

ჭიპიანი

პენის სადაზღვევო ჯგუფი



პოლისი მედი ექსკლუზივი

პრემიუმი | კლასიკი | სტანდარტი
ჯანმრთელობის დაზღვევის ინდივიდუალური პროგრამა

მომსახურების ჩამონათვალი	პრემიუმი	კლასიკი	სტანდარტი
24 საათიანი ცხელი ხაზის მომსახურება,	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო
ექიმის 24 საათიანი სატელეფონო კონსულტაცია	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო
რთული სამედიცინო შემთხვევების მართვა	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო
პროფილაქტიკური გამოკვლევები (მათ შორის სტომატოლოგიაზე)	100% წელიწადში ერთხელ	100% წელიწადში ერთხელ	100% წელიწადში ერთხელ
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	100% 10 გამოძახება	100% 6 გამოძახება	100% 5 გამოძახება
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება, უბედური შემთხვევის გამო გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100% 25000 ლარი	100% 22000 ლარი	100% 20000 ლარი
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება (მოცდის პერიოდი 12 თვე)	100%	100%	90%
დღის სტაციონარული მომსახურება (მოცდის პერიოდი 12 თვე)	90%	80%	70%
ჰოსპიტალიზაცია პროვაიდერში გამონაკლისის და მოცდის პერიოდის მიღმა	10-40%	10-40%	10-40%
ფულადი კომპენსაცია	100 ლარი/დღე, მაქს. 10 დღე	80 ლარი/დღე, მაქს. 10 დღე	70 ლარი/დღე, მაქს. 10 დღე
მეორე აზრის მოძიება	100% ერთხელ	100% ერთხელ	100% ერთხელ
მშობიარობა	100% 1000 ლარი	100% 800 ლარი	100% 700 ლარი
პირადი ექიმის მომსახურება	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო	100% ულიმიტო
ამბულატორია ლიმიტის ზემოთ კლინიკა კურაციოში	60% ულიმიტო	50% ულიმიტო	50% ულიმიტო
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	100%	100%	100%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, ორსულობა პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე	90%	80%	70%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, ორსულობა პპ კლინიკებში	90%	80%	70%
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, ორსულობა ნებისმიერ კლინიკაში	90%	70%	60%
მედიკამენტები სხვა აფთიაქში	80%	70%	60%
მედიკამენტები PSP აფთიაქის ქსელში	90%	80%	70%
ფასდაკლება ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებები/არარეგისტრირებული მედიკამენტები; გამონაკლისებში მითითებული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები (პროვაიდერ სააფთიაქი ქსელში)	30% ულიმიტო	30% ულიმიტო	30% ულიმიტო
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება	100% 1000 ლარი	100% 1000 ლარი	100% 1000 ლარი
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება	80% 1000 ლარი	70% 1000 ლარი	50% 1000 ლარი
ორთოპედიული/ორთოდონტული სტომატოლოგიური მომსახურება	10-30% ულიმიტო	10-30% ულიმიტო	10-30% ულიმიტო

დამატებითი
მომსახურება:

	პრემიუმი	კლასიკი	სტანდარტი
დაზღვევის თვიდან მე-13	გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება	გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება	გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება
დაზღვევის თვიდან მე-13	დღისსტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ანულატორიული მანიპულაციები	დღისსტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ანულატორიული მანიპულაციები	დღისსტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ანულატორიული მანიპულაციები
დაზღვევის თვიდან 25-ე	დიაგნოსტიკური კორონაროგრაფია	დიაგნოსტიკური კორონაროგრაფია	დიაგნოსტიკური კორონაროგრაფია
დაზღვევის თვიდან 25-ე	ორსულობა/მშობიარობა	ორსულობა/მშობიარობა	ორსულობა/მშობიარობა
დაზღვევის თვიდან 50-ე	დამატებითი მომსახურება ჰოსპიტალიზაციისას	დამატებითი დღეული მომსახურება ჰოსპიტალიზაციისას	დამატებითი მომსახურება ჰოსპიტალიზაციისას
დაზღვევის თვიდან 65-ე	ენდოპროთეზი (3000 ლარის ფარგლებში)	ენდოპროთეზი (2500 ლარის ფარგლებში)	ენდოპროთეზი (2000 ლარის ფარგლებში)
დაზღვევის თვიდან 72-ე	თანდაყოლილი დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა	თანდაყოლილი დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა	თანდაყოლილი დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა

1. ოზონის განმარტებები

- 1.1. მზღვეველი** - სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი".
- 1.2. დამზღვევი** - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც იხდის სადაზღვევო შენატანს დაზღვეულის სასარგებლოდ.
- 1.3. დაზღვეული** -1-დან 60 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქე, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა(ამასთან პირი რომელსაც 59 წლის ასაკში შემენილი აქვს აღნიშნული პროდუქტი დაზღვევას ექვემდებარება 65 წლამდე).
- 1.4. სადაზღვევო ხელშეკრულება/პოლისი** - წინამდებარე ხელშეკრულება
- 1.5. სადაზღვევო პრემია (შენატანი)** - დამზღვევის მიერ დაზღვეულის სასარგებლოდ გადასახდელი სადაზღვევო პოლისის წლიური ღირებულება, რომელსაც დამზღვევი უხდის მზღვეველს პოლისში მითითებული მომსახურების გაწევის სანაცვლოდ.
- 1.6. ლიმიტი** -სადაზღვევო პოლისში მითითებული კონკრეტული მომსახურების ანაზღაურების მაქსიმალური წლიური ლიმიტი, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი იღებს ვალდებულებას აუნაზღაუროს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები. მზღვეველის მიერ წინამდებარე ხელშეკრულების შესაბამისად სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა იწვევს ლიმიტის შემცირებას მზღვეველის მიერ გაცემული სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობით.
- 1.7. სადაზღვევო შემთხვევა** - წინამდებარე პოლისით განსაზღვრულია მზღვეველის მიერ სადაზღვევო შემთხვევად აღიარებული შემთხვევები, რომელთა დადგომისას წარმოიშობა მზღვეველის ვალდებულება, გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება ამ პოლისის პირობების შესაბამისად.
- 1.8. სადაზღვევო ანაზღაურება** - სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მზღვეველის მიერ წინამდებარე პოლისის პირობების შესაბამისად მოსარგებლისთვის გადასახდელი თანხა.
- 1.9. მოცდის პერიოდი** - პერიოდი, რომელიც აითვლება სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისიდან და რომლის განმავლობაშიც დაზღვეულს მზღვეველის მიერ არ აუნაზღაურდება არანაირი მომსახურების ხარჯები ან კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.
- 1.10. დაფარვა** - სადაზღვევო პოლისში მითითებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების პროცენტული წილი, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი იღებს ვალდებულებას აუნაზღაუროს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.
- 1.11. თანგადახდა** - სამედიცინო მომსახურების მთლიანი ღირებულების დაზღვეულის მიერ გადასახდელი ნაწილი.
- 1.12. 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 კლნიკების ჩამონათვალი მოცემულია ვებ-გვერდზე: www.gpih.ge
- 1.13. პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება** - სამედიცინო დაწესებულებები, სადაც სამედიცინო მომსახურებები ფინანსდება სახელმწიფო, მუნიციპალური, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური ანდა ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტებიდან;
- 1.14. მოსარგებლე** - დაზღვეული, სამედიცინო დაწესებულება ან ნებისმიერი ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის

და წინამდებარე ხელშეკრულების შესაბამისად უფლებამოსილია მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება.

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

1.16. საწოლ/დღე - ჰოსპიტალური (სტაციონარული) ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული სამედიცინო მომსახურება პაციენტის დამოსთვეით დაყოვნებისას.

1.17. პალატა:

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

1.17.2. არასტანდარტული პალატა - ინდივიდუალური კომფორტის მიზნით გაუმჯობესებული პალატა.

1.17.3. რეანიმაციული პალატა - პალატა, რომლის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვა სრულად უზრუნველყოფს რეანიმაციული ღონისძიებების სრული მოცულობით მიწოდებას.

