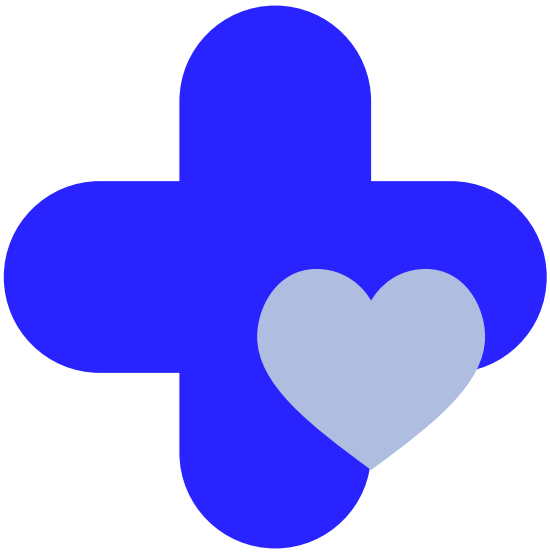
ჯიპიაი
ვენის სადაზღვევო ჯგუფი



პოლისი „მედი“

ბაზისური, ოპტიმალი, სტანდარტი, კლასიკი, პრემიუმი
ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულება

POLICY “MEDI”

BASIC, OPTIMAL, STANDARD, CLASSIC, PREMIUM
HEALTH INSURANCE AGREEMENT/

მომსახურება SERVICE		ბაზისური BASIC	ოპტიმალი OPTIMAL	სტანდრატი STANDARD	კლასიკი CLASSIC	პრემიუმი PREMIUM
სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახური Medical Service Support		100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited
პირადი ექიმის მომსახურება Personal doctor's service		100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited	100%, ულიმიტო/unlimited
პროფილაქტიკური კვლევები (მათ შორის სტომატოლოგიაზე) Preventive Examinations (including dental)		100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება Emergency Medical Aid		–	–	–	–	100%, ულიმიტო/unlimited
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება Emergency Hospitalization service		50% - 2,500.00 ₾	100% - 3 000.00 ₾	100% - 5 000.00 ₾	100% - 10 000.00 ₾	100% - 20 000.00 ₾
ჰოსპიტალური მომსახურება უბედური შემთხვევის გამო Hospitalization service due to accident		100% - 5 000.00 ₾	100% - 8 000.00 ₾	100% - 12 000.00 ₾	100% - 15 000.00 ₾	
ჰოსპიტალიზაცია პროვაიდერში გამონაკლისის და მოცდის პერიოდის მიღმა Hospitalization in the provider clinic without exclusion and waiting period		10-40% - 1000 ₾	10-40% / 1000 ₾	10-40% / 3000 ₾	10-40% / 4000₾	10-40% / 5000 ₾
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება (დაზღვევის მეორე წლიდან) Planned hospitalization service (waiting period 12 months)	ერთ საწოლ/დღეზე მეტი Per ward day/or more	–	50% 1000 ₾	80% 3000 ₾	80% 4000 ₾	90% 5000 ₾
	ერთი საწოლ/დღე Per ward/day	–	50% 500.00 ₾	80% / 600 ₾	80% / 800 ₾	90% / 1000 ₾
	ამბულატორიული მანიპულაციები* Outpatient Manipulations	–		50%	50%	50%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება Planned Outpatient Service	პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე Personal doctor's service In basic clinic	25% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited	80% ულიმიტო/unlimited	90% ულიმიტო/unlimited	90% ულიმიტო/unlimited
	პპ კლინიკებში PP clinics:	–	–	–	80% unlimited	
	არაკონტრაქტორ კლინიკებში Non-contractor clinic	–	–	–	50% 800 ₾	60% 1000 ₾
	კურაციო გამონაკლისის გარეშე Curatio without exclusion	25% ულიმიო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited
	დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი (ბათუმის ფილიალი) გამონაკლისის გარეშე Davit Tatishvili Medical Center (Batumi) without exclusion	50% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited	50% ულიმიტო/unlimited
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება Urgent outpatient service	"პოზიტიური სიის" შესაბამისად According to the positive list	100% 300 ₾	100% ულიმიტო/unlimited	100% ულიმიტო/unlimited	100% ულიმიტო/unlimited	100% ულიმიტო/unlimited
	"პოზიტიური სიის" მიღმა Except of the positive list	50% 300.00 ₾	50% 500 ₾	50% 800 ₾	50% 1000 ₾	60% 1000 ₾
მედიკამენტები Medications	პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში Provider pharmacy chain	25% / 800 ₾	30% / 1000 ₾	35% / 1200 ₾	40% / 1500 ₾	60% / 2000 ₾
	მედიკამენტი პირადი ექიმის დანიშნულების გარეშე Medications without physician's referral	– / –	– / –	– / –	30%	30%
ფასდაკლება ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებები/არარეგისტრირებული მედიკამენტები; გამონაკლისებში მითითებული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები (პროვაიდერ სააფთიაქე ქსელში) Discounts for biologically active food supplements/homeopathic/non-registered medicines; medicines listed in exclusions (in the provider pharmacy chain)		Up to 25% unlimited 25%-მდე ულიმიტო	Up to 25% unlimited 25%-მდე ულიმიტო	Up to 25% unlimited 25%-მდე ულიმიტო	Up to 30% unlimited 30%-მდე ულიმიტო	Up to 30% unlimited 30%-მდე ულიმიტო
ორსულობა კლინიკა კურაციოში (დაზღვევის მესამე წლიდან მხოლოდ კლინიკა კურაციოზე მიმაგრებული კონტიგენტისთვის) Pregnancy - Clinic Curatio: (from the third year of insurance only for the contigency attached to the clinic Curatio)		–	–	–	–	900 ₾
ევროპული სამედიცინო დიაგნოსტიკა – Diagnose.me Europian Medical Diagnostics – Diagnose.me		100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება Urgent Dental Service		–	–	50% ულიმიტო/unlimited	100% ულიმიტო/unlimited	100% ულიმიტო/unlimited
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება Planned Dental Service		–	–	30% ულიმიტო/unlimited	60%, 1000 GEL	70%, 1000 GEL
ორთოპედია/ორთოდონტია Orthodontics/Orthodontia		–	–	10-30% ულიმიტო/unlimited	10-30% ულიმიტო/unlimited	10-30% ულიმიტო/unlimited
სადაზღვევო პრემია* * / Insurance Premium * *		300.00 GEL	420.00₾	480.00 ₾	780.00 ₾	900.00 ₾
შპს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკა* * Insurance Premium for High technology medical center-Ingorokva clinic * *		300.00 ₾	420.00₾	540.00 ₾	780.00 ₾	960.00 ₾
კლინიკა რუსთავი; 'შპს მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალი მედცენტრი, შპს მედისონ ჰოლდინგი; * * / Insurance Premium for Rustavi clinic; Hightech Multidisciplinary Hospital Medcenter; Medison Holding; * *		300.00 ₾	480.00 ₾	600.00 ₾	840.00₾	1020.00 ₾
სს კურაციო; შპს საოჯახო მედიცინის ქართულ-ამერიკული კლინიკა; შპს ჯეო ჰოსპიტალს - ქუთაისის ცენტრალური საავადმყოფო Insurance Premium for Curatio, Georgian American Clinic of Family Medicine, Geo Hospital LLC - Kutaisi Central Hospital * *		384.00 ₾	540.00₾	660.00 ₾	900.00 ₾	1080.00 ₾
შპს რეიმანი* * / Insurance Premium for Reimani * *		492.00 ₾	720.00₾	780.00 ₾	1080.00 ₾	1200.00 ₾

* სამკურნალო მანიპულაციებზე ვრცელდება მოცდის პერიოდი 24 თვე; / * The service includes waiting period of 24 months for therapy manipulations
* * პრემიის აღნიშნული მოცულობა გათვალისწინებულია საქართველოს მოქალაქეებისთვის / * * Aforementioned premium is intended for Georgian citizens
* * * 60 და მეტი ასაკის პირებს ემატება წლიური პრემია 120 ლარი / * * * For persons aged 60 and over, an annual premium of 120 GEL is added

1. ზოგადი განმარტებები

ქვემოთ მოცემული ყოველი განსაზღვრება ინარჩუნებს აღნიშნულ მნიშვნელობას ხელშეკრულების ნებისმიერ ნაწილში.

1.1. **მზღვეველი** - პირი, რომელიც ახორციელებს სადაზღვევო საქმიანობას, სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი",

1.2. **დამზღვევი** - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც იხდის სადაზღვევო შენატანს დაზღვეულის სასარგებლოდ.

1.3. **დაზღვეული** – ფიზიკური პირი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა.

1.4. **ხელშეკრულების საგანი** - 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, ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებითა და წესით.

1.5. **სადაზღვევო ხელშეკრულება/პოლისი** მზღვეველის მიერ გაცემული ხელმოწერილი საბუთი - მოწმობა დაზღვევის ხელშეკრულების შესახებ.

1.6. **სადაზღვევო ბარათი** - სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ მომსახურებათა ჩამონათვალი, დაფარვა, ლიმიტი (რომელსაც ფლობს დაზღვეული).

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

1.8. **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.

1.9. **ლიმიტი** - სადაზღვევო პოლისში მითითებული კონკრეტული მომსახურების ანაზღაურების მაქსიმალური წლიური ლიმიტი, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი იღებს ვალდებულებას აუნაზღაუროს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.

1.10. **სადაზღვევო შემთხვევა** - პოლისის მოქმედების ვადებში დამდგარი, ამავე პოლისით განსაზღვრული შემთხვევები, რომელთა დადგომისის წარმოიშვება მზღვეველის ვალდებულება გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება, ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად,

1.11. **სადაზღვევო ანაზღაურება** - სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მზღვეველის მიერ წინამდებარე პოლისის პირობების შესაბამისად მოსარგებლისთვის გადასახდელი თანხა.

1.12. **მოცდის პერიოდი** - პერიოდი, რომელიც აითვლება სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისიდან და რომლის განმავლობაშიც დაზღვეულს მზღვეველის მიერ არ აუნაზღაურდება კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.

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

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

1.15. **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 იხ. ვებ-გვერდზე: www.gpih.ge

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

1.17. **გეოგრაფიული ლიმიტი** - დაზღვევის მოქმედების გეოგრაფიული არეალი. წინამდებარე დაზღვევა მოქმედებს მხოლოდ საქართველოს ტერიტორიაზე.

1.18. **უწყვეტი განახლება** – ხელშეკრულების/პოლისის განახლება, როდესაც ახალი პოლისის სადაზღვევო პერიოდის პირველი დღე უშუალოდ მოსდევს ვადაგასული პოლისით განსაზღვრული სადაზღვევო პერიოდის ბოლო დღეს. უწყვეტი დაზღვევა გულისხმობს მხოლოდ პოლისი მედით დაზღვევის პერიოდს.

1.19. **საწოლ/დღე** – ჰოსპიტალური (სტაციონარული) ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული სამედიცინო მომსახურება პაციენტის ღამისთევით დაყოვნებისას.

1.20. **პალატა:**

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

1.20.2. **არასტანდარტული პალატა** - ინდივიდუალური კომფორტის

1. GENERAL DEFINITIONS

Every definition given below maintains meaning at any part of the Agreement.

1.1. **Insurer** – Party performing insurance activities JSC "Insurance Company GPI Holding".

1.2. **Policyholder** - individual or legal entity that pays insurance premium in favor of Insured.

1.3. **Insured** - a natural person in whose favor the insurance is implemented.

1.4. **Subject of the Agreement** - the present Agreement stipulates the obligation of the Insurer to render to the Insured for protection of his property and financial interests, in exchange for payment of full or first installment of the Insurance Premium by the Policyholder and protection of the payment schedule stipulated in the Agreement, the insurance service, with terms and conditions envisaged by the present Agreement.

1.5. **Insurance Agreement / Policy** – document – certificate on the Insurance Agreement, signed and issued by the Insurer

1.6. **Insurance card** - the list of services, coverage, limit stipulated by the insurance terms (which is owned by the Insured).

1.7. **Insurance premium (Installment)** -annual cost of insurance policy payable by the policyholder in exchange of medical service specified in the policy.

1.8. **Insurance period** – period indicated in the Policy, during which the insurance is valid. Insurance Incidents during this period will be reimbursed by the Insurer until expiration of the insurance period.

1.9. **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.

1.10. **Insured Incident** – incidents occurred within validity term of the Policy and incidents specified by the same Policy upon occurrence of which the obligation of the Insurer arises to issue the insurance reimbursement.

1.11. **Insurance reimbursement** - amount of money indemnified by the insurer to the beneficiary in accordance with the terms of the present agreement upon occurrence of the insurance incident.

1.12. **Waiting period**-the period which starts from the effective date of the insurance within which the expenses of medical service will not be reimbursed to the insured by the insurer.

1.13. **Coverage** – percentage share of reimbursement indicated in the insurance card within which the insurer is obliged to reimburse medical expenses to the insured;

1.14. **Co-payment** - a part of the total cost payable by the insured for the medical service.

1.15. **Medical contractor** - medical institution or duly licensed medical specialist/doctor who based on an agreement signed with the Insurer is obliged to render relevant medical aid to the insured upon its referral, who is paid directly by the Insurer within the limits of service defined by the insurance agreement and the policy. List of the contractor clinics are available on the website: www.gpih.ge

1.16. **Beneficiary**– the insured, medical institution or any physical or legal person who, according to the current legislation of Georgia and the present agreement is authorized to receive insurance reimbursement.

1.17. **Geographical limit**- geographical area of the present insurance; the present insurance is valid on the territory of Georgia;

1.18. **Uninterrupted renewal** - renewal of the Insurance Agreement / Policy, when the first day of the new Insurance Policy period directly follows the last day of the expired Insurance Policy. The uninterrupted insurance implies only the insurance period valid under the Medi Policy.

1.19. **Bed-day** – medical service rendered during one bed-day spent in the hospital (inpatient) medical institution.

1.20. **Ward:**

მიზნით გაუჯობესებული პალატა.

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

1.22. **ხელშეკრულება** - 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.

2. პოლისით გათვალისწინებული სადაზღვევო მომსახურებების განმარტებები:

2.1. **24 საათიანი სამედიცინო მხარდაჭერის სამსახური** - ითვალისწინებს სადღეღამისო სატელეფონო სადაზღვევო კონსულტაციას, მიმდინარე სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებული საკითხების მოგვარებას..

2.2. **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.

2.3. **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 დაგეგმვას, სამედიცინო რეკომენდაციებით უზრუნველყოფას, სამედიცინო ისტორიის წარმოებას, საჭიროების შემთხვევაში ლაბორატორიული და ინსტრუმენტულ გამოკვლევების, ასევე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტებთან მიმართვებით უზრუნველყოფას, კონსულტაციების დაგეგმვა-ორგანიზებას, საჭიროების შემთხვევაში მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნას, საჭიროების შემთხვევაში დაზღვეულის ბინაზე ვიზიტის განხორციელებას.

2.4. **პროფილაქტიკური კვლევები** - ითვალისწინებს დაზღვევის მოქმედების პერიოდში, სამედიცინო ჩვენების გარეშე პროფილაქტიკურ და პირადი ექიმის მიერ შერჩეულ ასაკის შესაბამის საკრინინგო კვლევებს ჰიპერტონული დაავადების, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და შაქრიანი დიაბეტისათვის – წელიწადში ერთხელ, შემდეგი სახეობებით: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, საერთო ქოლესტერინის განსაზღვრა სისხლში, ელექტროკარდიოგრაფია, გლუკოზის განსაზღვრა პერიფერიულ სისხლში.

2.5. **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

2.6. **ჰოსპიტალური მომსახურება:** მკურნალობა, რომლის დროსაც პაციენტი სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში იკავებს საწოლს ღამისთევით.

2.6.1. **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, დაინვალიდება 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 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

1.20.1. **Standard ward** – a ward, whose material and technical equipment ensures provision of medical services to the full extent.

1.20.2. **Non-standard ward** – individual ward, improved for more comfort

1.20.3. **Intensive care ward** - a ward, whose material and technical equipment ensures provision of special care activities to the full extent.

