევას, რომლის გარეშეც შეუძლებელია შემთხვევის განხილვა (მაგ. ფსიქიური დაავადებები).
- მომსახურების ფარგლებში, სამედიცინო პროვაიდერთან ურთიერთობისას გათვალისწინებულია ქართლიდან შესაბამისა ენაზე და პირიქით თარგმნის ხარჯებიც. პაციენტის საქართველოში ყოფნის დროს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული დოკუმენტაციის ქართულ ან ინგლისურ ენაზე კურაციოს ექიმისთვის მიწოდებას უზრუნველყოფს დაზღვეული. შესაბამის ენაზე დოკუმენტაციის თარგმნას უზრუნველყოფს მედიგაიდი.

MSO – WHEN PURCHASING NAVIGATOR

Service includes:
4 consultations cia telemedicine, specifically, review of necessity of medical assistance, emergency service, and the recommendation on optimal activity for the insured patient – complex, in case of serious disease, after provision of service under MSO Standard for the insured patient, from the first referral within 24 months.

Assistance abroad at the clinic offered by Mediguide under MSO. More specifically, Mediguide shall ensure:

- Recommendations corresponding medical conditions (without complications, which could take place during treatment) and provision of invoice for expanses.
- Calculation of travelling and accommodation costs, if requested
- Organization of service provision in situ, at a medical establishemtn
- Regulation of event between the medical establishment and MSO
- Cost effective management of an event
- Finding prescribed medication in pharmacy network
- Organization of coordination of transportation, hotel expanses and medical supervision
- Other additional requests agreed between the Insured and Mediguide provider
- Organization of repatriation.

Note: The service does not include reimbursement of treatment, transportation and accommodation.

<u>AN EVENT IS DEEMED EXCEPTION IN CASE:</u>

- The initial, formal diagnosis has not been made: insurance service may be used, in case, the diagnosis has been made by a specialist of the relevant field and recommendations appropriate for such diagnosis has been given.
- The insured has not been examined by a physician: the event is subject to review, when the medical documentation of the Insured reflects the most recent data. Only in such case, the treatment recommendations shall be provided.
- The Insured needs to be examined physically: due to the insured event, some cases need to be physically examined, without which the event cannot be reviewed (e.g. mental diseases).

- Within the service, and in relations with the medical provider, costs of translation from Georgian to the necessary language and vice versa have been included. The Insured shall provide medical documents related to the medical service to a physician of Curatio in Georgian Language. Mediguide shall provide translation of the documents into English language.

მოსახურების მისაღებად: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სერვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია "მედიგაიდის" წარმომადგენელს საქართველოში -კლინიკა კურაციოს, სპეციალურ ნომერზე: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საჭიროების შესახებ. კლინიკა კურაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახლესი 1 სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, კურაციოს ექიმი მედიგაიდის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად ირჩევს მომსახურების გამწევ სასურველ კლინიკას. მომსახურებასთან დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტაცია დაზღვეულმა კლინიკას უნდა მიაწოდოს ქართულ ან ინგლისურ ენაზე. კლინიკა კურაციო უზრუნველყოფს დაზღვეულისთვის მეორე აზრის მოძიების პირობებით განსაზღვული მომსახურების მიწოდებას შემთხვევის გაცხადებიდან 15 დღის განმავლობაში.

მომსახურების წლიური პრემია: 48 ლარი
არასრულწლოვანი შვილის დაზღვევისას 96 ლარი

In order to receive the service: the Insured shall call the representative of international service provider organization Mediguide – Clinic Curatio on a specifica number: 032 2 431010, where the Insured notifies them of being in need of service. Clinic Curatio shall contact the Insured within 1 working day. After collecting necessary medical information, a doctor of Curation through the help of Mediguide shall find world's three leading clinic, and the Insured shall select desired one. Medical documentation regarding the service shall be provided to the clinic in Georgian or English language. Clinic Curatio shall ensure provision of service under conditions of seeking second opinion within 15 days of notifying them.

ANNUAL PREMIUM OF THE SERVICE: 48 GEL
When insuring underage daughter/son: 96 GEL

This Agreement is done in English and Georgian languages. In case of any discrepancy between the two languages, the Georgian version shall prevail.

დანართი # 1

დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განაცხადი

წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით, ვადასტურებ, რომ, მე

_____
სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

მსურს ვისარგებლო „მზღვეველის მიერ სადაზღვევო მომსახურების გაწევისას მომხმარებელთა უფლებების დაცვის შესახებ ინსტრუქციის შესახებ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის უფროსის 2017 წლის 3 აპრილის N18 ბრძანებით დამტკიცებულ „მზღვეველის მიერ სადაზღვევო მომსახურების გაწევისას მომხმარებელთა უფლებების დაცვის შესახებ ინსტრუქციის“ მუხლი 41-ის 1-ლი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებით და გთხოვთ, დაუყოვნებლივ გააუქმოთ დაზღვევის ხელშეკრულება _____ და მის ფარგლებში გაცემული პოლისი _____.
ნომერი ნომერი

ხელმოწერა _____ თარიღი _____

ANNEX #1

Application to Reject Agreement

By signing the application, I hereby confirm that I

_____
Name, Surname Personal Number

Would like to use Article 4, Paragraph 1, Subparagraph B of the Decree N18 of April 3, 2017 of the head of the State Surveillance Service of Goergian Insurance on customer right protection instructions used by an insurer when providing insurance service and request immediate cancelation of the insurance agreement _____ and the policy _____ issued under it.
Number number

Signature _____ Date _____