1.18. საოჯახო პაკეტი - ოჯახის წევრთა (მეუღლე 65 წლამდე და შვილები 21 წლამდე) რაოდენობის მიუხედავად ოჯახის ყველა წევრისათვის არჩეული ერთიდაიგივე პაკეტი, რომლის მოქმედების პერიოდი იწყება ერთ თარიღში და რომლის პრემიის განისაზღვრება დაზღვეულ ოჯახის წევრთა ინდივიდუალური პრემიის ჯამზე დამზღვევთან შეთანხმებული ფასდაკლებით. ოჯახის წევრთა რაოდენობის მიუხედავად, საოჯახო პოლისის ლიმიტი საერთოა ყველა წევრისთვის და წარმოადგენს მათ ჯამურ ლიმიტს

2. პოლისით გათვალისწინებული სადაზღვევო მომსახურებების განმარტებები და მომსახურების მიღების წესი:

2.1. 24 საათიანი სტელეფონო კონსულტაცია - ითვალისწინებს მიმდინარე სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებულ სადღეღამისო სტელეფონო კონსულტაციას, პრობლემატური საკითხების მოგვარებას, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება-კოორდინაციას.

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, ზარათის შესაბამისად.

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

- დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი უკავშირდება კომპანიის ცხელ ხაზს. ცხელი ხაზის მეშვეობით კონტრაქტორი სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადისთვის სადაზღვევო პოლისისა და 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: სადაზღვევო ბარათი; პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ჩატარებული მომსახურების დამადასტურებელი სამედიცინო დოკუმენტაცია და გადახდის დამადასტურებელი ფინანსური დოკუმენტაცია - ფინანსთა სამინისტროს მიერ დადგენილი ფორმით სტამბური წესით დაბეჭდილი ჩვეთან გათანაბრებული დოკუმენტი ან დოკუმენტი, სადაც მოცემულია დეტალური განფასება/კალკულაცია და სალაროს ქვითარი.

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

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 ინსტრუმენტული გამოკვლევების, ასევე სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტებთან მიმართებით უზრუნველყოფას, კონსულტაციების დაგეგმვა-ორგანიზებას, საჭიროების შემთხვევაში მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნას.

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

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

ქალბატონებისთვის				
სამედიცინო მომსახურების წლიური ჯერადობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით				
სამედიცინო მომსახურება	ასაკობრივი ჯგუფები			
	1-15	15- 29	30-49	50-60
სისხლის საერთო ანალიზი	1	1	1	1
შაქარი სისხლში				1
ქოლესტერინი		1	1	1
შარდის საერთო ანალიზი	1	1	1	1
განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე			1	1
პაპტესტი		1	1	1
მამოგრაფია			1	1
ეკგ			1	1
ექსკოპია		1	1	1
ონკოლოგის კონსულტაცია			1	1

მამაკაცებისთვის				
სამედიცინო მომსახურების წლიური ჯერადობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით				
სამედიცინო მომსახურება	ასაკობრივი ჯგუფები			
	1-15	15- 29	30-49	50-60
სისხლის საერთო ანალიზი	1	1	1	1
შაქარი სისხლში				1
ქოლესტერინი		1	1	1
შარდის საერთო ანალიზი	1	1	1	1
განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე			1	1
ეკგ			1	1
ექსკოპია		1	1	1
სიგმოიდოსკოპია				1
ონკოლოგის კონსულტაცია				1
PSA				1
უროლოგის კონსულტაცია				1

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

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, ბავშვებში ფტო-ლაკის აპლიკაცია, ვიდეო კამერით დათვალიერება.

მომსახურების მისაღებად: დაზღვეული მიმართავს კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურს“, რომელიც უზრუნველყოფს პროფილაქტიკური მომსახურების ჩატარებას.

2.6. ჰოსპიტალური მომსახურება: ჰოსპიტალური მომსახურება (მკურნალობა, რომლის დროსაც ჰოსპიტალში დაყოფენ ადამატიბა ერთ საწოდ დღეს)

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 გარდაუვალი დაზღვეულის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და რომლებიც დაზღვეულს გაეწევა სამედიცინო დაწესებულებაში ისე, რომ პაციენტი იკავებს საწოდ სამედიცინო დაწესებულებაში ერთი საწოდ/დღე და მეტი ხნით.

ანაზღაურებას ექვემდებარება მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების ხარჯები წინამდებარე დაზღვევის პოლისში განსაზღვრული გადაუდებელი შემთხვევების ამ ხელშეკრულებით განსაზღვრული პოლიტიურისის შესაბამისად. აგრეთვე, ანაზღაურდება ინფექციური მართვის პროგრამის ფარგლებში 18 წლამდე ასაკის პირთათვის ანდა საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის #36 დადგენილებით განსაზღვრული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების (გარდა I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) და საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 31 ოქტომბრის 279 დადგენილებით „2013 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ გათვალისწინებული „ინფექციური დაავადებების მართვის“ პროგრამით განსაზღვრული შემთხვევები.

2.6.1.1. გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება ჩამონათვალი (პოლიტიური სია):

D65 დისემინირებული სისხლძარღვში დაშედედება [დეფიბრინაციული სინდრომი]

A05 საკვებისმიერი ინტოქსიკაციები

ალერგოლოგია

J45 ასთმა (შეტევათა სტადია). ალერგია ანაფილაქსიური მდგომარეობისა და ხორხის შეშუპების განვითარების ტენდენციით

J46 ასთმურისტატუსი (status asthmaticus)

L50 ურტიკარია.

T78.1 საკვების მავნე რეაქციები (კვებითი ალერგია).

T78.3 ანგიონევროზული შეშუპება.

T78.4 ალერგია, დაუზუსტებელი (ალერგია მწერის ნაკბენზე).

T88.7 პათოლოგიური რეაქცია სამკურნალო საშუალებაზე, ან მედიკამენტზე დაუზუსტებელი (წამლისმიერი) ალერგია

T80.6 შრატისმიერი დაავადება

ანგიოლოგია, ოპერაციები ზოგადი გაუტკივარებითა და ინტენსიური თერაპიით

I26 ფილტვისარტერიის (ვენის) ინფარქტი, თრომბოემბოლია, თრომბოზი.

I74 არტერიებისემბოლიადათრომბოზი.

I71.3 მუცლისაორტისანევრიზმა, გამსკდარი.

I71.5 თორაკოაბდომინურიორტისანევრიზმაგასკდომით.

I72 ანევრიზმებისსხვაფორმები (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 ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი, კეტოაციდოზით (მძიმე დიაბეტური კეტოაციდოზი, ჰემოდინამიკური ან ნევროლოგიური დარღვევებით, რესპირატორული უკმარისობით ან მძიმე აციდოზით)

E03.5 მიქსედემური კომა

პულმონოლოგია

J18 პნევმონია

კარდიოლოგია (ქირურგიული და ინვაზიური ჩარევის გარეშე)

I21 მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი

I20.0 არასტაბილური სტენოკარდია

I50.1 მარცხენა პარკუჭოვანი უკმარისობა, მწვავე

I50.9 გულის მწვავე უკმარისობა

I47 პაროქსიზმული ტაქიკარდია (ჰემოდინამიკის მძიმე დარღვევით)

I48 წინაგულეების 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-

კუნთოვანიავადმყოფობები/ნერვულისისტემისსხვადაზიანებები:

G70Myasthenia gravis (მძიმე მიასთენია)

G41 ეპილეფსიური სტატუსი

G93.2 კეთილთვისებიანი ქალაშიდა ჰიპერტენზია მწვავედ განვითარებული ნეიროქირურგია

ოპერაციული მკურნალობა/ინტენსიური თერაპია:

S06.4 ეპიდურული სისხლჩაქცევა

I61 ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა

G93.5 თავის ტვინის კომპრესია

G93.6 ცერებრული შეშუპება

G91 ჰიდროცეფალიამწვავედ განვითარებული

ნევროლოგია

N17 თირკმლის მწვავე უკმარისობა (ურემიული ენცეფალოპათია, ჰიპერკალემია, აციდოზი, ჰემოსტაზის დარღვევა)

N00 მწვავე ნეფრიტული სინდრომი (რენული ენცეფალოპათია, გულის შეგუბებითი უკმარისობა, თირკმლის მწვავე უკმარისობა)

N10 მწვავე ტუბულო-ინტერსტიციული ნეფრიტი [მწვავე პიელონეფრიტი]

ოტოლარინგოლოგია

ა)IV სირთულის ოპერაციები

J01 მწვავე სინუსიტი (ქალასშიდა ან ორბიტალური გართულებებით)

G06.0 ინტრაკრანიალური და ინტრასპინალური აბსცესი და გრანულომა

H83.0 მწვავე ლაბირინთიტი

H66.4 შუა ყურის ჩირქოვანი ანთება, დაუზუსტებელი (გართულებული მასტოიდიტით)