1.21. **Agreement** – the Agreement on insurance service and its annexes, amendments, which are integral part of it and are collectively referred to as Agreement, except for, when due to the contents of the Agreement separately shall be indicated on the Agreement/Annex.

2. DEFINITIONS OF THE INSURANCE SERVICES DEFINED BY THE POLICY

2.1. **24/7 Medical Service Support -** implies round the clock telephone medical consultation, resolution of the problematic issues associated with the current health insurance, coordination of health maintenance organization.

2.2. **Emergency medical care** - implies reimbursement of calling an ambulance for a life-threatening, urgent medical care on site by brigade during medical emergency situations, in order to preserve the vital functions of the patient, transportation to a medical facility, in accordance with the terms of the card.

2.3. **Personal doctor service** - implies consultations with a doctor (general practitioner / therapist) indicated by the Insurer in a medical facility specified by the Policy, ongoing supervision of the Insured, and planning of age-related screening studies, providing medical recommendations, producing medical history, and, if necessary, performing laboratory and diagnostic tests. Additionally, this service includes providing referrals to the specialists of different profiles, planning and organizing consultations, scheduling medical treatments when needed, providing home visits to the Insured when needed.

2.4. **Preventive examinations** – includes, without a medical indication, age-appropriate screening tests selected by the prophylactic and personal doctor for the period of insurance coverage for Hypertension, Cardiovascular Disease and Diabetes - once in a year, with the following types: blood test, urine test, cholesterol in blood, electrocardiogram, gloucosa level in peripheral blood.

2.5. **Dental Preventive services (Clinic”Universe - Ltd InterMed Tour”) -** provides medical services once a year without medical indication in the clinic Clinic”Universe - Ltd InterMed Tour” for the following medical services: consultations of orthopaedist, orthodontist, therapist, implantologist, examination by video camera, oral scanner service during orthopedic treatment.

2.6. **Hospitalization service:** treatment when the patient stays in the stationary type medical institution for one bed night.

2.6.1. Urgent hospitalization- implies reimbursement of necessary medical measures (medications, diagnostic manipulations, therapeutic and surgical treatment), that resulted from worsening of the health condition of the Insured, and delay of which for more than 24 hours will result in the death of the Insured, disablement or worsening of the health condition, which will be provided to the Insured in a way that the patient will stay in the medical institution for one bed-day or more. Expenses of urgent hospital care related to the worsening of the health conditions within the current Insurance Period are subject to indemnification in accordance **with the positive list of urgent cases** defined by the present Insurance Policy. Reimbursement will be provided for people under the age of 18 within the infectious disease management program or as defined by the Government of Georgia Order #36 on Emergency Medical Care approved on 21 February 2013 (except for I level intensive care / treatment), and individual cases identified within the “Infectious Disease Management” program approved by the Government Order #279 on “approval of the state healthcare programs of 2013” of October 31, 2013.

2.6.1.1. **Urgent Hospital care list (Positive list):**

D65 disseminated intravascular clotting [defibrillator syndrome].
Allergology
J45 - Asthma Allergy with tendency to develop anaphylactic reaction and laryngeal edema
J46 status asthmaticus
L50 urticaria
T78.1 Other adverse food reactions

სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ გათვალისწინებული ,,ინფექციური დაავადებების მართვის“ პროგრამით განსაზღვრული შემთხვევები.

2.6.1.1. გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება ჩამონათვალი (პოზიტიური სია):

D65 დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედედება [დეფიბრინაციული სინდრომი]

ალერგოლოგია

J45 ასთმა (შეტევათა სტადია). ალერგია ანაფილაქსიური მდგომარეობისა და ხორხის შეშუპების განვითარების
ტენდენციით
J46 ასთმური სტატუსი (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 ფილტვის არტერიის (ვენის) ინფარქტი, თრომბოემბოლია, თრომბოზი.
I74 არტერიების ემბოლია და თრომბოზი.
I71.3 მუცლის აორტის ანევრიზმა, გამსკდარი.
I71.5 თორაკოაბდომინური აორტის ანევრიზმა გასკდომით.
I72 ანევრიზმების სხვა ფორმები (გამსკდარი)

გასტროენტეროლოგია

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

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/ნერვ-კუნთოვანი ავადმყოფობები/ნერვული სისტემის სხვა დაზიანებები:

G70 Myasthenia 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 ჰიდროცეფალია მწვავედ 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
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 Anaesthesia and Intensive Therapy

I26 Pulmonary artery (vein) infarction, thromboembolism, thrombosis
I74 Arterial emboli and thrombosis.
I71.3 Aneurism of abdominal aorta, ruptured.
I71.5 Aneurism of abdominal aorta, ruptured.
I72 Other aneurysm and dissection, ruptured,

Gastroenterology

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.

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 diseases/ other diseases of neural system:**

G70 Myasthenia gravis (severe myasthenia)
G41 Status epilepticus
G93.2 Benign intracranial hypertension, acutely developed

Neurosurgery, Surgical treatment/Intensive therapy:

S06.4 Epidural haemorrhage
I61 Intracerebral haemorrhage
G93.5· Compression of brain
G93.6 Cerebral edema
G91 Hydrocephalus acutely

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 chronic purulent inflammation of the middle ear (complicated with facial nerve neuritis)

b) Surgeries of difficulty level III

J39.0 retropharyngeal and parapharyngeal abscess
J05 Acute obstructive laryngitis and epiglottitis (severe respiratory failure, central cyanosis, decrease of saturation)

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 (მძიმე სუნთქვის უკმარისობა, ცენტრალური ციანოზი, სატურაციის დაქვეითება)
გ) უკანა ტამპონადა
R04.0 ცხვირიდან სისხლდენა (უკანა ტამპონადით)
რევმატოლოგია და მეტაბოლური დარღვევები
M10 პოდაგრა (გამწვავებული, გართულებული პოდაგრული სტატუსით)
I00-I02 მწვავე რევმატიზმი რევმატული ცხელებით
უროლოგია
N20 თირკმლის და შარდსაწვეთის კენჭები (ობსტრუქციული უროპათია - (ცისტოსკოპია, კათეტერიზაცია, ურეთერორენოსკოპია)
N40 პროსტატის ჰიპერპლაზია (შარდის შეკავება, მაკროჰემატურია - შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, ცისტოსტომა)
N23 დაუზუსტებელი თირკმლის ჭვალი (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 (ადგილობრივი)
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 ორმხრივი ბირძაყის თიაქარი, გაუვალობით, განგრენის გარეშე
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
c) Posterior tamponade
R04.0 Nasal bleeding (with posterior tamponade)
M10 Gout (with severe, complicated gout status)
I00-I02 Acute rheumatism with rheumatic fever

Urology
N20 Renal and ureteral calculi (obstructive uropathy – (cystoscopy, catheterization, uretero-renoscopy)
N40 Prostatic hyperplasia (urinary retention, macrohematuria-urinary bladder catheterization, cystostomy)
N23 Unspecified renal pain (cystoscopy, catheterization, uretero-renoscopy)
N47 Long prepuce, phimosis, paraphimosis
N44 Twisting of the testis
R33 Urinary retention (surgery-epicystostomy)

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 complications of peripheral circulation [diabetic gangrene]
K25.1 Acute peptic ulcer of unspecified location with perforation.
K26.1 Acute duodenal ulcer with perforation 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 inguinal hernia constipation without 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
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
K92.1 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
Surgeries with general anesthesia
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 – crisis state

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)
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 სახის 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

2.6.2. **ჰოსპიტალიზაცია უბედური შემთხვევის გამო** - ითვალისწინებს მიმდინარე 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 დაინვალიდებას. სადაზღვევო შემთხვევად ითვლება და ანაზღაურებას ექვემდებარება მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში მომხდარი უბედური შემთხვევით გამოწვეული დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მწვავე გაუარესებასთან დაკავშირებული სამედიცინო ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც გაეწევა დაზღვეულს ისე, რომ ის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე იკავებს საწოლს სამედიცინო დაწესებულებაში.

2.6.3. **გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება** - (მოცდის პერიოდი 12 თვე) ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას პირადი ექიმის/მზღვეველის მიერ დადასტურებული ჰოსპიტალური (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა, სტანდარტული პალატის ხარჯები) მომსახურების ღირებულების ანაზღაურებას, პოლისის პირობების შესაბამისად. გეგმიური ჰოსპიტალურ მომსახურების ჯამური ლიმიტი, ჰოსპიტალში საწოლდღის დაკავების შესაბამისად, იყოფა ორ მომსახურების ტიპად:

2.6.3.1. **ერთ საწოლდღეზე მეტი ხნის ვადით გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია** - ითვალისწინებს გეგმიური ჰოსპიტალურ მომსახურების ღირებულების ანაზღაურებას პოლისის პირობების შესაბამისად, ისე რომ დაზღვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე თავსდება კლინიკაში და იკავებს საწოლს ერთ საწოლდღეზე მეტი ხნის ვადით.

2.6.3.2. **ერთ საწოლდღიანი გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია** - ითვალისწინებს გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების ღირებულების ანაზღაურებას პოლისის პირობების შესაბამისად, ისე რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე დაზღვეული იკავებს საწოლს.

2.6.4. **შენიშვნა:**

2.6.4.1. **ენდოპროთეზირება** - ითვალისწინებს, ენდოპროთეზირებისთვის საჭირო ქირურგიულ ჩარევასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურებას პოლისის პირობების შესაბამისად. მომსახურებაზე ვრცელდება მოცდის პერიოდი 12 თვე.

2.6.4.2. **იმპლანტაცია** - ითვალისწინებს იმპლანტაციის ქირურგიულ ჩარევასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურებას პოლისის პირობების შესაბამისად. მომსახურებაზე ვრცელდება მოცდის პერიოდი 36 თვე.

2.6.4.3. **კორონაროგრაფია** - დიაგნოსტიკურ (მათ შორის ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ) კორონაროგრაგიაზე ვრცელდება მოცდის პერიოდი 24 თვე. ინტერვენციული კარდიოლოგიურ ჩარევასთან ერთეტაპად/ერთმომენტად განხორციელებულ კორონაროგრაფიაზე ვრცელდება მოცდის პერიოდი 12 თვე.

2.6.4.4. **ჰოსპიტალიზაცია გამონაკლისების და მოცდების გარეშე** -
C94.7 Other specified leukaemia- crisis state
D55 Anaemia caused by enzyme disturbances - crisis state
D56 Thalassemia - crisis state
D57 Sickle-cell disorders - crisis state
D58 Other hereditary haemolytic anaemias - crisis state
D59 Acquired haemolytic anaemias - crisis state

2.6.2. **Hospitalization due to an accident** – implies reimbursement of the cost of medical measures (medicines, diagnostic manipulations, therapeutic and surgical treatments), that resulted from the influence of external force (physical, mechanical, thermal, chemical) according to the card, within the current Insurance Period, and delay of which for more than 24 hours will result in the death of the Insured or his or her disability.
The unity of medical actions related to the worsening of the health condition of the Insured caused by the accident occurred within the current Insurance period, is deemed as an Insurance Incident and is the subject of reimbursement, and which actions are rendered to the Insured in a way that the Insured uses a bed in a medical institution due to his/her health conditions.

2.6.3. **Planned hospital care** - (waiting period 12 months) includes reimbursement of the cost of hospitalization (medications, diagnostic manipulations, therapeutic and surgical treatment, standard ward costs) confirmed by the personal doctor/Insurer under the relevant medical indications, in accordance with the terms of the Policy. Total limit of the planned hospitalization in accordance with staying one-bed day in a hospital is divided into 2 types of service.

2.6.3.1. **Planned Hospitalization with more than one-bed day period –** implies reimbursement of planned hospitalization in conformance with the terms of the Policy in a way that the Insured stays in a clinic for more than one bed-day period due to his/her health condition

2.6.3.2. **One bed-day planned hospitalization** - implies reimbursement of planned hospitalization in conformance with the terms of the Policy in a way that the Insured stays in a clinic for one night due to his/her health condition.

2.6.4. **Note:**

2.6.4.1. **Endoprosthesis** – implies to the reimbursement of costs associated with endoprosthesis surgery under the terms of the Policy. The service includes waiting period of 12 months

2.6.4.2. **Implantation** – implies to the reimbursement of costs associated with endoprosthesis surgery under the terms of the Policy. The service includes waiting period of 36 months.

2.6.4.3. **Coronography**- diagnostic (including outpatient and hospital) coronography includes a waiting period of 24 months. Waiting period of 12 months will be applicable to coronography performed along with interventional Cardiology.

2.6.4.4. **Hospitalization without exceptions and waiting** – includes a 10–40% discount in the insurer's provider hospital clinics, applicable only to those services for which the clinic offers a corresponding discount. despite the limits defined by the restriction list and the waiting period.

2.7. **Outpatient service:** Medical service provided at a medical facility without an overnight stay

2.7.1. **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.

2.7.1.1. **Urgent outpatient care in line with the positive list** - implies reimbursement of the expenses of medical care, as defined in the positive list below (consultation of the specialist, instrumental and laboratory examinations, outpatient manipulations, medications) according to the terms of the Policy, which must be rendered to the Insured during the first 24 hours after the incident and delay of which will result in the death or disablement of the Insured.

Emergency outpatient cases defined by the positive list:

- ***Traumas:*** Consultation of a traumatologist, X-ray test, immobilization, repositioning, fixation, blockades
- **Wound**: consultations of a Specialist, surgical treatment and stitching up. Medications, anti-rabbinic and anti-tetanus vaccinations.
- **Bleeding**: consultation of the specialist, tamponade, coagulants.

ითვალისწინებს, მზღვეველის პროვაიდერ ჰოსპიტალურ კლინიკებში 10-40%-მდე ფასდაკლებას მხოლოდ იმ სერვისებზე, რომელზეც კლინიკა გვთავაზობს შესაბამის ფასდაკლებას, მიუხედავად გამონაკლისებში არსებული შეზღუდვებისა და მოცდის პერიოდის არსებობისა.

2.7. ამბულატორია: სამედიცინო დაწესებულებაში ღამისთევის გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურება.

2.7.1. 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 რომლის მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან დაინვალიდებას.

2.7.1.1. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება "პოზიტიური სიის" შესაბამისად - ითვალისწინებს ქვემოთ ჩამოთვლილი პოზიტიური სიით განსაზღვრული შემთხვევების დროს საჭირო 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 დაინვალიდებას.

პოზიტიური სიით განსაზღვრული გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევები:

- **ტრავმები:** ტრავმატოლოგის კონსულტაცია, რენტგენოლოგიური კვლევა, იმობილიზაცია, რეპოზიცია, ფიქსაცია, ბლოკადები;
- **ჭრილობა:** სპეციალისტის კონსულტაცია, ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება და გაკერვა. მედიკამენტები, ანტირაბიული და ანტიტეტანური ვაქცინაცია.
- **სისხლდენა:** ექიმის კონსულტაცია, ტამპონადა, კოაგულანტები.
- **უცხო სხეული:** კონსულტაცია, უცხო სხეულის ამოღება.
- **თერმული, ქიმიური, ელექტროკონტაქტური დაზიანება:** კონსულტაცია, დაზიანებული უბნის ქირურგიული დამუშავება, შეხვევა.
- **ცხვირიდან სისხლდენა:** კონსულტაცია, წინა ტამპონადა.
- **გულის რითმის დარღვევები:** კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრამა, რითმის სტაბილიზაცია.
- **ჰიპერტონული კრიზი:** კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრამა, არტერიული წნევის სტაბილიზაცია.
- **ალერგია ანაფილაქსიური მდგომარეობისა და ხორხის შეშუპების განვითარების ტენდენციით:** კონსულტაცია, ანტიალერგიული მკურნალობა.
- **მწვავე ბრონქიტი/ მწვავე ობსტრუქციული ლარინგიტი/ეპიგლოტიტი:** კონსულტაცია, ბრონქოსპაზმის კუპირება.
- **თირკმლის, აბდომინალური და ნაღვლკენჭოვანი კოლიკა:** კონსულტაცია, სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, ერთი სისტემის ექოსკოპია, ინტრავენური ინფუზია, ტკივილის კუპირება.
- **შარდის შეკავება:** კონსულტაცია, კათეტერიზაცია, ინტრავენური ინფუზია, შარდის საერთო ანალიზი.
- **გულმკერდის და მუცლის არეში დაუზუსტებელი ტკივილი და თავის ტკივილი:** კონსულტაცია, ტკივილის კუპირება და ბლოკადა.
- **ინტოქსიკაცია:** კონსულტაცია, კუჭის ამორეცხვა, დეზინტოქსიკაცია/ინფუზიური თერაპია, ლაბორატორიული კვლევები.
- **ჰიპერთერმია:** კონსულტაცია, ანტიპირეტული მკურნალობა.

2.7.1.2. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება „პოზიტიური სიის" მიღმა - ითვალისწინებს პოზიტიური სიით გაუთვალისწინებელი გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევებისას ანდა პოზიტიური სიით გათვალისწინებული მდგომარებებისას დანიშნული სხვა სამედიცინო მომსახურებების (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 რომლის მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან დაინვალიდებას.

2.7.2. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებისას ექიმის მიერ დანიშნული ამბულატორიული მომსახურების (სპეციალისტების კონსულტაციების, კლინიკური, ინსტრუმენტული, ლაბორატორიული გამოკვლევებისა და ამბულატორიული მანიპულაციების (იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი არ იკავებს საწოლს) ხარჯების ანაზღაურებას.

შენიშვნა:

სამკურნალო ამბულატორიული მანიპულაციები, რომლებიც არ საჭიროებენ პაციენტის მიერ საწოლის დაკავებას მომსახურების ხარჯები ანაზღაურდება უწყვეტი დაზღვევის 25-ე თვიდან 50%-ის

- **Foreign Body**: Consultation, endoscopic foreign body retrieval.
- **Thermal, chemical, electroconvulsive damage:** consultation, surgical treatment of the affected area, bandaging.
- **Nasal bleeding:** consultation, anterior tamponade.
- **Problems with heart rhythm:** consultation of the specialist, ECG, stabilization of the rhythm
- **Hypertensive crisis:** consultation, electrocardiogram, blood pressure stabilization.
- **Allergy with tendency to develop anaphylactic reaction and laryngeal edema:** consultation, anti-allergic medication.
- **Acute bronchitis / Acute Obstructive Laryngitis / Epiglottitis:** Consultation, jugulation of bronchospasm.
- **Rhenal, abdominal, gallstone colic:** consultation of the specialist, common blood and urine tests, echoscope, intravenous infusion, analgesics and antispasmodics.
- **Urinary retention:** consultation, catheterization, intravenous infusion, general urine test.
- **Unspecified chest and abdominal pain and headache:** consultation, pain jugulation and blockade.
- **Intoxication:** consultation of the specialist, gastric lavage, deintoxication/infusion therapy, laboratory examinations
- **Hyperthermia**: consultation, antipyretic treatment.

2.7.1.2. Urgent outpatient care beyond the "positive list" - implies reimbursement of cost of other medical care (consultation of the specialist, instrumental and laboratory examinations, outpatient manipulations, medications) prescribed upon urgent outpatient cases and/or conditions defined by the positive list, according to the terms of the Policy, which must be rendered to the Insured during the first 24 hours after the incident and delay of which will result in the death or disablement of the Insured.

2.7.2. Planned outpatient care - implies reimbursement of cost of outpatient care (consultations of the specialists, clinical, instrumental and laboratory examinations and diagnostic manipulations) that do not require the patient to stay in hospital overnight.

Note:

Therapeutic outpatient manipulations that do not require the patient hospitalization will be reimbursed from 25 months in amount of 50% in case of continuous insurance. In the case of the Medi Basic policy, the planned outpatient medicinal manipulations are not subject to reimbursement.

The waiting period shall not apply to the planned manipulations and procedures related to the period after the insurance incident within the insurance period. removal of plaster, removal of wound stitches, etc.)

2.7.2.1.1. Curatio without exceptions (applies to insured persons affiliated with the Curatio Clinic) - provides for the financing of services provided by the Curatio Clinic (specialist consultation, instrumental and laboratory tests) despite the restrictions in the exceptions under paragraph 4.2.

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

2.8. Treatment with medications - a medical remedy registered under the Georgian legislation used for the treatment of the disease or prevention and the active ingredient or their combination is provided for the prevention of specific medicinal therapy of disease or its complication, internationally recognized and/or developed by local medical associations and approved with treatment guidelines and with the sufficient reliable clinical evidence for the effectiveness of their use;

2.9. Medications for the treatment of diseases listed in the exceptions provided by PSP and Aversi pharmacy networks (except for onco-medications) - implies the cost of medicines for those diseases that are not covered by exceptions.

Note: The Insurer is entitled to change the pharmacy chain regarding which the Insured will be sent a short text message (SMS) to the cell phone number indicated in the Policy.

2.10. Biologically active food supplements/ homeopathic remedies/ non-registered medications - implies biologically active food supplements/ homeopathic remedies for the purpose of outpatient treatment, with medical indication, Also includes non-registered medications that have undergone registration in

ოდენობით. მედი ბაზისური პოლისის შემთხვევაში გეგმიური ამბულატორიული სამკურნალო მანიპულაციები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

მოცდის პერიოდი არ ვრცელდება იმ გეგმიურ მანიპულაციებსა და პროცედურებზე, რომლებიც დაკავშირებულია სადაზღვევო პერიოდში უბედური შემთხვევის გამო დაზიანების შემდგომ პერიოდთან (მაგ: თაბაშირის ნახვევის მოხსნა, ჭრილობის ნაკერის მოხსნა და ა.შ.).

2.7.2.1.1. კურაციო გამონაკლისების გარეშე (ვრცელდება კლინიკა კურაციოზე მიმაგრებულ დაზღვეულებზე) - ითვალისწინებს კლინიკა კურაციოს მიერ წარმოებული სერვისების (სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევები) დაფინანსებას მიუხედავად გამონაკლისებში 4.2 პუნქტით არსებული შეზღუდვებისა.

2.7.2.1.2. 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.

2.8. 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;

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

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

2.10. ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებები/არარეგისტრირებული მედიკამენტები - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით, ამბულატორიული მკურნალობის მიზნით, პირადი ექიმის მიერ დანიშნულ ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატებს/ჰომეოპათიურ საშუალებებს, ასევე არარეგისტრირებულ მედიკამენტებს, რომელთაც გავლილი აქვს რეგისტრაცია საქართველოს კანონმდებლობით (მიუხედავად იმისა ხელშეკრულების მოქმედების განმავლობაში იძიება თუ არა რეგისტრაცია

2.11. ორსულობა - (ვრცელდება მხოლოდ კლინიკა კურაციოზე მიმაგრებულ დაზღვეულებზე) ითვალისწინებს კლინიკა კურაციოში, ორსულთა პატრონაჟისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებების: ექიმის კონსულტაცია, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას, ბარათის პირობების შესაბამისად.

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

2.13. გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება - ითვალისწინებს სტომატოლოგის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების (დენტოგრამა და/ან ვიზიო), კბილის ექსტრაქციის, კბილის მკურნალობის (დაბჟენის), ქვებისა და ნადებების მოცილების (დახურული კიურეტაჟი ულტრასტომით), გეგმიური ქირურგიული მანიპულაციების ხარჯების ანაზღაურებას, პოლისის პირობების შესაბამისად.

2.14. ორთოპედიული სტომატოლოგია – ითვალიწინებს ორთოპედის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების, მოსახსნელი მთლიანი და/ან ნაწილობრივი პროთეზისა და მიკროპროთეზის, მეტალოკერამიკის, მეტალოპლასტმასის, პლასტმასის და ფოლადისა გვირგვინის, ჩანართის, უმეტალო კერამიკისა (გვირგვინების და ვინირების დამზადება) და ბიგელისებური პროთეზის ღირებულებაზე ფასდაკლებას, აგრეთვე ფასდაკლებას თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიური მომსახურების ისეთ სერვისებზე, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოპედიული სამუშაოების მოსამზადებლად, ბარათის შესაბამისად.

2.15. ორთოდონტიული სტომატოლოგია - ითვალისწინებს ორთოდონტის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების, მოსახსნელი ორთოდონტიული ფირფიტოვანი აპარატისა და მოუხსნელი ორთოდონტიული აპარატის (ბრეის-სისტემა)

accordance with Georgian legislation (regardless of whether the registration is under review during the term of the contract).

2.11. Pregnancy - (includes only the Insureds attached to the clinic "Curatio") provides the medical services required for the patronage of pregnant women in the clinic Curatio: Doctor's consultation, reimbursement of laboratory and instrumental examinations in accordance with conditions of the card.

2.12. Urgent dental care - implies reimbursement of the costs related to the first dental aid during acute dental pain (tooth extraction and related anesthesia (local anesthesia), diagnostic procedures (dentogram, visio), in accordance with the policy.

2.13. Planned dental care – considers consultation of a dentist, diagnostic measures (dentogram and/or visio), extraction, tooth treatment (filling of the tooth), removal of stones and plaque ((closed curettage with ultrastomy), reimbursement of expanses of planned dental manipulations, according to the terms of the Policy.

2.14. Orthopaedic dental care: implies discount on the costs of consultation of orthopaedist, diagnostic activities, removable whole or/and partial prosthesis and micro prosthesis, metal-ceramics, metaloplastic, plastic, steel and steeled dental crowns, insertions, non-metal ceramics (crowns and making veneers) and Bugel prosthesis, according to the card. Also, discount on the services of therapeutic and surgical dental care which are required for preparation of orthopaedic works, according to the card.

2.15. Orthodontic dental care: implies discount on the costs of consultation of an orthodontist, diagnostic manipulations, removable orthodontic lamellar apparatus and non-removable orthodontic apparatus (brace system) according to the card. Also, discount on the services of therapeutic and surgical dental services which are required for preparation of orthodontic works, according to the card.

2.16. Additional dental services in Clinic "Universe - Ltd InterMed Tour"- implies 50% discounts of the following services: processing of channels with endobunic apparatus (full hermetization of the channel/full cleaning of the channel from the infected tissue, CT scan.

2.17. 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.

ღირებულებაზე ფასდაკლებას, აგრეთვე ფასდაკლებას თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიური მომსახურების ისეთ სერვისებზე, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოდონტიული სამუშაოების მოსამზადებლად, ბარათის შესაბამისად.

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

2.17. **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.

3. ქმედება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას

3.1. 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 გზით), ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას.

3.2. **სასწრაფო სამედიცინო დახმარება** - დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადას.

- დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი უკავშირდება კომპანიის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურს. სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურის მეშვეობით გამოძახებული კონტრაქტორი სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადისთვის 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 მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის 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.

3.3. **პროფილაქტიკური კვლევები** - სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების მიზნით დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ გამოკვლევებზე მიმართვით, პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე.

3.4. **სტომატოლოგიური პროფილაქტიკური მომსახურება (კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“)** - დაზღვეული მიმართავს კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურს“, რომელიც უზრუნველყოფს პროფილაქტიკური მომსახურების ჩატარებას.

3.5. **ჰოსპიტალიზაცია:**

3.5.1. **გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციისას, უბედური შემთხვევით გამოწვეული ჯანმრთელობის უეცარი გაუარესებისას** - დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი, ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ, მომსახურების მიღებამდე, აცნობოს კომპანიის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურს. 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:

3. ACTION TO TAKE DURING INSURANCE INCIDENT

3.1. Upon necessity, the insurer addresses the personal doctor (in the medical establishment specified in the policy), which provides medical case and disease management (diagnosis and treatment, clinical, laboratory, instrumental examination and specialist consultation), organizes medical services.

3.2. **Emergency medical aide** - The Insured is authorized to apply to any licensed emergency medical care brigade.

- The insured or any other interested person shall call on the Medical Service Support of the company. By means of the hot-line, upon submission of personal identification documentation to the ambulance brigade, the insured will be released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer, as specified by the insurance terms.
- The insured calls to the ambulance brigade himself/herself, pays the cost of services completely and then applies to the insurance reimbursement group within 30 days after receipt of the service. Documents required for obtaining reimbursement include: ID card; medical documentation proving the rendered services certified by the signature of the medical institution/doctor and financial documentation proving the payment in the form defined by the Ministry of Finance, document equal to the check printed in the printing-house or a document, containing detailed calculation and a receipt of cash desk

Note: non-emergency/non-urgent medical care shall not be subject of reimbursement with the mentioned service by the company;

3.3. **Preventive examinations** - in order to check the health condition without a medical referral, an Insured shall apply to a personal doctor who provides insurance for the examination provided by insurance conditions on the basis of a personal doctor's service.

3.4. **Dental Preventive services (Clinic”Universe - Ltd InterMed Tour”)** – The Insured applies the Clinic”Universe - Ltd InterMed Tour, which provides prophylactic services.

3.5. **Hospitalization**

3.5.1. **Urgent Hospitalization due to accident or sudden worsening of health** - the insured or other interested person shall notify the Medical Service Support department 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.
- 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 obtaining reimbursement include: insurance card, identity card, form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment.

3.5.2. **The planned hospitalization** - the Insured shall submit the documents on hospitalization/surgical/stationary day services at least 5 (five) working days before the hospitalization date; **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.**

სადაზღვევო პოლისი, პირადობის მოწმობა, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ა ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურება დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

3.5.2. გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე; **იმ შემთხვევაში, თუ გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია წინასწარ არ არის შეთანხმებული მზღვეველთან და წინასწარ არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია, მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.**

- დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე სამედიცინო დაწესებულება მზღვეველის 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.
- არაკონტრაქტორ სამედიცინო დაწესებულებაში გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების ხარჯები ანაზღაურდება პოლისი ,,მედის" არაუმეტეს სამი (იმ შემთხვევაში, თუ სამზე მეტი კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულებაა) კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულების საშუალო ფასის შესაბამისად. საშუალო ფასის დათვლისას გათვალისწინებული იქნება კონტრაქტორი კლინიკების მიერ ხელშეკრულებით განსაზღვრული ფასდაკლება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). 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 ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურების დეტალური აღწერითა და მომსახურების მიღების თარიღის მითითებით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ქვითარი.

3.5.2.1. სახელმწიფო პროგრამის მონაწილეებისთვის, გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების ანაზღაურება მოხდება შემდეგი წესის მიხედვით:

- კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებისას სადაზღვევო კომპანია იხელმძღვანელებს იმ ტარიფით, რომელიც იქნება ყველაზე მაღალი სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ სამედიცინო დაწესებულების მიერ შემოთავაზებულ ან/და კონტრაქტორი კლინიკების საშუალო ტარიფს შორის.
- სახელმწიფო პროგრამის მონაწილე პირებითვის გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება ანაზღაურდება მხოლოდ შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებაში.

დაზღვევის პირველ წელს გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

3.5.3. ჰოსპიტალიზაცია გამონაკლისების და მოცდების გარეშე - იმ მომსახურების მისაღებად, რომელზეც მზღვეველის პროვაიდერი კლინიკა ავრცელებს ფასდაკლებას, ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე.

მითითებულ პროვაიდერ 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. მომსახურებება, რომელზეც პროვაიდერი კლინიკა დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

3.6. ამბულატორიული მომსახურება

3.6.1. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება - დაზღვეული, ან სხვა დაინტერესებული პირი, ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ, მომსახურების მიღებამდე, აცნობოს კომპანიის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსაახურს. 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

- The Insured person is authorized to choose the servicing licensed provider 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.

In the non-contractor medical facility, the costs of planned hospital services shall be reimbursed by average cost of no more than three contracting medical facilities of Insurance Policy “Medi” (if there are more than three contractor medical institutions). When calculating the average price, the contractual clinic discount (if any) will be taken into account. 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 obtaining reimbursement include:, identity card; form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment. quotation/calculation of service, receipt confirming the payment.

3.5.2.1. For state program participants, planned hospital services will be compensated according to the following rules:

- in case of reimbursing for specific medical expenses, insurance company will be guided by the tariff, which will be highest among the tariffs determined by the state medical facilities and/or average tariff offered by the contractor clinics.For individuals enrolled in the state program, the provision of planned hospitalization services will be reimbursed solely at designated institutions that are acknowledged as participating entities in this state program.