H66.2 შუა ყურის ქრონიკული ეპიტიმპანურ-ანტრალური ჩირქოვანი ანთება (გართულებული სახის ნერვის ნევრიტით))

H66.3 შუა ყურის სხვა ქრონიკული ჩირქოვანი ანთება (გართულებული სახის ნერვის ნევრიტით)

ბ)III სირთულის ოპერაციები

J39.0 რეტროფარინგეული და პარაფარინგეული აბსცესი

J05 მწვავე ობსტრუქციული ლარინგიტი და ეპიგლოტიტი

(მომესუნთქვის უკმარისობა, ცენტრალური ცინოზი, სატურაციის დაქვეითება)

გ) უკანა ტამპონადა

R04.0 ცხვირიდან სისხლდენა (უკანა ტამპონადით)

რევმატოლოგია და მეტაბოლური დარღვევები

M10 პოდაგრა (გამწვავებელი, 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 - შარდისბუშტისკათეტერიზაცია, ცისტოსტომა)

N23 დაუზუსტებელი თირკმლის ქვალი (ცისტოსკოპია, კათეტერიზაცია, ურეთერორენოსკოპია)

N47 გრძელი ჩუჩა, ფიმოზი, პარაფიმოზი

N44 სათესლე ჯირკვლის შემოგრება

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

R33 შარდის შეკავება

ქირურგია

ა) IV სირთულის ოპერაციები

A48.0 აიროვანი 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 ელენტის ტრავმა

S36.9 მუცლის ღრუს დაუზუსტებელი ორგანოს დაზიანება

K43.0 მუცლის წინა კედლის თიაქარი გაუვალობით, განგრენის გარეშე

K45.0 სხვა დაუზუსტებელი 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 ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული ცირკულაციური გართულებებით [დიაბეტური განგრენა]

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

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

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

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

K26.1 თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული მწვავე, პერფორაციით

K65.0 მწვავე პერიტონიტი

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

K81.0 მწვავე ქოლეცისტიტი (ჩირქოვანი, განგრენული)

K40.0 ორმხრივი საზარდულის თიაქარი, გაუვალობით განგრენის გარეშე

K40.1 ორმხრივი საზარდულის თიაქარი, განგრენით

K40.4 ცალმხრივი, ან დაუზუსტებელი საზარდულის თიაქარი, განგრენით

K41.0 ორმხრივი ბარდაყის თიაქარი, გაუვალობით, განგრენის გარეშე

K41.0 ორმხრივი ბარდაყის თიაქარი, განგრენით

K41.4 ბარდაყის ცალმხრივი ან დაუზუსტებელი თიაქარი განგრენით

K42.1 ჭიპის თიაქარი განგრენით

K43.1 მუცლის წინა კედლის თიაქარი განგრენით

K45.1 მუცლის სხვა დაუზუსტებელი თიაქარი განგრენით

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

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

K42.0 ჭიპის თიაქარი გაუვალობით განგრენის გარეშე

K43.0 ვენტრალური ჩაჭედილი თიაქარი გაუვალობით განგრენის გარეშე

K45.0 მუცლის სხვა დაუზუსტებელი 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)

გზა-სახის ქირურგია

ოპერაციები ზოგადი გაუტკივარებით

K10.2 ყბების ანთებითი ავადმყოფობები (პირის ღრუს ფსკერის, ყბისქვეშა, ყბაყურაღეჭი, საფეთქლის მიდამოს ფლეგმონები, რეტრობულბალური და ხახის გვერდ.მიდამ. აბსცესები)

ჰემატოლოგია

ქირურგიული მკურნალობა – სლენექტომია

D69.3 იდიოპათიური თრომბოციტოპენიური პურპურა - კრიზული მდგომარეობის დროს

C94.7 სხვა დაუზუსტებული 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 შემენილი ჰემოლიზური ანემიები - კრიზული მდგომარეობის დროს

2.6.2. ჰოსპიტალური მომსახურება უბედური შემთხვევის გამო

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

მომსახურების მისაღებად: გადაუდებელი

ჰოსპიტალიზაციისას, უბედური შემთხვევით გამოწვეული ჯანმრთელობის უეცარი გაუარესებისას- დაზღვეული, ან სხვა დაინტერესებული პირი, ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ აცნობოს კომპანიის ცხელ ხაზს - გარდა ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინების დაგვიანებისა, რომელიც დადასტურებული უნდა იყოს შესაბამისი დოკუმენტაციით. შეტყობინება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, პოლისის

ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო. შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

- მზღვეველი კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკასთან აწარმოებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან.

- კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო ბარათი; პირადობის მოწმობა; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდით და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურება დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/ვალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

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

2.6.3.1. ამბულატორიული ქირურგიული/დღის ჰოსპიტალური მომსახურება-ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებისას მკურნალობის მიზნითამ ხელშეკრულებით განსაზღვრული პოზიტიური სიით განსაზღვრული შემთხვევებისა და გეგმიური ამბულატორიული მანიპულაციების/ჩარევების/ქირურგიული მკურნალობის სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად, აგრეთვე პოზიტიური სიით განსაზღვრული დაავადებ(ებ)ის/მდგომარეობის/ჩარევების ჰოსპიტალურმკურნალობას, მიუხედავად იმისა, სტაციონარში დაყოვნებისხანგრძლივობააღემატება თუ არა ერთ საწოლ დღეს. ასევე, ნებისმიერი სხვა ქირურგიული ოპერაცია/ჩარევა/მანიპულაცია, რომელიც არ ხდება პოზიტიური სიით განსაზღვრულ ჩამონათვალში და რომლის სტაციონარში მოთავსების სამედიცინო ჩვენება არ აღემატება ერთ საწოლდღეს

პოზიტიური სიით განსაზღვრული შემთხვევები:

გინეკოლოგია

- პოლიპექტომია
- ლაპარასკოპიული მიომექტომია
- ოპერაციები/მანიპულაციები საშვილოსნოს ყელზე
- სამკურნალო

ჰისტეროსკოპია/ჰისტერორეზექტოსკოპია

- კონიზაცია
- აბლაცია
- ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთა და დრენაჟი
- საშოს კისტის ამოკვეთა
- ლაპარასკოპიული სალპინგექტომია
- ლაპარასკოპიული კისტექტომია
- საკვერცხის კისტის ამოკვეთა/ლაპარასკოპიული კისტექტომია

- ენდომეტრიოზთან დაკავშირებული მანიპულაციების/ჩარევების/ქირურგიული მკურნალობა
- შარდსაწვეთისა ან/და შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია/სტენტირება

- ლაზერული და ოპტიკური ურეთროტომია
- შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობებთან, ქალის სასქესო სისტემის არაანთებითი ავადმყოფობებთან, საკვერცხის სხვა და დაუზუსტებელი კისტებთან დაკავშირებული ოპერაციები/მანიპულაციები

- ოვარექტომია
- **კარდიოვასკულარული სისტემა:**
- იმპლანტაცია სტიმულატორებით, დეფიბრილატორებით, პეისმეიკერთა და ელექტროდებით, კარდიოვერსია