In the first year of the insurance, the planned hospitalization is not the subject to reimbursement.

3.5.3. Hospitalization without exclusions and waiting period - To receive services for which the insurer’s provider clinic offers a discount, the insured must submit complete documentation to the insurer at least five (5) working days prior to the date of hospitalization.

The insurer will issue a guarantee letter for receiving services at the specified provider clinic. If the hospitalization is not pre-approved by the insurer and the relevant documentation is not submitted in advance, the service will not be covered by the insurer.

Services for which the provider clinic does not offer a discount to the insured are not subject to reimbursement by the insurer.

3.6. Outpatient service:

3.6.1. Urgent Outpatient service- the insured or other interested person shall notify the Medical Service Support department of the company about this fact before receiving the service. The notice shall include the following: name and surname of the insured person, 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.
- 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 obtaining reimbursement include:, identity card, form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment.

3.6.2. Planned outpatient care

3.6.2.1. The expenses of the planned outpatient care in the contractor clinics of the Insurer shall be reimbursed to the Insured on the basis of referral of the personal doctor, with the insurance cards – **Medi Basic, Medi Optimal, Medi Standard.**

- **Planned outpatient service within Personal Doctor's service base:** The insured shall address the personal doctor: The personal doctor provides the Insured with the required referral on the base of the personal doctor service. The Insured is exempted from payment of part of the service cost payable by the Insured upon submission of referral of the personal doctor and ID card.
- If the diagnostic examinations necessary for the Insured are not performed on the base of the personal doctor service, the personal doctor provides the Insured with required examinations

ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: პირადობის მოწმობა, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურების დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

3.6.2. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება

3.6.2.1. სადაზღვევო ბარათებით მედი ბაზისური, მედი ოპტიმალი, მედი სტანდარტი დაზღვეულს გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ხარჯები აუნაზღაურდება მზღვეველის კონტრაქტორ კლინიკებში პირადი ექიმის მიმართვის საფუძველზე.

- **გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე:** დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვით პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე. პირადი ექიმის მიმართვისდა პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება მომსახურებაში თანხის დაზღვეულის მიერ გადასახდელი წილის გადახდისაგან.
- იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულისთვის საჭირო დიაგნოსტიკური კვლევები არ ხორციელდება პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და სპეციალისტთან მიმართვით მზღვეველის კონტრაქტორ კლინიკებში. კონტრაქტორ კლინიკაში დაზღვეული თავისუფლდება მომსახურებაში თანხის დაზღვეულის მიერ გადასახდელი წილის გადახდისაგან პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტისა და პირადი ექიმის მიმართვის წარდგენის საფუძველზე. არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიღებული მომსახურება, აგრეთვე პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე (როგორც პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე, ისე სხვა კონტრაქტორ კლინიკაში) მიღებული მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

3.6.2.2. სადაზღვევო ბარათით მედი კლასიკი და მედი პრემიუმით დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას შემდეგი სქემითა და პირობების დაცვით:

3.6.2.2.1. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე: დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვით პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე. პირადი ექიმის მიმართვის და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება მომსახურებაში თანხის დაზღვეულის მიერ გადასახდელი წილის გადახდისაგან.

3.6.2.2.2. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება პირადი ექიმის მიმართვით კონტრაქტორ (გარდა პირადი ექიმის სამსახურისა და პრივილეგირებულ პროვაიდერ კლინიკებში) სამედიცინო დაწესებულებაში): დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით როგორც კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკებში. კონტრაქტორ კლინიკაში დაზღვეული თავისუფლდება მომსახურებაში თანხის დაზღვეულის მიერ გადასახდელი წილის გადახდისაგან პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტისა და პირადი ექიმის მიმართვის წარდგენის საფუძველზე. დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. (იხ. ანაზღაურებისთვის საჭირო დოკუმენტაცია).

3.6.2.2.3. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება პირადი ექიმის მიმართვით არაკონტრაქტორ და სამედიცინო დაწესებულებაში დაწესებულებაში: დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პოჯახის ექიმის მიმართვით არაკონტრაქტორ კლინიკაში მომსახურების მიღებისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში (იხ. ანაზღაურებისთვის საჭირო დოკუმენტაცია)

3.6.2.2.4. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება კონტრაქტორ (გარდა პირადი ექიმის სამსახურისა და პრივილეგირებულ პროვაიდერ კლინიკებში) და არაკონტრატორ სამედიცინო დაწესებულებაში: ოჯახის ექიმის მიმართვით არაპროვაიდერ ან პროვაიდერ დაწესებულებაში სპეციალისტის კონსულტაცის შემდეგ ამ სპეციალისტის დანიშნული კვლევების ამავე კლინიკაში ჩატარებისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში.

<u>ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია:</u> სადაზღვევო პოლისი, პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტი, პირადი ექიმის მიმართვა, მიმართვის შესაბამისად ჩატარებული ამბულატორიული მომსახურების დამადასტურებელი სამედიცინო (დაწესებულების დასახელების და მომსახურების მიღების თარიღის მითითებით, რომელიც დამოწმებული უნდა იყოს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით) და გადახდის დამადასტურებეული ფინანსური დოკუმენტაცია (მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი

3.6.2.2.5. კურაციო გამონაკლისების გარეშე

and referral of the specialist in the contractor clinics of the Insurer. In the contractor clinic the insured shall be released from the obligation of payment of the amount that will be reimbursed by the After, as stipulated by the insurance terms, on the basis of submission of the insurance card, ID card and the referral of the personal doctor.

Services received in a non-contractor clinic, as well as services provided without a referral issued by a personal doctor (both on a service base of a personal doctor and in another contractor clinic) are not subject to reimbursement by the Insurer.

3.6.2.2. Holders of Medi Classic and Medi Premium cards are authorized to refer to a medical institution in accordance with the following scheme and conditions:

3.6.2.2.1. Planned outpatient personal doctor service on basic clinic: The insured shall address the personal doctor: The personal doctor provides the Insured with the required referral on the base of the personal doctor service. The Insured is exempted from payment of part of the service cost payable by the Insured upon submission of referral of the personal doctor and ID card.

3.6.2.2.2. Planned outpatient care by the referral of personal doctor in the contractor (apart from the personal doctor service and in privileged provider clinics) medical institutions: The insured shall address the personal doctor: The personal doctor provides the insured with the necessary referral within the contractor clinic of the company.

In the contractor clinic the insured shall be released from the obligation of payment of the amount that will be reimbursed by the After, as stipulated by the insurance terms, on the basis of submission of the iID card and the referral of the personal doctor. The insured shall pay the full amount for the relevant services and apply to the reimbursement group in order to receive reimbursement within 30 days after receipt of the service. (See documents required for obtaining reimbursement).

3.6.2.2.3. Planned outpatient care by the referral of personal doctor in the non-contractor medical institutions: The insured shall address the personal doctor: The personal doctor provides the insured with the necessary referral within the non-contractor clinic of the company.

When applying to a non-contractor clinic for medical service the insured shall pay the full amount of the relevant cost and apply for the reimbursement to the reimbursement group within 30 days (see documents required for obtaining reimbursement).

3.6.2.2.4. Planned outpatient care by the referral of family doctor or (apart from the personal doctor service and in privileged provider clinics) and non-contractor medical institution: When applying to a non-contractor/contractor clinic after the consultation with the specialist and conducting the medical examinations under referral of this specialist in the same clinic the Insured person pays the full cost of the relevant service and then applies for compensation to the insurance reimbursement group within 30 days from the receipt of the service.

<u>**Documents required for obtaining reimbursement include:**</u> Insurance Policy, identity card, referral of the personal doctor, medical documentation confirming the outpatient service received in accordance with the referral (including indication about the name of the institution and date of service receipt which shall be signed by the authorized person) and the financial documentation confirming the payment (detailed quotation/calculation of service, a receipt of cash desk).

3.6.2.2.5. Curatio without exceptions - the insured applies to the clinic "Curatio" to a personal doctor, who provides the insured with a referral to the clinic "Curatio".

3.6.2.2.6. Tatishvili Medical Center (Batumi branch) without exceptions - the insured 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 are not subject to reimbursement by the insurer.

3.6.2.2.7. Additional outpatient care in the privileged provider clinics:

- **Curatio without exclusions (includes only Insureds attached to the clinic Curatio)** - implies financing of the services (consultation with the specialist, instrumental and laboratory examination) provided by the clinic Curatio, despite existing limitation in the main exceptions laid down in the paragraph 4.2.
- **D. Tatishvili medical centers:** the insured requires consultation of the specialist, calls on the hot-line (Phone: 2 505 111) and arranges the visit. The insured receives the relevant services only on the basis of submission of ID card. The specialist prescribes examination. GPI specialists ransfer the examinations prescribed by the specialist of the clinic, based on which the Insured pays in

- დაზღვეული მიმართავს კლინიკა „კურაციოს“ პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით კლინიკა „კურაციოში“.

3.6.2.2.6. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი (ბათუმის ფილიალი) გამონაკლისის გარეშე - დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრში. **მომსახურებებზე, რომელზეც პროვაიდერი კლინიკა დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.**

3.6.2.2.7. დამატებითი ამბულატორიიული მომსახურება პრივილეგირებულ პროვაიდერებში:

- **დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრებში:** დაზღვეული საჭიროებს სპეციალისტის კონსულტაციას, რეკავს სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურში (ტელ.: 2 505 111) და ათანხმებს ვიზიტს. დაზღვეული იღებს შესაბამის მომსახურებას მხოლოდ პირადობის მოწმობის წარმოდგენის საფუძველზე. სპეციალისტი ნიშნავს გამოკვლევას; ჯიპიაის წარმომადგენლის მიერ ხდება კლინიკის სპეციალისტების მიერ დანიშნული გამოკვლევების ჯიპიაის ბლანკზე გადატანა, რის საფუძველზეც დაზღვეული დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრებში იხდის მხოლოდ პოლისით გათვალისწინებულ წილს
- **პრივილეგირებულ პროვაიდერ კლინიკაში (ჩამონათვალი იხილეთ www.gpih.ge):** დაზღვეული საჭიროებს სპეციალისტის კონსულტაციას, მიმართავს კლინიკის რეცეფციას და ათანხმებს ვიზიტს. დაზღვეული იღებს შესაბამის მომსახურებას მხოლოდ პირადობის მოწმობის წარმოდგენის საფუძველზე. 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 პოლისით გათვალისწინებულ წილს;

3.7. მედიკამენტური მკურნალობა - სადაზღვევო ბარათებით მედი ბაზისური, მედი ოპტიმალი, მედი სტანდარტი, მედი კლასიკით და მედი პრემიუმით დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს მედიკამენტის გამოწერას (ელექტრონულად ან ბლანკზე), რითაც მზღვეველის პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში მედიკამენტის შეძენისას დაზღვეული იხდის გამოწერილი მედიკამენტების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ წილს. ერთჯერად ანაზღაურებას ექვემდებარება მედიკამენტების არაუმეტეს ერთი თვის მკურნალობისათვის საჭირო ღირებულების ხარჯები. მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება მედიკამენტები, რომელიც არ არის გამოწერილი პირადი ექიმის მიერ კომპანიის ბლანკზე ან ელექტრონულად (გარდა კლასიკისა და პრემიუმისა, როცა დაზღვეულს, ბარათის პირობის შესაბამისად, შეუძლია შეიძინოს და აინაზღაუროს იმ ექიმის დანიშნული მედიკამენტები, რომელთანაც მიღებული კონსულტაცია შეთანმხებული იყო პირად ექიმთან.).

3.8. მედიკამენტები გამონაკლისებში არსებული დაავადებების სამკურნალოდ პსპ და ავერსი სააფთიაქო ქსელში (გარდა ონკოპრეპარატებისა) - 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.

3.9. ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებები/არარეგისტრირებული მედიკამენტები - დაზღვეული მიმართავს პირადი ექიმი, რომელიც ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატების/ჰომაოპათიური საშუალების დანიშნულებას გამოწერს კომპანიის ბლანკზე ან დააფიქსირებს ელექტრონულად, რითაც პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელებში დაზღვეული იხდის გამოწერილი საშუალების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ წილს. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე, ასევე სხვა აფთიაქებში შეძენილი მედიკამენტები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

3.10. ორსულობა - დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს კლინიკა კურაციოში. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვით პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე. პირადი ექიმის მიმართვის, სადაზღვევო პოლისის და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების პოლისით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან.

3.11. სტომატოლოგიური მომსახურება:

3.11.1. გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება - დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკას.

- 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.

D. Tatishvili clinics only the share of cost envisaged by the Policy.

- **In a privileged provider clinic (see list on www.gpih.ge):** The Insured needs to visit a specialist, addresses to the clinic reception and schedule an appointment. The insured receives the relevant services only on the basis of submission of the ID card. If the specialist prescribes examination, the insured returns to reception, submits the list of examinations prescribed by the specialist to the employee of reception, who in turn issues a referral for mentioned examinations, based on which the insured pays only the share of cost envisaged by the policy;

3.7. **Pharmacological Treatment - holders** of Medi Basic, Medi Optimal, Medi Standard, Medi Classic and Medi Premium are authorized to refer to a personal doctor. The personal doctor will issue the relevant prescription (if needed) on the letterhead of the company, using which the insured shall pay only the part of the cost of the prescribed drugs in the indicated pharmacies, as specified by the terms of insurance. Expenses incurred for medications necessary for no more than one month treatment shall be reimbursed at one time. The medicines not prescribed by the personal doctor on the letterhead of the company are not subject to reimbursement by the Insurer (except of classics and premium card holders, according to the terms specified in the insurance card. Only the medications prescribed by the doctor are subject to reimbursement by the Insurer, with whom the consultation was approved by a personal doctor).

3.8. **Medications in the PSP and Aversi pharmacy chain for treatment of diseases listed in exclusions** (except for onco-medicaments) - The Insured shall address the personal doctor who will issue the relevant prescription on the letterhead or sends electronically, using which the insured shall pay only the part of the cost of the prescribed drugs in the PSP and Aversi pharmacies. Medications purchased without personal doctor's prescription or in other pharmacies are not subject to reimbursement.

3.9. **Biologically active food supplements/ homeopathic remedies/non-registered medications -** the Insured shall address the personal doctor who will issue the relevant prescription of biologically active food supplements/ homeopathic remedies on the letterhead or sends electronically, using which the insured shall pay only the part of the cost of the prescribed drugs in the provider pharmacies. Medications purchased without personal doctor's prescription or in other pharmacies are not subject to reimbursement.

3.10. **Pregnancy** - The Insured addresses to a personal doctor in "Curatio" clinic. The personal doctor provides the Insured with the required referral on the base of the personal doctor service. The Insured is exempted from payment of part of the service cost payable by the Insured upon submission of referral of the personal doctor, Insurance Policy and ID card.

3.11. **Dental care**

3.11.1. **Urgent dental service** - For service the insured is authorized to apply to any licensed dental clinic.

- While applying to the contractor clinic of the company indicated in annex of the present agreement, the insured must present the insurance policy and the ID card. In such case the insured is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer.
- 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: the insurance policy, ID card, medical documentation proving the service received which must be certified by the signature and seal of the service provider/attending physician, detailed quotation/calculation of service, receipt from cash desk.

3.11.2. **Planned dental (therapeutic and surgical) service**- the insured applies to the contractor clinic of the company, indicated in the attachment to the present agreement. While applying the insured must present the insurance policy and ID card. In such case the insured is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer as specified in the policy. Under other schedule, as well as the dental care received in a non-contractor dental clinic of the company shall not be subject to reimbursement.

3.11.3. **For Orthopedic/Orthodontic dental care** the insured applies to the contractor clinic of the company, indicated in the attachment to the present agreement. While applying the insured must present the insurance policy and ID card. The dental care for

- 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 დამადასტურებელ დოკუმენტი მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ჩატარებული მომსახურების დეტალურ სამედიცინო დოკუმენტაცია, მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

3.11.2. **გეგმიური სტომატოლოგიური (თერაპიული და ქირურგიული) მომსახურება** - დაზღვეული მიმართავს კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულების დანართში მითითებულ, კონტრაქტორ კლინიკას. მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება პოლისის პირობების შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან. სხვა სქემით, აგრეთვე კომპანიის არაკონტრაქტორ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიღებული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

3.11.3. **ორთოპედიული/ორთოდონტიული სტომატოლოგიური მომსახურება** - დაზღვეული მიმართავს კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულების დანართში მითითებულ, კონტრაქტორ კლინიკას. მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. იმ მომსახურებებზე, რომელზეც კონტრაქტორი კლინიკა დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, აგრეთვე კომპანიის არაკონტრაქტორ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიღებული მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

3.12. **დამატებითი სტომატოლოგიური მომსახურება კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“** - 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 დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

3.13. **ევროპული სამედიცინო დიაგნოსტიკა - Diagnose.me** - 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.

4. გამონაკლისები - ანაზღაურებას არ ექვემდებარება ქვემოთჩამოთვლილი შემთხვევები და/ან მათ გართულებებთან დაკავშირებული მომსახურებების ხარჯები:

4.1. **შემდეგი მოვლენებით/გარემოებებით განპირობებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან და/ან მათ გართულებასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები:** თვითდაშავება, თვითმკვლელობის მცდელობით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება (თუ ეს არ ეხება სხვისი სიცოცხლის გადარჩენას), კრიმინალურ (კანონსაწინააღმდეგო) აქტში მონაწილეობა, სამხედრო სამსახურში ყოფნა, 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 ავტოსაგზაოშემთხვევით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, ნებისმიერი სახის პროფესიულ სპორტში მონაწილეობა. დაზღვევამდე დამდგარ და დაზღვევის მოქმედებაში გაგრძელებულ ჰოსპიტალურ შემთხვევასთან და მის გართულებებთან დაკავშირებული ნებისმიერი ხარჯი. პალიატიურ მკურნალობასთან/მზრუნველობასთან დაკავშირებული ხარჯები.

4.2. **შემდეგ დაავადებებთან ან/და მათ გართულებებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები:** თანდაყოლილი ან/და გენეტიკური დაავადებები და ანომალიები, სექსუალური დარღვევები, დაზღვევამდე არსებული (დაზღვევამდე არსებულად ითვლება ნებისმიერი სხვა პროდუქტიდან გადმოსვლისას) სიმსივნური (მათ შორის კეთილთვისებიან) დაავადებები, აივ-ინფექცია, შიდსი, ჰეპატიტები (ნებისმიერი ფორმისა და სტადიის), შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი, ვენერიული დაავადებები, შარდ-სასქესო სისტემის სხვადასხვა მიკროორგანიზმებით გამოწვეული დაავადებები, ფსიქიური დაავადებები, ეპილეფსია; რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევა, მშობიარობა, which the contractor clinic cannot make discounts to the insured, as well as the dental care received in a non-contractor dental clinic of the company shall not be subject to reimbursement.

3.12. **Dental Preventive services”Universe - Ltd InterMed Tour”** – The Insured applies the Clinic”Universe - Ltd InterMed Tour. While applying the insured must present the insurance card and ID card. In such case the insured is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer. The services on which the provider clinic does not offer to Insureds the discount are not subject to reimbursements by the insurer.

3.13. **Europian Medical Diagnostics – Diagnose.me** 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.

4. HEALTH INSURANCE EXCEPTIONS - COSTS OF THE MEDICAL SERVICE RELATED TO THE ILLNESSES/CONDITIONS LISTED BELOW AND/OR THEIR COMPLICATIONS SHALL NOT BE SUBJECT TO REIMBURSEMENT

4.1. **Medical expenses related to the worsening of health condition and/or complications as a result of the following events/circumstances:** infliction of self-injury, the attempt of suicide (if this does not relate to life-saving of other person), participation in criminal (illegal) acts, insurance event that arose during the military service, conviction, medical service related to exposure to drugs and toxic substances, as well as the accidents which occurred when operating the transport means under the influence of these substances and alcohol, participation in any kind of professional sports.

Any expenses related to the hospitalization case and its complications continued within the insurance period. Palliative treatment/care related expenses.

4.2. **The medical expenses related to the following diseases and/or corresponding complications:** Congenital and / or genetic diseases and abnormalities, sexual disorders, pre-existing (implies transfer from any other insurance product) tumour (including benign) diseases, HIV infection, AIDS, hepatitis (in any form or stage), diabetes insipidus and diabetes mellitus, venereal diseases, diseases caused by various microorganisms of the genito-urinary tract system, mental illnesses, epilepsy; reproductive dysfunction, childbirth, termination of pregnancy, except for accidental termination of pregnancy; deviated nose septum; hypertrophy of the nasal turbinate, cataract.

4.3. **The medical expenses for the following services/procedures and/or their complications** Experimental and alternative medicine, the medical service that is not recommended or is carried out without a medical indication, exclusive/additional medical service, fee for the hired/invited doctor; Sending medical samples taken in Georgia abroad for further examination; planned vaccinations (vaccinations, immunizations), costs and

ორსულობის შეწყვეტა, გარდა ორსულობის უბედური შემთხვევით გამოწვეული შეწყვეტისა; ცხვირის ძგიდის გამრუდება, ნიჟარების ჰიპერტროფია, კატარაქტა.

4.3. **შემდეგი მომსახურებების/ პროცედურების და/ან მათ გართულებებთან დაკავშირებული 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; საქართველოში აღებული გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ გაგზავნა და გამოკვლევები; გეგმიური აცრები (ვაქცინაცია, იმუნიზაცია), ნებისმიერი სახის სამედიცინო ცნობის მიღებასთან დაკავშირებული გამოკვლევები და ხარჯები; სანატორიული და ბალნეოლოგიური მკურნალობა, სამკურნალო ვარჯიშები, სამედიცინო მასაჟი და ფიზიოპროცედურები, კოსმეტიკური და პლასტიკური სამედიცინო მომსახურება, წონის კორექციასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება, მხედველობის კორექცია (მათ შორის ექსიმერული ლაზერით მკურნალობა); ნებისმიერი სახის ეგზოპროთეზირება, ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაცია, ნებისმიერი დიალიზი, სანაყოფე სითხის დიაგნოსტიკა და ნებისმიერი სახის გენეტიკური კვლევა; ხელოვნური განაყოფიერება, სტერილიზაცია, კონტრაცეფცია, ფსიქოთერაპევტის, ფსიქოანალიტიკოსისა და ლოგოპედის მომსახურება; დაზღვევის ძალაში შესვლამდე დამდგარი ჰოსპიტალური შემთხვევა; სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია, ნეიროსტიმულატორების, დეფიბრილატორების, პეისმეიკერების, სამკურნალო საშუალების დეპოს და ხელოვნური ხორხის იმპლანტაცია, ხერხემლის რთული მადეფორმირებელი მდგომარეობების რეკონსტრუქციული ოპერაციული მკურნალობა მაგ: კიფოზები, ლორფოზები, სქოლიოზები, დაზღვევამდე არსებული გულის რითმის დარღვევის კათეტერული აბლაცია

4.4. **შემდეგი საშუალებების შეძენასთან, მოხმარებასთან და/ან გართულებასთან დაკავშირებული ხარჯები:** არარეგისტრირებული მედიკამენტები და ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები (გარდა ბარათით გათვალისწინებული ქველიმიტისა), ჰიგიენისა და მოვლის საშუალებები, გადასახვევი მასალები და შაქრის შემცვლელები, იმუნომოდულატორების, ფსიქოტროპული პრეპარატები, სისტემური ენზიმოთერაპია, იმპლანტები, დამხმარე საშუალებები და მაკორეგირებელი საშუალებები/მოწყობილობები (მათ შორის სათვალე, ლინზები, სასმენი მოწყობილობები, ენდოპროთეზები და სხვა), პროთეზები.

4.5. სხვა სადაზღვევო პოლისებით, სახელმწიფო, მუნიციპალური, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტების ფარგლებში დაფინანსებული ჯანდაცვითი პროგრამული მომსახურებები იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც მიღებული სამედიცინო მომსახურებები ფინანსდება აღნიშნული პროგრამ(ებ)ის ფარგლებში; ხოლო იმ შემთხვევაში, როცა გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების მიღება ხდება სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც არ მოქმდებს ზემოთჩამოთვლილი პროგრამა/პროგრამები, მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება ხდება მზღვეველის მიერ პოლისის პირობების შესაბამისად.

თუ პირი არის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარი, მაგრამ ნებაყოფლობით ამბობს უარს ამ პროგრამის ბენეფიტის გამოყენებაზე, ერთჯერადად ან მუდმივად, სადაზღვევო კომპანია არ აანაზრაურების ამ ცვლილებით გამოწვეულ დამატებით ხარჯს.

4.6. იმ მომსახურებების ხარჯები, რომელიც არ არის მოცემული ტერმინთა განამარტებაში და არ იფარება სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობებით.

4.7. **შენიშვნა:** უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისათვის ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება განხორციელდება საქართველოს მოქალაქისათვის არსებული ფასების შესაბამისად

5. ზოგადი პირობები:

5.1. **დაზღვევის ძალაში შესვლა:**

5.1.1. დაზღვევის ძალაში შესვლისა და ხელშეკრულების გაფორმების თარიღები აისახება ხელშეკრულება/პოლისში.

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

5.1.3. საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველზე მხარდაჭერის მიმღები/მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პირის დაზღვევა (გარდა 7 წლამდე ბავშვებისა) შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ ინდივიდუალური ანდერაიტინგის საფუძველზე. თუ აღნიშნული წესი არ იქნება დაცული ხელშეკრულება ჩაითვლება ბათილად.

examinations associated with obtaining any medical certificate; sanatorium and balneological treatments, medical exercises, medical massage and physio-procedures, cosmetic and plastic medical services, weight correction medical services, vision correction (including excimer laser treatment); exoprosthesis of any kind, transplantation of organs and tissues, any dialysis, diagnosis of digestive fluid and any kind of genetic study; artificial insemination, sterilization, contraception, services of a psychotherapist, psychoanalyst and speech therapist; any hospital case occurred before insurance entering into force; radiation therapy, chemotherapy, implantation of neurostimulators, defibrillators, pacemakers, medical depot and implantation of artificial larynx. Reconstructive surgical treatment of spinal complicated modifying condition such as kyphosis, lordosis, scoliosis, catheter ablation for heart rhythm failure pre-existing before the insurance.

4.4. **The expenses related to the treatment with/purchase of the following means and/or complications:** Unregistered medicines, biologically active food additives (except for sub-limit defined by the card), paramedical and homeopathic means, hygienic and care remedies, gauze materials and sugar substitutes, immunomodulators, psychotropic drugs, systemic enzimotherapy, implants, support and correction means (including glasses, lens, hearing aids, endoprosthesis, etc.).

4.5. Healthcare program services covered by other insurance policies, financed within the state, municipal, autonomous republics, and local self-governing unit budgets in medical institutions, where health care services are funded under the above-mentioned program(s); And in case of emergency hospital services are provided in a medical facility where the above-mentioned program(s) are not applied, the cost of the service is reimbursed by the Insurer in accordance with the terms of the Policy.

In case the party is beneficiary of a state program, but refuses to use the benefits, signle time or permanently, the insurance company shall not reimburse additional costs caused by this change.

4.6. The costs of those services that are not given in definitions are not subject to reimbursement under the terms and conditions of the agreement.

4.7. **Note:** for citizens of foreign countries, reimbursement of expense of any medical care shall be fulfilled in accordance with the prices stipulated for citizens of Georgia.

5. GENERAL CONDITIONS:

5.1. **Effective date of insurance:**

5.1.1. The effective dates of the insurance and the conclusion of the Agreement are specified in the Agreement/Policy.

5.1.2. The insurance is valid for the insurance period specified in the Policy. The first and/or regular full and on-time payment of the subsequent premium is necessary for the insurance to become fully operational. The initial premium payment is made at least 14 days before the start of the insurance period.

5.1.3. Under the law of Georgia, the insurance of an incapable person (except for children under 7) can be carried out only on the basis of individual underwriting. If the aforementioned rule is followed the agreement will be deemed invalid.

5.2. **Validity Term of the Policy:**

5.2. სადაზღვევო პოლისის მოქმედების ვადა:

5.2.1. პოლისის მოქმედების ვადა არის ერთი წელი.

5.2.2. ამასთან, ჯანმრთლობის დაზღვევის პოლისი "მედი" წარმოადგენს სახელმწიფო ჯანდაცვითი/ სადაზღვევო პროგრამების დამატებით სადაზღვევო პაკეტს, მოქმედებს მხოლოდ მათი მოქმედების პერიოდში და მათთან ერთად. ამ პროგრამების განხორციელების მეთოდებში ცვლილების შემთხვევაში, კომპანია იტოვებს უფლებას შეცვალოს წინამდებარე პოლისით გათვალისწინებული პირობები. სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე პირი ვალდებულია, კომპანიას წერილობით მიაწოდოს ინფორმაცია პროგრამის ერთჯერადად ან მუდმივად დატოვების შესახებ.

5.3. სადაზღვევო პრემია და გადახდის წესი:

5.3.1. სადაზღვევო პრემიის გამოთვლა ხდება არჩეული პოლისის და დამატებითი მოდულის/პროდუქტის ფასის შესაბამისად.

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

5.3.3. სადაზღვევო პრემიის გრაფიკი/ გადახდის თარიღები მითითებულია პოლისში.

5.3.4. დამატებითი მოდულის/პროდუქტის გადახდის გრაფიკი/ თარიღები ემთხვევა პრემიის გადახდის თარიღს.

5.3.5. სადაზღვევო პრემიის ერთჯერადი გადახდისას - მისი გადახდა ხორციელდება ხელშეკრულების / პოლისის გაფორმებისთანავე.

5.3.6. სადაზღვევო პრემიის განვადებით გადახდისას სადაზღვევო პრემიის პირველი გადახდა ხორციელდება წინასწარ ხელშეკრულების/ პოლისის გაფორმებისთანავე, ხოლო მომდევნო გადახდები ხორციელდება ყოველ მომდევნო თვეს პოლისში მითითებულ თარიღებში, შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის შესაბამისად.

5.3.7. სადაზღვევო პრემიის გადახდისას უნდა მიეთითოს პოლისის ნომერი.

5.3.8. 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.

5.3.9. თუ დამზღვევმა დაარღვია პრემიის შეტანის ვალდებულება, მზღვეველს შეუძლია ერთი თვით ადრე გააფრთხილოს დამზღვევი ხელშეკრულების მოშლის თაობაზე და ამ ვადის უშედეგოდ გასვლის შემდეგ მოშალოს იგი, დამატებითი გაფრთხილების გარეშე.

5.3.10. ხელშეკრულების და მის საფუძველზე გაცემული სადაზღვევო ბარათების მოქმედების შეჩერება არ ათავისუფლებს დამზღვევს სადაზღვევო პრემიის გადახდის ვალდებულებისაგან.

5.3.11. თუ დამზღვევის მიერ დაირღვა პრემიის გადახდის ვალდებულება (პრემია და/ან მისი ნაწილი დროულად ან დადგენილი ოდენობით არ იქნა გადახდილი), მზღვეველი დამატებითი წერილობითი შეტყობინების გარეშე, ხელშეკრულების 5.3.8. პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული 2 (ორი) კვირიანი ვადის გასვლის შემდგომ 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;

5.3.12. პრემიის სრულად ან პირველი შენატანის გადახდამდე ან გადახდის გრაფიკის დარღვევის შემთხვევაში მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისაგან, გარდა ხელშეკრულების 5.3.8. პუნქტით დადგენილი 2 (ორი) კვირიანი პერიოდისა. მზღვეველის გათავისუფლება ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისგან, არ ათავისუფლებს დამზღვევს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულებისაგან.

5.3.13. ხელშეკრულების 5.3.8. 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.