- აბლაცია
- სტენტირება
- ოპერაციები/მანიპულაციები ვენებზე
- **ოტორინოლარინგოლოგია:**
- ადენოიდექტომია
- ტონზილექტომია
- ადენოტონზილექტომია
- ნაზალური პოლიპექტომია
- ცხვირის ძვლის რეზექცია
- ნიჟარების დეზინტეგრაცია
- კონხოტომია
- ქრონიკული სინუსიტი - ენდოსკოპიური ოპერაცია
- მირინგოტომია
- ჰაიმოროტომია
- სეპტოპლასტიკა
- **ოფთალმოლოგია:**
- კატარაქტას ოპერაცია
- ლაკრიმალური ჯირკვლის დრენაჟი
- ენტროპიონის/ექტროპიონის ოპერაცია
- კერატოპლასტიკა
- ლაზერო/ფოტოკოაგულაცია
- ენუკლეაცია/ევისცერაცია
- ფტერიგულის ამოკვეთა
- გულის პლასტიკა
- დაკრიოციტორინოსტომია
- დაკრიოციტექტომია
- ვიტრექტომია
- სკლერის პლუმბირება
- ინტრასტრომალური რკალების იმპლანტაცია
- გამჭოლი კერატოპლასტიკა
- YAG ლაზერული ქირურგია
- ოპერაციები საცრემლე არხზე
- ოპერაციები რქოვანაზე
- **გასტროენტეროლოგია:**
- თრომბოზული ჰეპროიდის ამოკვეთა/ლიგირება
- გაურთულებელი ფიზურექტომია
- პოლიპექტომია სწორი ნაწლავიდან
- ენდოსკოპიური პაპილოტომია/სფინქტეროტომია
- ვარიკოზული ვენების (კუჭის, საყლაპავის) ენდოსკოპიური ლიგირება
- ენდოსკოპიური გასტროსტომია
- ენდოსკოპიური პოლიპექტომია
- ენდოსკოპიურად უცხო სხეულის ამოღება
- პარაპროქტიტის დროს-გაკვეთა, დრენირება
- ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაციები
- პაპილოსფინქტეროტომია
- ლაპაროცენტეზი
- ქოლეცისტექტომია
- დერმოიდული/პილონიდური კისტის დრენირება
- **გენიტორინარული ტრაქტი:**
- ტრიაკარული ეპიცისტოსტომია
- ლითოტრიფსია
- ჰიდროცელესთან დაკავშირებული ოპერაციები/მანიპულაციები
- ბალანაპოსტიტის მკურნალობა
- ორქიექტომია
- ორქიოპექსია
- ეპიდიდიმექტომია
- კენჭის ენდოსკოპიური ამოღება
- ცისტოლითოტომია
- პერკუტანული ლაპასია
- **მამოლოგია**
- სარძევე ჯირკვლის რეზექცია
- ფიბროადენომის ამოკვეთა
- კისტების ამოკვეთა
- **ყბა-სახის ქირურგია:**
- ჰაიმორის ღრუში შემავალი კისტის ამოკვეთა
- ქვედა ყბის არხში ჩაზრდილი კისტის ამოკვეთა
- სახის რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა

- სუბპერიოსტალური აბსცესის გაკვეთა
 - პერიოსტიტის ოპერაციული მკურნალობა
 - ხმოვანი იოგების სიმსივნის ენდოსკოპიული ქირურგია
 - ცისტექტომია
 - ანთებადი ინფილტრატის, აბსცესის გახსნა
 - ალვეოლიტის მკურნალობა გამოფხვკის გზით
 - **ქირურგია შერეული:**
 - სიმსივნური წარმონაქმნების ამოკვეთა კანიდან
 - რბილი ქსოვილების კისტების და აბსცესების დრენირება
 - ქვემო კიდურის ვარიკოზული ვენების სტრიპინგი ან ლიგაცია
 - სამკურანალო მიზნით ლიმფური კვანძების ამოკვეთა
 - კათეტერული აბლაცია
 - თორაკოცენტზი
 - (სანაღვლე გზების) დრენირება რენიმიაციის მონიტორინგით
 - კანის აბსცესებთან, ფლეგმონასთან, ფურუნკულთან, კარბუნკულებთან დაკავშირებული ოპერაციები/მანიპულაციები
 - **ორთოპედია, ტრავმატოლოგია:**
 - ფიქსატორის დემონტაჟი რეგიონალური ან ადგილობრივი ანესთეზიით
 - ლაპარასკოპიული ანთროსკოპია/ლაპარასკოპიული მენისკექტომია
 - **უროლოგია**
 - პროსტატის ლაზერული და ოპტიკური ქირურგია ამ მომსახურებისათვის ბარათით დადგენილი თანაგადახდისა და ლიმიტის ფარგლებში დაიფარება აღნიშნული ჩარევების/მანიპულაციების/ქირურგიული მკურნალობის შემდგომი გართულებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯები (იგულისხმება, როგორც დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები, გარდა პოლისის პირობებით განსაზღვრული გადაუღებელი სამედიცინო მომსახურებისა).
 - 2.6.3.2. დამატებითი მომსახურება ჰოსპიტალური მომსახურების (მათ შორის დღის სტაციონარის) დროს** - ითვალისწინებს აყვანილი ექიმის, გაუტკივარების, გაუმჯობესებული პალატის ღირებულებას ანაზღაურებას შესაბამისი სერვისის ლიმიტის და დაფარვის ფარგლებში და ბარათის შესაბამისად.
- მომსახურების მისაღებად: გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის/ქირურგიული/დღის ჰოსპიტალური მომსახურების შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე; იმ შემთხვევაში, თუ გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია/ქირურგიული/დღის ჰოსპიტალური მომსახურება წინასწარ არ არის შეთანხმებული მზღვეველთან და წინასწარ არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია, მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება შესაბამისი სერვისის 10%-ით ნაკლები დაფარვით არჩეული ბარათის ლიმიტის ფარგლებში.**
- დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე სამედიცინო დაწესებულება ხელშეკრულებაში მითითებული კონტრაქტორი კლინიკებიდან. კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად, მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან. საგარანტიო წერილის მისაღებად საჭირო დოკუმენტაცია: მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია და ფორმა #100.
 - კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის

განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი; პირადობის მოწმობა; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურების დეტალური აღწერითა და მომსახურების მიღების თარიღის მითითებით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ქვითარი.

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

მომსახურების მისაღებად: ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 3 (სამი) სამუშაო დღით ადრე. მითითებულ პროვადიერ 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.**

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

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

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

2.7. ამბულატორიული მომსახურება: (სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება ერთი საწოლდღე და ნაკლებად):

2.7.1. გადაუღებელი ამბულატორიული მომსახურება - ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების, (სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები, ამბულატორიული მანიპულაციები, მედიკამენტები) ღირებულების ანაზღაურებას, პოლისის პირობების შესაბამისად, რომელიც დაზღვეულს უნდა

გაეწიოს შემთხვევის დადგომიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში და რომელთა მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან დაინვალიდებას.

პოზიტური სით განსაზღვრული გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევები:

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

გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად:

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

- მზღვეველი კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკასთან აწარმოებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან.

- კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის მოწმობა, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭედი და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურების დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

2.7.2. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება:

დიაგნოსტიკური კვლევები, სამკურნალო მანიპულაციები - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებისას დიაგნოსტიკის მიზნით სპეციალისტის კონსულტაციის, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევების, ამბულატორიული მანიპულაციების /ჩარევების /ქირურგიული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ღირებულების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად.

- **ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ ამბულატორიული მომსახურება კლინიკა კურაციოში:** ითვალისწინებს ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ ამბულატორიული მომსახურების მიღებას კლინიკა კურაციოს მიერ წარმოებულ

სერვისებზე, მათ შორის გამონაკლისში მითითებული დაავადების დროს და CT კვლევას.

მომსახურების მისაღებად:

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

- **კლინიკა კურაციოში:** დაზღვეული მიმართავს კლინიკა კურაციოს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვით კლინიკა კურაციოში, მათ შორის გამონაკლისების პუნქტი # 3.2 მითითებული დაავადებების არსებობისას. პირადი ექიმის მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში სადაზღვევო პირობით გათვალისწინებული თანხის მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი წილის გადახდისგან; ანაზღაურებას არ ექვემდებარება გამონაკლისების პუნქტი # 3.2 მითითებული დაავადებების არსებობისას პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე, აგრეთვე სხვა კლინიკაში მიღებული მომსახურების ხარჯები.

პრივილეგირებული პროვაიდერული ქსელის კლინიკებში:

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

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

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

- **პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე სამედიცინო (კონტრაქტორ (გარდა კურაციო და პპ კლინიკები) და არაკონტრაქტორ) დაწესებულებაში:** მიმართვისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭიროდო კუმენტაცია: სადაზღვევობარათი; პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი; მომსახურე

დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ექიმი სპეციალისტის დანიშნულება, დანიშნულების შესაბამისად ჩატარებული ამბულატორიული მომსახურება, მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

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;

მომსახურების მისაღებად:

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

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

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

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

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

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

2.8.2. ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები / ჰომეოპათიური საშუალებები / არარეგისტრირებული მედიკამენტები - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით, ამბულატორიული მკურნალობის მიზნით, პირადი ექიმის მიერ დანიშნულ ბიოლოგიურად აქტიურ საკვებ დანამატებს / ჰომეოპათიურ საშუალებებს / არარეგისტრირებულ მედიკამენტებს.