5.3.14. უცხო ქვეყნის მოქალაქეთა დაზღვევა განიხილება შემდეგი პირობით:

- საპენსიო ასაკის უცხო ქვეყნის მოქალაქის (ქალი - 60 წლის ზემოთ, კაცი - 65 წლის ზემოთ) დაზღვევა შესაძლებელი არ არის.
- უცხო ქვეყნის მოქალაქის/თუ მოქალაქეთა ჯგუფის დაზღვევა, მიუხედავად გადახდის ჯერადობისა და ოჯახის წევრთა რაოდენობისა/ასაკისა არ ითვალისწინებს ფასდაკლებას;

5.2.1. The policy validity term is one year.

5.2.2. Herewith, the "Medi" Health Insurance Policy is an additional insurance package to the state healthcare / insurance programs and is valid only with it and within its validity period. In case of any amendment to methods of implementation of these programs, the Company reserves the right to change the obligations assumed under this Policy. Person participating in the state program shall submit a letter to the company on temporarily or permanently leaving the program.

5.3. The Insurance Premium, the terms and conditions of its payment:

5.3.1. Insurance Premium is calculated in conformance with the price of the selected Policy and additional module.

5.3.2. The Insured is obliged to pay the Insurance Premium/contribution and the cost of additional module(s) on time in accordance with the payment schedule specified in the Insurance Policy/Agreement and in a fixed amount – as a single payment or in installments.

5.3.3. Payment schedule/dates of the Insurance Premium are indicated in the Policy.

5.3.4. Payment schedule/dates of the additional module coincide to date of Premium payment.

5.3.5. The **single payment** shall be settled immediately upon signing of the agreement/policy.

5.3.6. In the case of **installments** payment of the Insurance Premium, the first payment of the Insurance Premium shall be made in advance upon the conclusion of Agreement/Policy, and the subsequent payments shall be made on the dates specified in the Policy each following month, in accordance with the agreed payment schedule

5.3.7. The number of the Policy shall be indicated upon payment of the Insurance Premium.

5.3.8. Upon the violation of the premium payment by the Insured, the Insurer shall determine a two week period for the Insured, upon futile passing of which The Insurer shall be exempt from responsibility and the Agreement shall be suspended. Moreover, The Insurance Agreement/Policy shall be continued only after payment of the premium by the Policyholder, at 24:00 of the debt payment day.

5.3.9. In case the Policyhoder violates the premium payment schedule, the Insurer shall, one month earlier, warn the Policyholder of terminating the Insurance and after futile passing of this term, terminate it, without warning.

5.3.10. Termination of the insurance and cards issued upon its basis does not exempt the Policyholder from the responsibility of premium payment.

5.3.11. In case the Policyholder violates the responsibility of paying the premium (premium or part of it was not paid in a timely manner and in the agreed amount), the Insurer, without sending a written notification, in accordance with the 2 week term determined in Paragraph 5.3.8. shall be ecempt from responsibilities under the Agreement. After reinstating the schedule and paying the penalty, the relationship between the parties shall continue in accordance with the Agreement, however the Insurer shall not be liable to indemnify damages arisen during the period before reinstating the relationship.

5.3.12. Prior to making full payment of the premium or first installment of it or violating the payment schedule the Insurer shall be exemot from the responsibilities under the Agreement, except for 2 (two) week period established under Paragraph 5.3.8. Exemption of the Insurer from the responsibilities hereunder does not exempt the Insured from the repsonsibilities hereunder.

5.3.13. The responsibility of 2 (two) week period established under Paragraph 5.3.8. shall not be arisen for the Insurer before making first or signle payment in a timely manner and moreover, the Insurer is exempted from their responsibilities hereunder.

5.3.14. Insurance of foreign citizens is regulated as follows:

- It is not possible to insure a foreign citizen of retirement age Retirement age - a woman over 60, a man over 65.
- Insurance of a foreign citizen / group of citizens, regardless of payment type and number / age of family members does not include

- მედი ბაზისური და მედი ოპტიმალი ითვალისწინებს პრემიის ერთჯერად გადახდას, ყველა დანარჩენი პოლისი სულ მცირე კვარტალურ გადახდას.

5.4. მხარეთა უფლება – მოვალეობები:

5.4.1. მზღვეველი ვალდებულია:

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

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

5.4.1.3. აანაზღაუროს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ხელშეკრულებით და დანართებით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად, სადაზღვევო შემთხვევის დადგენისა და მზღვეველის მიერ ხარჯის ოდენობის განსაზღვრის შემდგომ.

5.4.1.4. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემთხვევაში, სადაზღვევო შემთხვევის დადგენისა და სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობის განსაზღვრისათვის დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ ყველა საჭირო დოკუმენტის წარმოდგენის შემდგომ შეასრულოს დაზღვევით ნაკისრი ვალდებულება დროულად და ჯეროვნად.

5.4.2. მზღვეველი უფლებამოსილია:

5.4.2.1. დამზღვევის მხრიდან ხელშეკრულების პირობებისა და პრემიის გადახდის გრაფიკის დარღვევის შემთხვევაში შეაჩეროს და/ან შეწყვიტოს სადაზღვევო ხელშეკრულება, ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

5.4.2.2. მოითხოვოს დამატებითი დოკუმენტაცია (მაგ. ცნობა სამართალდამცავი ორგანოებიდან ავტოავარიით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას) სადაზღვევო შემთხვევის ანაზღაურებისას.

5.4.2.3. არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება დაზღვეულის მიერ (ან დაზღვეულის 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 გაუქმებას.

5.4.2.4. მზღვეველი იტოვებს უფლებას სადაზღვევო ანაზღაურებიდან გამოქვითოს სრული სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელი ოდენობა.

5.4.2.5. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ მოსთხოვოს დამზღვევს ყოველგვარი ცნობა, რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის, ასევე, ზიანის მოცულობის დასადგენად.

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

5.4.2.7. 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.

5.4.2.8. მზღვეველი უფლებამოსილია ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში შეცვალოს ერთი ან რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერი.

5.4.2.9. ცალმხრივად მოშალოს სადაზღვევო ხელშეკრულება, ხელშეკრულების მოშლის შესახებ დამზღვევის 1 (ერთი) თვით ადრე წერილობითი შეტყობინების საფუძველზე.

5.4.2.10. გაზარდოს სადაზღვევო პრემია 30%-ით, რის შესახებაც დამზღვევს გაეგზავნება მოკლე ტექსტური შეტყობინება (SMS) პოლისში მის მიერ მითითებულ მობილური ტელეფონის ნომერზე.

5.4.3. დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:

5.4.3.1. ხელშეკრულების დადებისას მზღვეველს შეატყობინოს ყველა ის გარემოება, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ მზღვეველის გადაწყვეტილებაზე უარი თქვას ხელშეკრულებაზე ან დადოს იგი შეცვლილი პირობებით,

5.4.3.2. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ შეასრულოს მზღვეველის ყველა მითითება, რაც უკავშირდება სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის, ასევე, ზიანის მოცულობის დადგენას.

5.4.3.3. დეტალურად გააცნოს ხელშეკრულების და მისი დანართების პირობები დაზღვეულს და მოიპოვოს მისგან ხელშეკრულების გასაფორმებლად და მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების პირობებით გათვალისწინებული მოქმედებების განსახორციელებლად/შესასრულებლად საჭირო ყველა სახის თანხმობა. დამზღვევი ვალდებულია, რომ დაზღვეულებს გააცნოს ვალდებულება, რომ მზღვეველს ენიჭება უფლება მოიძიოს და გაეცნოს ყველა იმ დოკუმენტაციას, რომელსაც მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ სადაზღვევო ანაზღაურებისათვის. წინააღმდეგ შემთხვევაში მზღვეველი

discount

- Medi Basic and Medi Optimal provide for a one-time premium payment, with all other policies provide at least quarterly payment.

5.4. The rights and obligations of the Parties:

5.4.1. The insurer shall:

5.4.1.1. Based on the payment of the insurance premium indicated in the agreement by the Policyholder, to reimburse the damage to the insured (or the beneficiary) according to the terms and conditions stipulated by the agreement.

5.4.1.2. Preserve and not to publicize information obtained through business relations with the Policyholder, except for the occasions directly stipulated by Georgian legislation.

5.4.1.3. Reimburse the expenses of medical service according to the terms and conditions of the present Agreement and its attachments, after arising of the Insurance Incident

5.4.1.4. and defining the amount of the expense by the Insurer.

5.4.1.5. Fulfill its obligations timely and properly, in case of Insurance Occurrence, after Policyholder / Insured submits all required documentation for defining Insurance Occurrence and Insurance Amount volume.

5.4.2. The insurer shall be authorized to:

5.4.2.1. Suspend and/or terminate Insurance Agreement if the Policyholder violates the Agreement or premium payment schedule.

5.4.2.2. Request additional documentation (e.g., certificate from law enforcement bodies in the event of deteriorating health conditions caused by a car accident) when reimbursing an insurance accident.

5.4.2.3. Not to disburse the insurance reimbursement in case of falsification by the insured (or participation of the insured) of the fact of the insurance incident and/or documents required for receipt of reimbursement, also in case of revelation of submitting of false documentation. In addition, if the reimbursement is already paid out, the Policyholder must unconditionally return it to the insurer; Herewith, the insurance of such person shall be subject to termination by the Insurer.

5.4.2.4. The Insurer reserves the right to deduct unpaid full Insurance Premiums from Insurance Premium.

5.4.2.5. After occurring the Insurance Incident, demand all statements from the Policyholder, which are required for determination of the Insurance Incident, as well as the amount of the loss.

5.4.2.6. Demand returning of the issued reimbursement if revealed that the arising of the damage was not caused by the insurance incident or through the fault of the Policyholder it is impossible to exercise the regression right.

5.4.2.7. Demand/recheck the personal data of the Insured in the National Agency of Public Registry of Ministry of Justice of Georgia.

5.4.2.8. The Insurer shall have the right to change one or several medical providers during the validation period of the present agreement.

5.4.2.9. To unilaterally annul the Insurance Agreement based on the written notice submitted to the Insured 1 (one) month prior to the termination of the Agreement.

5.4.2.10. To increase the Insurance Premium by 30%, regarding which the Insured will be sent a short text message (SMS) to the cell phone number indicated in the Policy.

5.4.3. The Policyholder shall:

5.4.3.1. Inform the Insurer upon signing of the agreement about all circumstances which can influence the decision of the Insurer to reject the agreement or sign it with the changed content.

5.4.3.2. After occurring the Insurance Incident, perform all instructions of the Insurer, which are required for determination of the Insurance Incident or event, as well as the amount of the loss.

5.4.3.3. Familiarize the insured with the terms and conditions of the present insurance in details; In addition, the policyholder is obliged to familiarize Insureds with the obligation to authorize the Insurer to find and study all documentation, which the insurer

იტოვებს უფლებას არ აანაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევის შედეგად დამდგარი ზიანი.

5.4.3.4. 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.

5.4.3.5. 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.

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

5.4.3.7. დაზღვეულთა/მოსარგებლეთა მიერ ხელშეკრულებით და მისი დანართებით 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 ხელშეკრულებით და მისი დანართით გათვალისწინებული ვალდებულებები და პროცედურები.

5.4.3.8. ხელი შეუწყოს მზღვეველის მიერ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომასთან და მის შედეგებთან დაკავშირებული მონაცემების მოკვლევა-მოძიებას.

5.4.3.9. დაზღვეული ვალდებულია 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.

5.4.3.10. დამზღვევი ვალდებულია განუმარტოს დაზღვეულებს, რომ დამზღვევის მიერ მზღვეველისათვის წარდგენილ დაზღვეულ პირთა საკონტაქტო ტელეფონის ნომრებსა და ელ-ფოსტის მისამართებზე მზღვეველის მიერ განხორციელდება სადაზღვევო ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა - მათ შორის პირდაპირ მარკეტინგთან და ასევე, მათ მიერ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან დაკავშირებული, განსაკუთრებული მონაცემების შემცველი შეტყობინებების დაგზავნა.

5.4.3.11. დამზღვევი ვალდებულია განუმარტოს დაზღვეულებს, რომ დამზღვევის მიერ მზღვეველისათვის წარდგენილ დაზღვეულ პირთა საკონტაქტო ტელეფონის ნომრებსა და ელ-ფოსტის მისამართებზე მზღვეველის მიერ განხორციელდება შეტყობინებების დაგზავნა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის ან დაზღვეულის პერსონალური მონაცემების გადაცემა მასთან აფილირებული/დაკავშირებული კომპანიებისთვის პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის.

5.4.3.12. ხელშეკრულების 5.4.3.10-5.4.3.11 მუხლების მიზნებისთვის დამზღვევი ვალდებული და პასუხისმგებელია დაზღვეულისგან მოიპოვოს პერსონალური მონაცემების პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის დამუშავების და მზღვეველთან დაკავშირებული/აფილირებული კომპანიებისთვის გადაცემის შესახებ ყველა საჭირო ნებართვა და თანხმობა.

5.4.3.13. მზღვეველისათვის გადაცემული საკონტაქტო ინფორმაციის სისწორეზე, ასევე ამ ინფორმაციის იმ პირთა კუთვნილებაზე - რაც მითითებულია დამზღვევის მიერ, ასევე მზღვეველის მიერ ამ საკონტაქტო მონაცემებზე ნებისმიერი ინფორმაციის გაგზავნის დაზღვეულთაგან ნებართვის არსებობაზე პასუხისმგებელია დამზღვევი.

5.4.3.14. დამზღვევი სრულად აგებს პასუხს მზღვეველისა და დამზღვევის წინაშე იმ მიყენებული ზიანისათვის რაც მათ შეიძლება მიადგეთ დამზღვევის მიერ ზემოთ მითითებული მუხლების დარღვევისათვის, ზიანში მათ შორის მოიაზრება მზღვეველისათვის შესაბამისი ადმინისტრაციული ორგანოებისა და სასამართლოს მიერ ნებისმიერი სანქციის თუ თანხის დაკისრება.

5.4.4. დამზღვევი უფლებამოსილია:

5.4.4.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოითხოვოს მზღვეველისაგან სადაზღვევო შემთხვევის ანაზღაურება deems necessary for the insurance reimbursement. Otherwise the insurer reserves the right not to reimburse the damage incurred as a result of the insurance incident.

5.4.3.4. To authorize the Insurer request/verify personal data of the Insured in the National Agency of Public Registry of Ministry of Justice of Georgia, Data Exchange Agency, Public Service Development Agency and all other administrative authority and person of private law.

5.4.3.5. The Policyholder/Insurer shall transfer the right to request indemnification of damages from a third party to the Insurer. If Policyholder/Insured refuses to request third party damage indemnification, the Insurer shall be exempted from indemnification of damages hereunder in the amount, which it could receive for reimbursement of expanses or for making a request.

5.4.3.6. Transfer to the insurer documents based on which the insurer shall be authorized to demand regression reimbursement from persons who are responsible for the damage incurred to the insured;

5.4.3.7. The Policyholder is responsible for fulfilling actions of this Agreement and its Annexes by the Insured/Beneficiaries, also, relevance of their actions/inactivity with the Agreement, accordingly, the Insurer is authorized not to compensate damage, if the Insured/Beneficiaries violate the obligations and procedures of this Agreement and its Annexes.

5.4.3.8. Assist the insurer to research –find information related to the occurrence of the insurance occasion and its consequences.

5.4.3.9. The insured is obliged to provide the insurer with all the necessary and accurate information for recognition of the fact of insurance accident in order to determine the volume of insurance indemnity, Upon request of the insurer, the Insured shall grant the right to the Insurer to obtain information from the third party (doctors, any medical institution, transport service, etc.) in accordance with the law established by law and if necessary, to release aforementioned parties from the obligation to keep the information confidential.

5.4.3.10. The insurer is obliged to explain the Insureds that contact phone numbers and email addresses provided by the Policyholder to the Insurer will be transferred with special data containing messages by different services, including direct marketing and also by the various medical institutions insurance services related to provision services laid down in the insurance agreement.

5.4.3.11. The Policyholder shall explain to the Insured that to contact information and emails of the insured provided to the Insurer by the Policyholder shall be sent messages and notifications for the purposes of direct marketing or the personal data of the Insured shall be given to affiliated/associated companies for the purposes of marketing.

5.4.3.12. For the purposes of Paragraphs 5.4.3.1.-5.4.3.11 of the Agreement, the Policyholder shall be responsible to obtain personal data from the Insured, all the consent necessary to use the data for direct marketing, processing and transferring to the affiliated/associated companies of the Insurer.

5.4.3.13. For the correctness of contact information transmitted to the Insurer, as well as the subsequent information of those persons - indicated by the Policyholder, as well as for the existence of a permit from any Insured on submission of information from these contact data is responsible the Policyholder.

5.4.3.14. The Policyholder is fully responsible for the damage arisen for the Insurer and Policyholder, caused due to the breach of the aforementioned articles, including any sanctions or penalty imposed by the relevant administrative authorities and the court.

5.4.4. The Policyholder is entitled:

5.4.4.1. To request the Insurer reimbursement of insurance case under the Agreement wording, when an insurance case occurs.

5.4.4.2. 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

ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

5.4.4.2. 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.

5.5. დაზღვევის გაგრძელება:

5.5.1. წინამდებარე დაზღვევის მოქმედების ვადა ავტომატურად გაგრძელდება იგივე პერიოდით, იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე მხარემ წერილობით არ განაცხადა მისი შეწყვეტის სურვილი. განახლებული პირობები დამზღვევს გაეგზავნება მოკლე ტექსტური შეტყობინების მეშვეობით (SMS).

5.5.2. მომდევნო სადაზღვევო პერიოდში გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის ანაზღაურების პირობები (ანაზღაურების პროცენტი, ლიმიტი) შეესაბამება იმ პოლისს, რომელიც დაზღვეულს შეძენილი ჰქონდა წინა წელს იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვევა ახლდება იგივე, ან მეტი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით. უფრო დაბალი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით დაზღვევის განახლების შემთხვევაში გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის და ამბულატორიული მანიპულაციების ანაზღაურების პირობები შეესაბამება ახალარჩეულ პოლისს.

5.5.3. ინდივიდუალური დაზღვევის სხვა პროდუქტიდან უწყვეტად გადმოსვლისას ორსულობის ხარჯების ანაზღაურებაზე მოცდის პერიოდები ირთვება თავიდან.

5.6. დაზღვევის შეწყვეტა:

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

5.6.2. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულების/პოლისის შეწყვეტის შემთხვევაში ან დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელობის გამო მზღვეველის მხრიდან ხელშეკრულების ვადაზე ადრე შეწყვეტისას, დამზღვევი ვადებულია დამატებით გადაიხადოს დაზღვევის შეწყვეტის მომენტისთვის გამოუმუშავებული სადაზღვევო პრემიის 75%.

5.6.3. მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ვადაზე ადრე მოშლის შემთხვევაში, იგი ვალდებულია დამზღვევს დაუბრუნოს წინასწრებით გადახდილი პრემიის გამოუმუშავებელი ნაწილი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს არ უსარგებლია დაზღვევით,

5.7. ხელშეკრულებაზე უარის თქმა

5.7.1. 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.

5.7.2. 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.

5.7.3. ხელშეკრულების 5.7.1. პუნქტით განსაზღვრული უფლების არსებობა, არ ათავისუფლებს დამზღვევს/დაზღვეულს სადაზღვევო პრემიის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ანაზღაურების ვალდებულებისგან.

5.7.4. 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 5.7.1. პუნქტით განსაზღვრულ ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებას.

5.8. სუბროგაცია:

5.8.1. მზღვეველი, ხარჯების ანაზღაურების გაცემის შემდეგ, უფლებამოსილია, მოითხოვოს შესაბამისი ხარჯების კომპენსაცია იმ პირთაგან, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან დაზღვეულისთვის მიყენებულ ზიანზე.

5.8.2. ხელშეკრულების 5.8. მუხლის მიზნებისთვის დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია მესამე პირის მიმართ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება გადასცეს მზღვეველს. თუ დამზღვევი/დაზღვეული უარს განაცხადებს მესამე პირის მიმართ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნაზე, მაშინ მზღვეველი თავისუფლდება ხელშერკულებით გათვალისწინებული ზიანის იმ ოდენობით ანაზღაურების მოვალეობისაგან, რამდენიც მას შეეძლო მიეღო თავისი ხარჯების ასანაზღაურებლად უფლების განხორციელებასთან ან მოთხოვნის წაყენებასთან დაკავშირებით.

5.9. დავების გადაწყვეტა:

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

5.9.2. ხელშეკრულების შესრულებასთან დაკავშირებული

5.5. Extension of insurance

5.5.1. The term of validity for the present insurance agreement shall be automatically extended for the same period unless otherwise declared by either party on termination of the insurance in a written form. Updated terms will be notified via text message (SMS).

5.5.2. In the next insurance period, the terms of the planned hospitalization reimbursement (pay-out percentage, limit) are consistent with the Policy which was purchased by the Insured in the previous year if the insurance is updated with the same Policy or with the Policy having more value. In case of renewing insurance with a lower cost Policy, the terms of planned hospitalization reimbursement shall be in line with the newly selected Policy.

5.5.3. In case of uninterrupted transfer from any insurance products the waiting period for the pregnancy costs shall be restarted.

5.6. Termination of insurance:

5.6.1. In case of premature termination of the insurance agreement by the policyholder, the policyholder shall notify the insurer in writing thereof 1 (one) month before the date of termination.

5.6.2. In case of termination of the Insurance Agreement/Policy by the Policyholder or in case of premature termination of the Agreement by the Insurer due to non-payment of the Insurance Premium by the Policyholder, the Policyholder must additionally pay 75% of Insurance Premium earned by the moment of termination of the insurance.

5.6.3. In case of early termination of the insurance contract by the Insurer, the latter shall be obliged to return the uninsured portion of the prepaid premium (if any) to the Insured if the Insured has not used the insurance.

5.7. Rejection

5.7.1. 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” under Annex 1 at the legal address of the Insured or by submitting to the branches of the Insurer.

5.7.2. 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 14 (fourteen) days after concluding the Agreement.

5.7.3. Rights determined in Paragraph 5.7.1. of the Agreement does not exempt the Policyholder/Insured from the responsibility of reimbursement of the Insurance premium in accordance with Agreement Wording.

5.7.4. 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 Paragraph 5.7.1.

5.8. Subrogation:

5.8.1. After issuing the indemnification, the Insurer is authorized to claim for compensation of the costs incurred by those parties, who are responsible for the damage caused to the Insured.

5.8.2. For the purposes of Paragraph 5.8. hereunder, the Policyholder/Insurer shall transfer the right to request indemnification of damages from a third party to the Insurer. If Policyholder/Insured refuses to request third party damage indemnification, the Insurer shall be exempted from indemnification of damages hereunder in the amount, which it could receive for reimbursement of expanses or for making a request.

5.9. Dispute Settlement:

5.9.1. The parties shall use their efforts to settle all disputes arising between them with regard to the agreement or other issues related to it.

5.9.2. In case of any dispute/disagreement arising out of this agreement the Parties“ both as Policyholder and Insured in order to resolve it an amicable way refer to NNLE “Georgian Insurance Association”

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.

5.9.3. 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.

5.10. ფორს-მაჟორი

5.10.1. 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.

5.10.2. 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, პანდემიები, ბლოკადა ან ნებისმიერი ეკონომიკური ემბარგო; ხელისუფლების ნებისმიერი ერთეულის ან ხელისუფლების მიერ საამისოდ კომპეტენტურად განსაზღვრული ორგანოს გადაწყვეტილება და ისეთი ნორმატიული აქტების გამოცემა რომლებიც ზემოქმედებენ მხარეების მიერ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებაზე და ცვლიან, წყვეტენ ან აჩერებენ წინამდებარე ხელშეკრულების დებულებებსა და პირობებს.

5.10.3. 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.

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

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

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

5.10.7. 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 მითითებულ იქნა დამკვეთის პირველადი რეგისტრაციის დროს.

5.10.8. თუ ფორს-მაჟორული გარემოება გრძელდება 1 (ერთი) თვეზე მეტი დროით, მაშინ მხარე უფლებამოსილია, დაუყოვნებლივ მოშალოს ხელშეკრულება მეორე მხარისათვის წერილობითი შეტყობინების გაგზავნის გზით.

5.11. დამატებითი პირობები:

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

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

5.11.3. ყველა საკითხი, რაც არ არის გათვალისწინებული

and “Insurance Mediation” through telephone 2555155, or to the address: 24, Mosashvili str., Tbilisi or to email: mediacia@insurance.org.ge. All costs for service of “Georgian Insurance Association” and “Insurance Mediation” shall be funded from the members contributions of NNLE “Georgian Insurance Association” .

5.9.3. If within 30 (thirty) days after the commencement of such negotiations the parties fail to settle insurance issues, any party can apply to the court with the objective of settlement of the dispute in accordance with the established rule. Proceeding from the fact that the place of performance of the agreement is the location of the insurer, the review of the dispute shall be carried out according to its location in the general court.

5.10. Force-Majeure

5.10.1. None of the parties are responsible for violation, non-timely or/and inappropriate execution of the obligations of this Agreement, if this violation, inappropriate or non-timely execution was caused by occurrence or/and action of the circumstances from insuperable force, which could not have been known by the parties at the moment of concluding the Agreement.

5.10.2. Insuperable forces are (not limited to): natural calamity (fire, flood, earthquake, storm, etc.); declared or undeclared war, civil unrest, any hostilities, state of emergency, epidemic, blockade or any economic embargo; a decision of the authorities or a competent body and issuance of normative acts that impact fulfilment of the obligations under the Agreement and change, cease or suspend the Policy Wording.

5.10.3. The Parties agree that due to the existing political and economic state in Georgia, culpability and/or non-culpability of a third party that make it impossible for the Parties to perform obligations hereunder shall be equalized to a force-majeure event. Existing political and economic state implies the state of crime in the country, energy crisis and other circumstances conditioned by the political landscape.

5.10.4. The force-majeure shall be confirmed by a competent body.

5.10.5. Upon arising force-majeure circumstances, the party shall immediately notify the other party through communication media at hand (phone, post, email, courier, and others).

5.10.6. After force-majeure curcumstances are terminated, the parties immediately continue with the responsibilities hereunder.

5.10.7. In the event of force-majeure, performing obligations shall be suspended for the period the events continue, unless otherwise agreed between the parties. In case the non-performance of obligations lasts more than one month, each party shall be entitled to unilaterally terminate the Agreement and notify of the termination two weeks prior to the presumed date of termination by sending a written notification or e-mail (or other available media), which shall be sent to the address indicated during the primary registration of the client.

5.10.8. In case the force-majeure lasts more than 1 (one) month, the party is entitled to immediately terminate the Agreement by sending the other party a written notification.

5.11. Miscellaneous

5.11.1. Any amendment and additions to the agreement shall be made in writing, it shall be enforced only after it is signed by both parties.

5.11.2. Every right/obligation hereunder shall be applied to the representatives and successors in title.

5.11.3. Any issue not included in the Agreement shall be regulated by the legislation in effect.

5.11.4. After signing this Agreement any verbal or written arrangement (made before signing) between the Parties with regard to the settled issues shall be deemed void.

5.11.5. **The Insurer** shall not be responsible for reimbursement of any service expense not stipulated by the Agreement.

5.11.6. The sanction condition - the Insurer shall not indemnify or provide

ხელშეკრულებით, რეგულირდება საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით.

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

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

5.11.6. 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 შეეხება დამზღვევს/მოსარგებლეს/დაზღვეულს, იმ პირობით რომ ამით არ ირღვევა მზღვეველის ეროვნული კანონმდებლობა.

5.11.7. 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.

5.11.8. 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.

5.11.9. ნებისმიერი შეტყობინება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ უნდა ატარებდეს წერილობით ან/და ელექტრონულ ფორმას, გარდა ხელშეკრულებით დადგენილი სპეციალური პირობებისა

5.11.10. 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.

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

5.11.12. 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 დადასტურებულია დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ.

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

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

5.11.15. ხელშეკრულება შედგენილია ორ ეგზემპლარად 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.

any service to the Policyholder or third person if such indemnification/service, or Policyholder's activities violate the requirements of international or local trading or other economic sanctions. To these sanctions belong: Local, EU, United Nations, USA, UK or any other sanction concerning the **Insurer/Policyholder/Beneficiary**, provided that it does not violate the national legislation of **the Insurer**.

5.11.7. The Insurer is entitled to refuse rendering insurance service or terminate such relationship if the Insured/Beneficiary/Policyholder refuses to submit information within January 25, 1988 Convention on "Administrative Assistance in Tax Matters," multilateral agreement (CRS MCAA) on "Automatic Exchange of Financial Account Information" or does not meet the requirements of the agreement on automatic exchange of financial account information set forth in Georgia or a relevant jurisdiction.

5.11.8. 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.

5.11.9. Any notification of the Pilicyholder/Insured shall be made in writing and/or online, other than in case of special term of the Agreement.

5.11.10. Any notification and/or information related to the Agreement shall be sent to the Policyholder/Insured via any communication media, including, e-mail address and/or a text and/or via sending a notification/information to an address/location indicated in the Agreement/Policy

5.11.11. The notification sent to the e-mail and/or phone number indicated in the Insurance Agreement/Policy shall be deemed delivered/received on the day it was sent.

5.11.12. In case a notification is sent to the Policyholder/Insured on a day different from what is specified in the Agreement/Policy on the e-mail address or phone number, the notification shall be deemed delivered on the day it was received by the Policyholder/Insured if the latter confirms receipt of the notification on the day it was received.

5.11.13. In case information regarding change in address, location, email and/or phone number or other details are not immediately sent to the Insurer, any cooresponcdence / message sent to the address/email/phone number indicated in the insurance shall be deemed received by the Policyholder/Insured.

5.11.14. A written notification is deemed delivered in case any capable family member living with the Policyholder/Beneficiary takes it at the address indicated by the Party. In case the party, any capable member of their family refuses to take the notification, the notification shall be deemed delivered.

5.11.15. The insurance was drawn up in two copies, each copy has 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.

6. ჯიპაიის პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებები

6.1. პირადი ექიმის სამსახური

6.1.1. ქ. თბილისი - სამედიცინო ცენტრი « კურაციო » - ოთარ ლორთქიფანიძის ქ. #31; ტელ. : 2 43 01 01; mygpi.ge-ით ჩაწერა

6.1.2. ქ. თბილისი - საოჯახო მედიცინის ქართულ ამერიკული კლინიკა - ბერბუკის ქ. #10; ტელ. : 2 33 08 33; 2 21 35 03

6.1.3. ქ. თბილისი - შპს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინგოროყვას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკა– წინანდლის ქ. #9; ტელ: 218 07 98

6.1.4. ქ. თბილისი - სს ვერე XXI -თბილისი, ლეო ქიაჩელის ქ.#18 -ტელ. : +995322157877

6.1.5. ქ.თბილისი -„მედისონ ჰოლდინგი“, მუხიანი - ა.გობრონიძის ქ.#27 ტელ: 995 032 2470606

6.1.6. ქ. თბილისი - შპს ბიჯი უნიმედი -თბილისი, რუსთავის გზატკეცილი, №2

6.1.7. ქ. ბათუმი - შპს მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალი მედცენტრი - პუშკინის ქ. #118; ტელ.: 0 422 27 83 24; mygpi.ge-ით ჩაწერა

6.1.8. ქ. ბათუმი - შპს დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი-ბათუმი - პ.ბაგრატიონის ქ N 129

6.1.9. ქ. რუსთავი - კლინიკა რუსთავი - VI I მ/რ; ტელ. : 27 59 95; mygpi.ge-ით ჩაწერა

6.1.10. ქ. ზუგდიდი -სს „ევექსის კლინიკები“ -ზუგდიდის პოლიკლინიკა - ზუგდიდის, კოსტავას ქ.№1; ტელ.:-255-0505

6.1.11. ქ. თელავი - სს "ევექსის ჰოსპიტლები" - თელავის რეფერალური ჰოსპიტალი- სეხნიაშვილის ქ. 1

6.1.12. ქ. გურჯაანი –შპს ჯეოჰოსპიტალსის გურჯაანის სამედიცინო ცენტრი – გურჯაანი, მარჯანიშვილის 55.

6.1.13. ქ. საგარეჯო – –შპს ჯეოჰოსპიტალსის მრავალპროფილიანი სამედიცინო ცენტრი – კახეთის გზატკეცილი 13.