მომსახურების მისაღებად: დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატების / ჰომეოპათიური საშუალებების / არარეგისტრირებული მედიკამენტების დანიშნულებას გამოწერს კომპანიის ბლანკზე ან დააფიქსირებს

ელექტრონულად, რითაც პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში დაზღვეული იხდის გამოწერილი საშუალების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით.

2.9. სტომატოლოგიური მომსახურება:

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

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკას.

- კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულებაში მითითებულ კონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან.

- კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს, მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ჩატარებული მომსახურების დეტალური სამედიცინო დოკუმენტაცია, მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

2.9.2. გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება (თერაპიული და ქირურგიული) - ითვალისწინებს

სტომატოლოგის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების (დენტოგრამა, ვიზი, ორთოპანტომოგრამა), თერაპიული (კბილის დაზიანების, ქვებისა და ნადებების მოცილების (დახურული კიურეტაჟი ულტრასტომით და პოლირებით)) და ქირურგიული სტომატოლოგიის (კბილის ამოღების, გეგმიური ქირურგიული მანიპულაციების), ადგილობრივი ანესთეზიის ხარჯების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად.

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

2.9.3. ორთოპედიული სტომატოლოგია - ითვალისწინებს ორთოპედის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების, მოსახსნელი მთლიანი და/ან ნაწილობრივი პროთეზისა და მიკროპროთეზის, მეტალოკერამიკის, მეტალოპლასტმასის, პლასტმასის დაფოლადის აგვირგვინის, ჩანართის, უმეტალოკერამიკისა (გვირგვინების და ვინირების დამზადება) და ბიგელისებრი პროთეზის ღირებულებაზე ფასდაკლებას, პოლისის შესაბამისად.

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

ორთოპედიული / ორთოდონტიული სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად - 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.

2.9.5. დამატებითი სტომატოლოგიური მომსახურება კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“ - ითვალისწინებს 50%-იან ფასდაკლებას შემდეგ მომსახურებებზე: იმპლანტაცია, მიკროსკოპით მკურნალობა, არხების დამუშავება ენდობუნის აპარატით (არხის სრული ჰერმეტიზაცია / არხის სრულად გასუფთავება ინფიცირებული ქსოვილისგან), მალხენი აირი (პროცედურა სტრესისა და დამაბულობის გარეშე).

მომსახურების მისაღებად: დაზღვეული მიმართავს კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“. მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს საიდენტიფიკაციო ბარათი და 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.

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

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

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულება.

- კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების პოლისით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან.

- გეგმიური საკეისრო კვეთის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან გეგმიური საკეისრო კვეთის თარიღამდე მინიმუმ 3 (სამი) სამუშაო დღით ადრე; მშობიარობის/საკეისროკვეთის შემთხვევაში - სამშობიარო სახლიდან გაწერამდე 1 დღით ადრე.

- საგარანტიო წერილის გარეშე, აგრეთვე კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო ბარათი; პირადობის მოწმობა; ბავშვის

დაბადების მოწმობა; მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურება დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.

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

მომსახურების 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 განსაზღვრული მომსახურების მიწოდებას შემთხვევის გაცხადებიდან 15 დღის განმავლობაში.

3. გამონაკლისები

ანაზღაურებას არ ექვემდებარება ქვემოთ ჩამოთვლილი შემთხვევები და/ან მათთან/ მათ გართულებებთან ასევე ქვემოთჩამოთვლილ შემთხვევასთან დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურებების ხარჯები:

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

3.2. შემდეგ დაავადებებთან და/ან მათთან/ მათ გართულებებთან ასევე ქვემოთჩამოთვლილ შემთხვევასთან დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურებების ხარჯები: თანდაყოლილი ან/და გენეტიკური დაავადებები და ანომალიები (გარდა ქირურგიული მკურნალობისა), სექსუალური დარღვევები, აივ-ინფექცია, შიდსი, ჰეპატიტები (ნებისმიერი ფორმისა და სტადიის), შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი, უპირატესად სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (მათ შორის ვულვოვანგინალური კანდიდიოზის, ბაქტერიული

ვაგინოზისა და ურეთრისა), ფსიქიური დაავადებები, რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევა, სისხლის და სისხლმზადი სისტემის ქრონიკული დაავადებები, სისტემური დაავადებები, გაფანტული და ამოტროფული სკლეროზი, ეპილეფსია, ტუბერკულოზი; დაზღვევამდე არსებული სიმსივნური დაავადებები;

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

3.4. შემდეგი საშუალებების შეძენასთან, მოხმარებასთან და/ან მათთან/ მათ გართულებებთან ასევე ქვემოთაღმოთვლილ შემთხვევასთან დაკავშირებული და მათგან გამომდინარე ნებისმიერი მომსახურების ხარჯები: არარეგისტრირებული მედიკამენტები, ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები (მათ შორის მედიკამენტად რეგისტრირებული), პარასამკურნალო და ჰომეოპათიური საშუალებები, ჰიგიენისა და მოვლის საშუალებები, გადასახვევი მასალები და შაქრის შემცველელები, იმუნომოდულატორები, ფსიქოტროპული პრეპარატები, სისტემური ინჰიბიტორები, დამხმარე საშუალებები და მაკრობიოტერები საშუალებები/მოწყობილობები (მათ შორის სათვალე, ლინზები, სასმენი მოწყობილობები, და სხვა), პროთეზები, იმპლანტები (გარდა BMS სტენტისა).

3.5. ნებისმიერი სხვა (სახელმწიფო და არასახელმწიფო) სამედიცინო/ჯანდაცვის პროგრამებით თუ დაზღვევით გათვალისწინებული დაავადებების/მდგომარეობების სამედიცინო მომსახურების/მკურნალობის ხარჯების ის ნაწილი, რაც ანაზღაურდება შესაბამისი პროგრამით/დაზღვევით იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც მოქმედებს აღნიშნული პროგრამა.

3.6. იმ მომსახურებების ხარჯები, რომელიც არ არის მოცემული ტერმინთა განმარტებაში და არ იფარებასა დაზღვევო ხელშეკრულების პირობებით.

3.7. მზღვევის მიერ არ ანაზღაურდება შემთხვევები, როდესაც სახეზეა დამზღვევის ან/და მოსარგებლის მიერ წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების დარღვევა ან/და მზღვევის მიერ მითითებების შეუსრულებლობა ან/და მზღვევის მიერ

მოთხოვნილი დოკუმენტაციის წარმოუდგენლობა მზღვევის მიერ განსაზღვრულ ვადებში.

შენიშვნა: ძირითადი გამოწვევებით დაზღვეულ პირებს უნაზღაურდება 3.2. პუნქტში მითითებული დაავადებების გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების დიაგნოსტიკის კურაციის მიერ წარმოებული შემდეგი სერვისები: სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევები.

4. ზოგადი პირობები:

4.1. ხელშეკრულების საგანი:

4.1.1. წინამდებარე ხელშეკრულება ითვალისწინებს მზღვევის ვალდებულებას გაუწიოს დაზღვეულს მისი ქონებრივი და ფინანსური ინტერესის დასაცავად, დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის სრულად ან პრემიის პირველი შენატანის გადახდისა და ელშეკრულებაში შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის დაცვის სანაცვლოდ სადაზღვევო მომსახურება, წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებითა და წესით.

4.2. დაზღვევის ძალაში შესვლა:

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

4.2.2. დაზღვევა მოქმედებს პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში. დაზღვევის ამოქმედების აუცილებელი პირობაა პირველი ან/და მორიგი საპრემიო შენატანის დროული და სრული მოცულობით გადახდა. პირველადი პრემია გადახდა ხორციელდება სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე 14 დღით ადრე.

4.2.3. საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით ქმედულწარმო პირის დაზღვევა (გარდა 7 წლამდე ბავშვებისა) შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ ინდივიდუალური ანდერატივების საფუძველზე. თუ აღნიშნული წესი არ იქნება დაცული ხელშეკრულება ჩაითვლება ბათილად.

4.3. სადაზღვევო პოლისის მოქმედების ვადა:

4.3.1. წინამდებარე დაზღვევა ითვალისწინებს და ადგენს დამზღვევის და მზღვევის ხანგრძლივი, ხელშეკრულების გაფორმებიდან 6 წლის მანძილზე ურთიერთობის პირობებს სადაზღვევო სფეროში, კერძოდ მხარეები თანხმდებიან რომ წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დაზღვევა ძალაშია პოლისში მითითებული თარიღით, რომლის ყოველი შემდგომი ამოწურვის შემდეგ პოლისის მოქმედება ავტომატურად გრძელდება პოლისში მითითებული ვადით არაუმეტეს ხელშეკრულების დადებიდან ჯამში 6 წლის ვადისა ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებით და წესით.

4.3.2. ხელშეკრულების დადებიდან 6 წლის შემდეგ ასევე დაზღვეული პირის 65წლის ასაკის (საოჯახო პაკეტის შემთხვევაში მისი მეუღლის 65 წლამდე და შვილების 21 წლამდე) მიღწევამდე. დაზღვეული პირის/მისი შვილების აღნიშნულ ასაკის მიღწევას პოლისის მოქმედება ავტომატურად წყდება. ასეთ შემთხვევაში მათთან მზღვევის სურვილის შესაბამისად შესაძლებელია გაფორმდეს ჯანმრთელობის დაზღვევის ინდივიდუალური ხელშეკრულებები. ინდივიდუალური ხელშეკრულებების გაფორმების შემთხვევაში ამ მუხლით გათვალისწინებულ დაზღვეულებზე არ გავრცელდება მათთან გაფორმებული კონკრეტული ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაზღვევით გათვალისწინებული მოცდის პერიოდი.

4.4. საოჯახო პაკეტის შეძენის პირობები:

4.4.1. საოჯახო პაკეტი გულისხმობს 65 წლამდე მეუღლის და 21 წლამდე ასაკის შვილების დაზღვევას;

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

4.4.3. დამზღვევი უფლებამოსილია ოჯახის ყველა წევრის მიმართ აირჩიოს და შესაბამისად ოჯახის ყველა წევრზე ვრცელდება ხელშეკრულებით განსაზღვრული საოჯახო პაკეტიდან მხოლოდ ერთი და იდენტური საოჯახო დაზღვევის პაკეტი. საოჯახო პაკეტის არჩევის შემთხვევაში ოჯახის ყველა წევრის მიმართ დაზღვევა იწყება ერთსადაიმევე დღეს.

4.4.4. დაზღვეული ოჯახის წევრის 21 წლის ასაკის მიღწევისას, უშუალოდ მის მიმართ არსებული ამ ხელშეკრულებით განსაზღვრული საოჯახო დაზღვევა ავტომატურად წყდება.

4.4.5. საოჯახო პაკეტიდან ოჯახის წევრის გასვლა (გარდა 65 წლის ასაკის მეუღლის და 21 წლის შვილების შემთხვევაში 12 თვიანი სადაზღვევი პერიოდის გასვლის შემდეგ) განიხილება როგორც ამ დაზღვეულის მიმართ დაზღვევის შეწყვეტა.

4.4.6. ახალი ოჯახის წევრის საოჯახო პაკეტში დამატება შესაძლებელია შემდეგი პირობით: ახალი წევრი მოიაზრება დაზღვევის 12 თვიანი პერიოდის განახლებისას, 1-დან 2 წლამდე ასაკის შვილის დამატებას არსებულ საოჯახო პაკეტში, ოჯახის დანარჩენი წევრების იდენტური პირობებით.

4.5. სადაზღვევო პრემია და გადახდის წესი:

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

4.5.2. სადაზღვევო ხელშეკრულების დადების შემდეგ პოლისში მითითებული ყოველი 12 თვიანი პერიოდის გასვლის შემდეგ მოხდება პრემიის ხელახალი გადაანგარიშება და განსაზღვრა არჩეული პაკეტის და დაზღვეულის ასაკის შესაბამისად, ხოლო საოჯახო პაკეტის შემთხვევაში არჩეული პაკეტის, დაზღვეულთა ასაკის და დაზღვეული ოჯახის წევრების რაოდენობის შესაბამისად. მზღვეველი უფლებამოსილია სადაზღვევო პრემია გაზარდოს ცალმხრივად, არაუმეტეს ცვლილებამდე პოლისის წინა 12 თვის პრემიის 30%-ისა რის შესახებაც დამზღვევს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების (SMS) საშუალებით დაზღვისას მითითებულ ტელეფონის ნომერზე პოლისის განახლებამდე 1 თვით ადრე. იმ შემთხვევაში, თუ დამზღვევი არ მონდომებს პოლისის განახლებას გაზრდილი სადაზღვევო პრემიის პირობებში, მაშინ მან უნდა აცნობოს მზღვეველს წერილობით მოკლე ტექსტური შეტყობინების მიღებიდან 10 სამუშაო დღის განმავლობაში.

4.5.3. დამზღვევი ვალდებულია დროულად გადაიხადოს სადაზღვევო პრემია/შენატანი და დამატებითი

მოდულ(ებ)ის ღირებულება სადაზღვევო პოლისში/ხელშეკრულებაში განსაზღვრული გადახდის გრაფიკის მიხედვითა და დადგენილი ოდენობით - ერთჯერადად ან განვადებით.

4.5.4. სადაზღვევო პრემიის გრაფიკი/ გადახდის თარიღები მითითებულია პოლისში.

4.5.5. სადაზღვევო პრემიის ერთჯერადი გადახდისას - მისი გადახდა ხორციელდება ხელშეკრულების/პოლისის გაფორმებისთანავე. წინამდებარე დაზღვევის ავტომატური გარბელების შემთხვევაში დამზღვევი პრემიას იხდის წინა გადახდიდან 12 თვეში ერთხელ 12 თვის პრემიას სრულად.

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

4.5.7. სადაზღვევო პრემიის გადახდისას საგადახდო დავალებებში უნდა მიეთითოს პოლისის ნომერი. საგადახდო დავალებებში პოლისის ნომრის მიუთითებლობის შედეგებზე სრულად პასუხისმგებელია დამზღვევი.

4.5.8. წინამდებარე ხელშეკრულებით/პოლისით დადგენილი პრემიის გადახდის წესის პირველივე დარღვევის შემთხვევაში (თუ პრემია და/ან მისი ნაწილი დროულად ან დადგენილი ოდენობით არ იქნა გადახდილი), მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით/პოლისით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულებისაგან. მზღვეველი უფლებამოსილია შეაჩეროს ხელშეკრულება/პოლისის მოქმედება და არ აანაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევები. გრაფიკის დარღვევის დღიდან 14 კალენდარული დღის შემდეგ, ყოველგვარი შეტყობინების გარეშე, დამზღვევის მიერ ფინანსური ვალდებულების სრულად შესრულებამდე. ამასთან სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის მოქმედება განახლდება მხოლოდ დამზღვევის მიერ პრემიის გადახდის შემდეგ, დავალიანების გადახდის დღის 24.00 საათზე დავალიანების დაფარვის შემდგომ მზღვეველი დავალიანების პერიოდში დამდგარ შემთხვევებს აღარ განიხილავს სადაზღვევო შემთხვევად და ამ პერიოდში მიღებული მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ დაექვემდებარება.

4.5.9. გრაფიკის დარღვევის დღიდან 30 კალენდარული დღის შემდეგ მზღვეველი უფლებამოსილია გააუქმოს დაზღვევის ხელშეკრულება/პოლისი ყოველგვარი წინასწარი შეტყობინების გარეშე და მოსთხოვოს დამზღვევს როგორც დარიცხული დავალიანება ასევე საზღვევის ხელშეკრულება პოლისით გათვალისწინებული პირგასამტეხლო.

4.5.10. ყოველთვიური პრემია:

პაკეტი/ასაკი	პრემიუმი	კლასიკი	სტანდარტი
01 - 20	85.00	70.00	60.00
21 - 30	92.00	75.00	65.00
31 - 35	94.00	80.00	67.00
36 - 40	101.00	83.00	72.00
41 - 45	115.00	94.00	83.00
46 - 50	121.00	100.00	87.00
51 - 59	167.00	140.00	120.00
60 - 64	316.00	240.00	227.00

ასაკის გამოთვლა ხდება შემდეგნაირად: მიმდინარე წელს გამოკლებული დაზღვეულის დაბადების წელი.

4.6. მხარეთა უფლებები – მოვალეობები:

4.6.1. მზღვეველი ვალდებულია:

4.6.1.1. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულებაში მითითებული გრაფიკის შესაბამისად გადახდილი სადაზღვევო პრემიის საფუძველზე სადაზღვევო შემთხვევი სდადგომისას აუნაზღაუროს დაზღვეულს (ან მოსარგებლეს) ზარალი წინამდებარე ხელშეკრულების/პოლისის პირობების შესაბამისად.