6.1.14. ქ. ბორჯომი - შპს ჯეო ჰოსპიტალს - ბორჯომის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი – სააკაძის ქ. #2; ტელ.: 2 48 72 22

6.1.15. ქ. გორი - ავერსის კლინიკა - გორის ფილიალი N 2 მის: გორი, სამეფოს ქ 78

6.1.16. ქ. ქუთაისი - შპს ჯეო ჰოსპიტალს- ქუთაისის ცენტრალური საავადმყოფო - სოლომონ პირველის ქ. #10. ტელ.: 24 63 22; mygpi.ge-ით ჩაწერა

6.1.17. ქ. ქუთაისი - კლინიკა ლჯ - ჩეჩელაშვილის ქ. 6ა; ტელ.: 24 39 35; mygpi.ge-ით ჩაწერა

6.1.18. ქ. ფოთი - იკამედი ფოთი - ერეკლე II ქ 40; ტელ.: 27 91 91; mygpi.ge-ით ჩაწერა

6.2. პრივილეგირებული პროვაიდერული ქსელის კლინიკები

6.2.1. დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრები - თ. აბულაძის ქ. #8, ტელ.: 2913119; 2913242; მარიჯანის ქ. #2ბ, ტელ.: 2186186; 2186187;

6.2.2. მედ ინვესტმენტი (დ ტატიშვილის ვ.ფშაველას ფილიალი თბილისი, ვაჟა-ფშაველას 76 ბ; tel: 0322800819

6.2.3. შპს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა – წინანდლის ქ. #9; ტელ: 218 07 98

6.3. სტომატოლოგიური მომსახურება

მედი (სტანდარტი, კლასიკი, პრემიუმი)- გეგმიური/გადაუდებელი

6.3.1. ქ. თბილისი - « ინტერმედ ტური უნივერსი » - სულხან ცინცაძის ქ.#35; ტელ. : 2 43 02 02 – 20% ფასდაკლება

6.3.2. ქ. თბილისი - « დენტავიტა » - ვაჟა- ფშაველას გამზ.,I შესახ.№1/43; ტელ: 2 32 41 88; 2 32 35 69 - 30% ფასდაკლება

6.3.3. ქ. თბილისი - «დოლიძე თამარ (მედი–დენტ +) »- არაყიშვილი 1 ჩიხი#5; ტელ. 2 91 49 35

6.3.4. ქ. თბილისი - «ზენ დენტალი » - მ.კოსტავას 63 (გმირთა მოედანის მიმდებარედ); ტელ. : 555702737 - 30% ფასდაკლება

6.3.5. ქ.თბილისი- შპს მარიკა კუბლაშვილის სტომატოლოგიური ცენტრი - გივი კარტოზიას 4 ტელ. : 577090505

6.3.6. ქ. თბილისი- „ზათიაშვილი თამარ - "დენტუსი"- აღმაშენებლის გამზ. 175/2; ტელ.: 0322306932

6.3.7. ქ. რუსთავი - შპს მედქორნერ- რუსთავი, ჟიული შარტავას გამზ., N 12ა, ბლოკი ა, სართ. 2- 595221112; 595737755;

6.3.8. ქ. ბათუმი -შპს სტომატოლოგიური ცენტრი j-smile -ბათუმი. გორგილაძის 96-0422292378; 593281048; 557561229

6.3.9. ქ. ქობულეთი- elite dent+; აღმაშენებლის N126; ტელ: 0426 26 71 10

6.3.10. ქ. თელავი – « ნოვომედი სტომატოლოგია » - ი. ჭავჭავაძის ქ. #54 ტელ. : 2 7 30 33

6.3.11. ქ. ქუთაისი – « ქუთაისის რეგიონალური სტომატოლოგიური ცენტრი » - რუსთაველის ქ. #6; ტელ. : 2 4 19 88; 2 4 37 77

6.3.12. ქ. ქუთაისი-« დენტალ ლუქსი » - თამარ მეფის #42- (0431)243560; 0 790555757

6.3.13. ქ. ზუგდიდი – « ზუგდიდის სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა » - ზ. გამსახურდიას ქ. #30; ტელ. : 32 50 51

6.3.14. ქ. ფოთი – - ინდ მეწარმე ქორქია ქრისტინე- ფოთი, ჩხეიძის #3/1; (0493)221020; 598180738

6.3.15. ქ. სენაკი- « ხუფენია ანასტასია - სენადენტი » - ჭავჭავაძის ქ. #80; 0413273100; 599999792; 577146188

6.4. სტომატოლოგიური მომსახურება

მედი (სტანდარტი, კლასიკი, პრემიუმი)- ორთოპედია/ორთოდონტია

6. PROVIDES CLINICS

6.1. Physician Service

6.1.1. Tbilisi - Medical centre « Curatio » - 31 Lortkipanidze Str.; Phone: 2 43 01 01; appointment with mygpi.ge

6.1.2. Tbilisi – Medical House – 10 Berbuki Str., tel: 2 33 08 33; 2 21 35 03

6.1.3. Tbilisi - High technology medical center - 9 Tsinandali Str, Tbilisi tel: 218 07 98

6.1.4. Tbilisi – JSC Vere XXI – 18 Leo Kiacheli Str., +995322157877

6.1.5. Tbilisi – Medison Holding -27 A.Gobronidze; Phone: 995 032 2470606

6.1.6. Tbilisi – LLC BG Unimedi – Tbilisi, Rustavi Highway, No. 2

6.1.7. Batumi – High-tech Multidisciplinary Hospital Medcenter – 118 Pushkini Str., Tel: 0 422 27 83 24; appointment with mygpi.ge

6.1.8. Batumi - David Tatishvili Medical Center Ltd. - Batumi - P. Bagrationi St. N 129

6.1.9. Rustavi - Clinic Rustavi - VI I M/D; Phone: 27 59 95; appointment with mygpi.ge

6.1.10. Zugdidi – JSC Evex Clinic – Zugdidi Polyclinic – 1 Kostava Str., Zugdidi, Tel: 255-0505

6.1.11. Telavi – JSC Evec Hospitals – Referral Hospital of Telavi – 1 Sekhniashvili Str.,

6.1.12. Gurjaani – Gurjaani Medical Center of Geohospitals LLC – 55 Marjanishvili Str., Gurjaani

6.1.13. Sagarejo – Multidisciplinary Medical Center of Geohospitals – Kakheti Highway 13.

6.1.14. Borjomi – Geohospitals LLC, Multidisciplinary Medical Center – 2 Saakadze Str., =2 48 72 22

6.1.15. Gori – Aversi Clinic – Gori Branch N2, Add: 75 Samepo 75, Gori

6.1.16. Kutaisi – Geohospitals – Kutaisi Central Hospital - 10 Solomon Pirveli Str.; Phone: 0431 24 63 22; appointment with mygpi.ge

6.1.17. Kutaisi – Clinic LJ – 6a Chechelashvili, Tel: 24 39 35; appointment with mygpi.ge

6.1.18. Poti – Ikamedi Poti – 40 Erekle II Str., Tel: 27 91 91; appointment with mygpi.ge

6.2. Privileged Provided Clinic Chains

6.2.1. D. Tatishvili Medical Centers – 8 T. Abuladze Str., Tel: 2913119; 2913242; 2b Marijani str. Tel: 2186186; 2186187;

6.2.2. Med Investment (D. Tatishvili clinic; Vaja Pshavela 76b, tel: 0322800819)

6.2.3. High Technology Medical Center University Clinic LLC – 9 Tsinandali Str; Tel: 218 07 98

6.3. Dental Service

Medi (Standard, Classic, Premium) – Planned/Urgent

6.3.1. Tbilisi - « Univers Dental» (Intermed Turi Ltd); 35 Sulkhan Tsintsadze str.; Phone : 3224430202

6.3.2. Tbilisi - « Dentavita » - Vazha Pshavela 1st turn #1/43; Phone : 2 32 35 69; 2 32 41 88,

6.3.3. Tbilisi – Dolidze Tamar (Medi-Dent +) – Arakishvili 1st Alley; Phone: 2 91 49 35,

6.3.4. Tbilisi - « Zen Dental » - 63 M. Kostava, Tbilisi; Phone: 555 702 737,

6.3.5. Tbilisi – LLC Marika Kublaashvili Dental Center – 4 Givi Kartozia St. Tel: 577090505

6.3.6. Tbilisi – Tamar Zatiashvili – "Dentusi" – 175/2 Aghmashenebeli Ave. Tel: 0322 306932

6.3.7. Rustavi – “Medcorner” – 12a Zhiuli Shartava ave., Block A, Floor 2, Tel: 0322111241; 595 22 11 12; 595 73 77 55

6.3.8. Batumi – Dental Clinic J-Smile - 96 Gorgiladze str.; Phone: 0422292378; 593281048; 557561229,

6.3.9. Kobuleti - « Elite-dent+ » - 126 Aghmashenebeli str.; Phone: 0426 26 71 10,

6.3.10. Telavi - « Novomedi » - 54 I. Chavchavadze str.; Phone : 27 30 33,

6.3.11. Kuraisi - « Kutaisi Regional Dental centre » - 6 Rustaveli str.; Phone: 2 4 19 88; 2 4 37 77,

6.3.12. Kutaisi – Dental Lux – 42 Tamar Mepe Str, TEL: 0431243560; 0790555757,

6.3.13. Zugdidi – Zugdidi Dental Polyclinic, 30 Z. Gamsakhurdia Str., Tel: 32 50 51,

6.3.14. Poti - Family Dent, Individual entrepreneur Korkia Kristine – 3/1 Chkheidze str.; (0493)221020; 598180738;

6.3.15. Senaki – Senadent – Khupenia Anastasia – 80 Chavchavadze Str., 0413273100; 599999792; 577146188,

6.4. Dental Service

Medi (Standard, Classic, Premium) – Orthopedic, Orthodontic Medical Service

6.4.1. Tbilisi - « Univers Dental» (Intermed Turi Ltd); 35 Sulkhan

6.4.1. ქ. თბილისი - ≪ ინტერმედ ტური უნივერსი ≫ - სულხან ცინცაძის ქ.#35; ტელ. : 2 43 02 02 – 20% ფასდაკლება
6.4.2. ქ. თბილისი - ≪ დენტავიტა ≫ - ვაჟა- ფშაველას გამზ.,I შესახ.№1/43; ტელ: 2 32 41 88; 2 32 35 69 - 30% ფასდაკლება
6.4.3. ქ. თბილისი - ≪შპს +ულტრა დენტი ≫ - გამრეკლის ქ. #7; ტელ. : 2 14 12 68 30% ფასდაკლება
6.4.4. ქ. თბილისი - ≪დოლიძე თამარ (მედი–დენტ +) ≫- არაყიშვილი 1 ჩიხი#5; ტელ. 2 91 49 35 - 30% ფასდაკლება
6.4.5. ქ. თბილისი - ≪ზენ დენტალი ≫ - მ.კოსტავას 63 (გმირთა მოედანის მიმდებარედ); ტელ. : 555702737 - 30% ფასდაკლება
6.4.6. ქ.თბილისი- შპს მარიკა კუბლაშვილის სტომატოლოგიური ცენტრი - გივი კარტოზიას 4 ტელ. : 577090505
6.4.7. ქ. თბილისი- „ზათიაშვილი თამარ - "დენტუსი"- აღმაშენებლის გამზ. 175/2; ტელ.: 0322306932
6.4.8. ქ. რუსთავი - შპს მედქორნერ- რუსთავი, ჟიული შარტავას გამზ., N 12ა, ბლოკი ა, სართ. 2- 595221112; 595737755;- 30% ფასდაკლება
6.4.9. ქ. ბათუმი -შპს სტომატოლოგიური ცენტრი j-smile -ბათუმი. გორგილაძის 96-0422292378; 593281048; 557561229- 30% ფასდაკლება
6.4.10. ქ. ქობულეთი- elite dent+; აღმაშენებლის N126; ტელ: 0426 26 71 10 - 30% ფასდაკლება
6.4.11. ქ. თელავი – ≪ ნოვომედი სტომატოლოგია ≫ - ი. ჭავჭავაძის ქ. #54 ტელ. : 2 7 30 33 - 30% ფასდაკლება
6.4.12. ქ. ქუთაისი – ≪ ქუთაისის რეგიონალური სტომატოლოგიური ცენტრი ≫ - რუსთაველის ქ. #6; ტელ. : 2 4 19 88; 2 4 37 77- 30% ფასდაკლება
6.4.13. ქ. ქუთაისი-≪ დენტალ ლუქსი ≫ - თამარ მეფის #42- (0431)243560; 0 790555757 - 30% ფასდაკლება
6.4.14. ქ. ზუგდიდი – ≪ ზუგდიდის სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა ≫ - ზ. გამსახურდიას ქ. #30; ტელ. : 32 50 51- 30% ფასდაკლება
6.4.15. ქ. ფოთი – - ინდ მეწარმე ქორქია ქრისტინე- ფოთი, ჩხეიძის #3/1; (0493)221020; 598180738- 30% ფასდაკლება
6.4.16. ქ. სენაკი- ≪ ხუფენია ანასტასია - სენადენტი ≫ - ჭავჭავაძის ქ. #80; 0413273100; 599999792; 577146188 - 30% ფასდაკლება

6.5. სააფთიაქო ქსელი
6.5.1. შპს პსპ ფარმა
6.5.2. შპს ავერსი-ფარმა
6.5.3. შპს ფარმადეპო
6.5.4. შპს ჯიპისი აფთიაქი

მზღვეველი უფლებამოსილია ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში შეცვალოს ერთი ან რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერი.

Tsintsadze str.; Phone : 3224430202, 50% discount
6.4.2. Tbilisi - « Dentavita » - Vazha Pshavela 1st turn #1/43; Phone : 2 32 35 69; 2 32 41 88, 30% discount
6.4.3. Tbilisi – Dolidze Tamar (Medi-Dent +) – Arakishvili 1st Alley; Phone: 2 91 49 35, 30% discount
6.4.4. Tbilisi – "+Ultradent " - 7 Gamrekeli (former Kutuzovi) Str.; Phone: 2 141268, 30% discount
6.4.5. Tbilisi - « Zen Dental » - 63 M. Kostava, Tbilisi; Phone: 555 702 737, 30% discount
6.4.6. Tbilisi – LLC Marika Kublaashvili Dental Center – 4 Givi Kartozia St. Tel: 577090505, , 30% discount
6.4.7. Tbilisi – Tamar Zatiashvili – "Dentusi" – 175/2 Aghmashenebeli Ave. Tel: 0322 306932, , 30% discount
6.4.8. Rustavi – "Medcorner" – 12a Zhiuli Shartava ave., Block A, Floor 2, Tel: 0322111241; 595 22 11 12; 595 73 77 55, 30% discount
6.4.9. Batumi – Dental Clinic J-Smile - 96 Gorgiladze str.; Phone: 0422292378; 593281048; 557561229, 30% discount
6.4.10. Kobuleti - « Elite-dent+ » - 126 Aghmashenebeli str.; Phone: 0426 26 71 10, , 30% discount
6.4.11. Telavi - « Novomedi » - 54 I. Chavchavadze str.; Phone : 27 30 33, 30% discount
6.4.12. Kuraisi - « Kutaisi Regional Dental centre » - 6 Rustaveli str.; Phone: 2 4 19 88; 2 4 37 77, 30% discount
6.4.13. Kutaisi – Dental Lux – 42 Tamar Mepe Str, TEL: 0431243560; 0790555757, 30% discount
6.4.14. Zugdidi – Zugdidi Dental Polyclinic, 30 Z. Gamsakhurdia Str., Tel: 32 50 51, 30% discount
6.4.15. Poti - Family Dent, Individual entrepreneur Korkia Kristine – 3/1 Chkheidze str.; (0493)221020; 598180738; 30% discount
6.4.16. Senaki – Senadent – Khupenia Anastasia – 80 Chavchavadze Str., 0413273100; 599999792; 577146188, 30% discount

6.5. **Pharmacy chain**
6.5.1. PSP Pharm LLC
6.5.2. Aversi Pharm LLC
6.5.3. Pharmadepot LLC
6.5.4. GPC LLC

The Insurer is entitled to change one or several medical providers throughout the insurance validity period.

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

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 _____