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

4.6.1.3. 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 ჯგეროვნად ან არგუმენტირებულად უარი უთხრას ანაზღაურების გაცემაზე.

4.6.2. მზღვეველი უფლებამოსილია:

4.6.2.1. დამზღვევის მხრიდან ხელშეკრულების პირობებისა და პრემიის გადახდის გრაფიკის დარღვევის შემთხვევაში შეაჩეროს და/ან შეწყვიტოს სადაზღვევო ხელშეკრულება ამ პოლისის ხელშეკრულებით დადგენილი წესით და მოსთხოვოს დამზღვევს როგორც დარიცხული დავალიანება ასევე საზღვევის ხელშეკრულება პოლისით გათვალისწინებული პირგასამტეხლო

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

4.6.2.3. არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება დაზღვეულის/მოსარგებლის 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 დაზღვევის მზღვეველის მხრიდან ექვემდებარება გაუქმებას.

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

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

4.6.2.6. მოითხოვოს/გადაამოწმოს დაზღვეულის პირადი მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის, ეროვნულ სააგენტოს/საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციულ ორგანოში და კერძო სამართლის პირთისაგან.

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

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

4.6.3. დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:

4.6.3.1. ხელშეკრულების დადებისას მზღვეველს შეატყობინოს ყველა ის გარემოება, რომელსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ მზღვეველის გადაწყვეტილებაზე უარი თქვას ხელშეკრულებაზე ან დადოს იგი შეცვლილი შინაარსით.

4.6.3.2. პრემიის ოდენობის ცვლილების შესახებ მზღვეველის სატელეფონო შეტყობინების (SMS) მიღების შემთხვევაში თუ დამზღვევი არ მოინდომებს პოლისის განახლებას გაზრდილი სადაზღვევო პრემიის პირობებში, მაშინ ის ვალდებულია აცნობოს მზღვეველს აღნიშნულის შესახებ წერილობით მოკლე ტექსტური შეტყობინების მიღებიდან 10 სამუშაო დღის განმავლობაში. წინააღმდეგ შემთხვევაში მზღვეველის მიერ გამოგზავნილი პირობა ჩაითვლება ძალაში შესულად და მოქმედებს.

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

4.6.3.4. დეტალურად გააცნოს წინამდებარე დაზღვევის პირობები დაზღვეულს. დამზღვევი ვალდებულია, რომ დაზღვეულს გააცნოს ვალდებულება, რომ მზღვეველს ენიჭება უფლება მოიძიოს და გაეცნოს ყველა იმ დოკუმენტაციას, რომელსაც მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ სადაზღვევო ანაზღაურებისათვის. წინააღმდეგ შემთხვევაში მზღვეველი იტოვებს უფლებას არ აანაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევის შედეგად დამდგარი ზიანი.

4.6.3.5. ხელშეკრულების გრაფაში უშეცდომოდ მიუთითოს მისი საკონტაქტო ნომერი, სადაც მოხდება მის მიმართ მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ცვლილებების შესახებ ან ამ ხელშეკრულებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციის შეტყობინება. ტელეფონის ნომრის სისწორეზე და მის უწყვეტად მუშაობაზე ასევე შეტყობინების მიღებაზე პასუხისმგებელია დამზღვევი.

4.6.3.6. დაუყოვნებლივ აცნობოს მზღვეველს სატელეფონო ნომრის ან სხვა საიდენტიფიკაციო თუ საკონტაქტო მონაცემების ცვლილების შესახებ.

4.6.3.7. მიანიჭოს მზღვეველს უფლება მოითხოვოს/გადაამოწმოს დაზღვეულის პირადი მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის ეროვნულ სააგენტოში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციულ ორგანოში და კერძო სამართლის პირთისაგან.

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

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

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

4.6.3.11. 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 მიაწოდოს უფლებამოსილი პირთაგან (ექიმები, ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, სატრანსპორტო სამსახური და სხვ.) საჭირო ინფორმაციის მოპოვებაზე და საჭიროების შემთხვევაში გაათავისუფლოს უკანასკნელი პირები ინფორმაციის საიდუმლოდ შენახვის ვალდებულებისაგან.

4.7. დაზღვევის გაგრძელება:

4.7.1. დაზღვევის ლიმიტები ავტომატურად განახლდება ყოველი 12 თვის გასვლის შემდეგ განახლებული ლიმიტები არ უნდა აღემატებოდეს წინა 12 თვიან პერიოდში არსებულ ლიმიტებს.

4.7.2. წინამდებარე დაზღვევის მოქმედების ვადა ავტომატურად გაგრძელდება 12 თვით, იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე მხარემ წერილობით არ განაცხადა მისი შეწყვეტის სურვილი. განახლებული პირობები დაზღვევის ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების მეშვეობით (SMS) მიმდინარე პერიოდის გასვლამდე არაუგვიანეს 1 თვისა.

4.7.3. მომდევნო 12 თვიან სადაზღვევო პერიოდში გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის, მათ შორის დღის სტაციონარის, ენდოპროთეზის და მშობიარობის ანაზღაურების პირობები (ანაზღაურების პროცენტი, ლიმიტი) შეესაბამება იმ პოლისს, რომელიც დაზღვეულს შეძენილი ჰქონდა წინა წელს იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვევა გრძელდება იგივე, ან მეტი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით. უფრო დაბალი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით დაზღვევის გაგრძელების შემთხვევაში გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის ანაზღაურების პირობები შეესაბამება ახალარჩეულ პოლისს.

4.8. დაზღვევის შეწყვეტა:

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

4.8.2. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულების/პოლისის შეწყვეტის შემთხვევაში ან დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელობის გამო მზღვეველის მხრიდან ხელშეკრულების ვადაზე ადრე შეწყვეტისას, დამზღვევი ვალდებულია დამატებით გადაიხადოს დაზღვევის შეწყვეტის მომენტისთვის მიმდინარე 12 თვიანი პერიოდის შესაბამისი გამოუმუშავებული სადაზღვევო პრემიის 75%, ხოლო იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეული ხელშეკრულებას წყვეტს დაზღვევის გაფორმების თარიღიდან პირველი 3 თვის განმავლობაში და ამავე დროს არ უსარგებლია დაზღვევით, ხელშეკრულების შეწყვეტის მომენტისათვის იხდის 3 თვის პრემიას.

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

4.9. სუბროგაცია:

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

4.10. დაგების გადაწყვეტა:

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

4.10.2. წინამდებარე ხელშეკრულების შესრულებასთან დაკავშირებული დავების/უთანხმოების წარმოშობის შემთხვევაში, მისი ურთიერთშეთანხმებით/მორიგებით დასრულების მიზნით მხარეები, აგრეთვე დაზღვეული და მოსარგებლე მიმართავენ ა(ა)იპ „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ „დაზღვევის მედიაციის“ მენეჯერს სატელეფონო ხაზის მეშვეობით ნომერზე: 2555155, ან მისამართზე: თბილისი მოსამხედრო 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.

4.10.3. 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 საერთოსამართლოში.

იმოქმედე, ჩვენ დაგაზღვრავთ!

მზღვეველი

სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი"

ს/კ 204426674 / თბილისი, კოსტავას ქ. N67 / ტელ: 032 2 505 111 / www.gpih.ge

MSO - ნავიგატორის დამატებით შიქნისას:

მომსახურება ითვალისწინებს:

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

MSO-ს საფუძველზე, მედიკადის მიერ შემოთავაზებულ კლინიკაში სამედიცინო მომსახურების მიღების მიზნით საზღვარგარეთ ვიზიტისას ასისტანსი, კერძოდ მედიკადი უზრუნველყოფს:

- სამედიცინო მდგომარეობის შესაბამისი მკურნალობის რეკომენდაციას (გართულებული შემთხვევების გარეშე, რომელსაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ძირითადი მკურნალობის მიმდინარეობის დროს) და ხარჯების ანგარიშფაქტურის მოწოდებას.
- მოთხოვნის შემთხვევაში მოგზაურობის და განთავსების ხარჯების დაანგარიშებას
- სამკურნალო დაწესებულებაში სერვისის ადგილზე მიღების ორგანიზებას
- 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 დამატებითი მოთხოვნებს, რომელიც შეთანხმდება დაზღვეულსა და მედიკადის პროვაიდერს შორის
- რეპატრიაციის ორგანიზებას

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

გამონაკლისშია შემთხვევა, თუ:

- 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.
- საჭიროა, 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, ქართულიდან შესაბამისა ენაზე და პირიქით თარგმნის ხაჯებიც. პაციენტის საქართველოში ყოფნის დროს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული დოკუმენტაციის ქართულ ან ინგლისურ ენაზე კურაციოს ექიმისთვის მიწოდებას უზრუნველყოფს დაზღვეული. შესაბამის ენაზე დოკუმენტაციის თარგმნას უზრუნველყოფს მედიკადი.

მომსახურების მისაღებად: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სერვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია "მედიკადის" 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 მედიკადის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად ირჩევს მომსახურების გამწვევ სასურველ კლინიკას. საზღვარგარეთ მომსახურების მისაღებად, „მედიკადის“ წარმომადგენელი საქართველოში-კლინიკა "კურაციო" უზრუნველყოფს დაზღვეულის დაკვალაინებას შესაბამის ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით, დაზღვეულის/დაზღვეულის უფლებამოსილი პირის მიერ შემთხვევის გაცხადებიდან 15 სამუშაო დღის განმავლობაში.



ჭივიანი

პენის სემინარების ცენტრი

**ჭივიანი ექსკლუზივთან
დააკავებებულად შექმენსას**

ონკო ქეარი
კიბოს რისკისგან დაზღვევა

V12.04.2021

1. ზოგადი დებულებები

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

1.2. სიმსივნური დაავადების დაზღვევა - ითვალისწინებს პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, დაზღვეულის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტიკის 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** — 65 წლამდე ასაკის პირი, რომელმაც ხელი მოაწერა ხელშეკრულებას და/ან 18 წლამდე ასაკის პირის შემთხვევაში, პირი რომლის სახელითაც ხელშეკრულებას მოეწერა ხელი მზღვეველთან და გადახდილი იქნა სადაზღვევო პრემია და რომელიც სარგებლობს ხელშეკრულებაში მოცემული უფლებებით;

2.3. **დაზღვეულის შვილი** — 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.

12.5. **მეორე აზრის მოძიება** — მოსახურების მისაღებად, დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სერვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია “მედიგაიდს“ წარმომადგენელს საქართველოში - კლინიკა კურაციოს, სპეციალურ ნომერზე: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საჭიროების შესახებ. კლინიკა კურაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახლესი ერთი სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შევროვების 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 განსაზღვრული მომსახურების მიწოდებას შემთხვევის გაცხადებიდან 15 კალენდარული დღის განმავლობაში.

2.6. მოცდის პერიოდი — პერიოდი, რომელიც იწყება ხელშეკრულების ძალაში შესვლის თარიღიდან და რომლის განმავლობაშიც დიაგნოსტიკური 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 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 დიაგნოსტიკური ფორმის სახელწოდებასა და განვითარების სტადიას და შედგენილია იმ მკურნალი ექიმის მიერ, რომელმაც ჩაატარა დაზღვეულის ფიზიკური და/ან დიაგნოსტიკური შემოწმება;

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, როგორცაა ლაბორატორიული ანალიზების შედეგები, რენტგენოგრაფია, 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. მეორე აზრის მოძიება — მომსახურება ითვალისწინებს ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზის შემთხვევაში, მსოფლიოს წამყვანი კლინიკის სპეციალისტების მიერ დიაგნოზის დაზუსტებას/დადასტურებას, მკურნალობის ყველაზე ოპტიმალური სქემის შერჩევას, სხვა სახის სამედიცინო რეკომენდაციების მომზადებას.

2.12. ინვაზიური სიმსივნე — დიაგნოსტიკური ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება უკონტროლო ზრდით და ავთვისებიანი უჯრედების გავრცელებით და შეღწევით ჯანმრთელ ქსოვილებში;

2.13. დამზღვევი — დაზღვეული პირი, რომელიც აფორმებს ხელშეკრულებას. არასრულწლოვანი დაზღვეულის შემთხვევაში პირი, რომელზეც აფორმებს დაზღვევის ხელშეკრულებას და რომელზეც გაიცემა სადაზღვევო ანაზღაურება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას.

2.14. პოლისი — მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი დაზღვევის დამადასტურებელი დოკუმენტი.

2.15. მზღვეველი — სს “სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი“.

3. ძირითადი პირობები:

3.1. წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დაზღვეული აცხადებს წინასწარ თანხმობას და ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას მზღვეველმა ნებისმიერი მესამე პირისგან, მათ შორის სამედიცინო დაწესებულებისგან მზღვეველმა, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას გამოითხოვოს დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერები, ასევე ნებისმიერი პერსონალური ინფორმაცია და დაავადებასთან დაკავშირებული მონაცემი. დაზღვევა ძალაშია იმ შემთხვევაში, თუ გადახდილია პირველი ან ერთჯერადი (სრული) სადაზღვევო პრემია და გაცემულია პოლისი.

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

3.3. დაზღვეულის შვილი შეიძლება დაზღვეული იქნეს მხოლოდ ერთ-ერთ დაზღვეულ მშობელთან ერთად.

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

4. სადაზღვევო პრემია და მისი გადახდის წესი

4.1. სადაზღვევო პრემია გადაიხდება ლარში. იმ შემთხვევაში, თუ სადაზღვევო თანხა არჩეულია აშშ დოლარში, სადაზღვევო პრემია დაანგარიშდება ლარში პრემიის გადახდის თარიღში არსებული ეროვნული ბანკის შესაბამისი კურსის მიხედვით.

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

5. დაზღვევის დაწყება და მისი პერიოდი:

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

5.2. დაზღვევა მხარეთა 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 ანდა იმყოფება დიაგნოსტირების ან მკურნალობის პროცესში:

- 1) სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლოგიური ცვლილება ან ხალეების ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება;
- 2) მსხვილი ნაწილავის პოლიპოზი, ნაწლავების ანთება (კრონის დაავადება ან წყლულოვანი კოლიტი), თირკმელების 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 პირველად დაზღვევისას ან 74 წელზე მეტი ასაკის პირები დაზღვევის უწყვეტად განახლების შემთხვევაში.

7. მოცდის პერიოდი:

7.1. წინამდებარე პირობებით გათვალისწინებული დაფარვის მოცდის პერიოდი ექვსი თვეა.

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 ხელშეკ-

რულებით დაზღვეულის შვილი 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.

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 დაზღვეული შვილი მიაღწევს 18 წლის ასაკს;
- 6) ავტომატურად, წინამდებარე ხელშეკრულების 10.4.1 მუხლის შესაბამისად;

8.2. დაზღვევა შეწყდება დაზღვეულის ანდა მისი დაზღვეული შვილის გარდაცვალების ან მისთვის ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკისას 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 წერილობითი შეტყობინების გაგზავნით მზღვეველისთვის. 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.

შენიშვნა: ჯიქაი ექსპლუატთან დააკავშირებს, მოქმედებს ორივე პარტნიორის ხელშეკრულების გაუქმების აღნიშნული პირობა.

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. სადაზღვევო დაფარვა და სადაზღვევო შემთხვევა:

9.1. თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება დაზღვევის პერიოდში მზღვეველი ერთჯერადად გასცემს სადაზღვევო ანაზღაურებას სადაზღვევო ხელშეკრულებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.

9.2. სადაზღვევო თანხა განისაზღვრება პოლისით.

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

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

9.5. ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზი დასმული უნდა იქნეს შესაბამისი სპეციალისტის სერტიფიცირებული ექიმის მიერ.

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

9.7. 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, ჰოჯკინის 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>)

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

10. მხარეთა ვალდებულებები:

10.1 **დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:**

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

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

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

10.1.4 განუმარტოს ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილ პირებს, რომ შემთხვევის დადგომისას ანაზღაურების მომთხოვნი უფლებამოსილი პირ(ებ)ი ვალდებული 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 მზღვევის ყველა მითითება რაც უკავშირდება სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლების დადგენას. განუმარტოს ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილ პირებს რომ მათ მიერ ამ მუხლით გათვალისწინებული ვალდებულების დაუცველობის შემთხვევაში მზღვევი უფლებამოსილია არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება.

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

10.2 **დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია:**

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

10.3 **მზღვევი ვალდებულია:**

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

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

10.3.3 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 მოსარგებლებზე.

10.4 **მზღვევი უფლებამოსილია:**

10.4.1 შეაჩეროს ხელშეკრულების მოქმედება და არ აანაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევაში პოლისით დადგენილი სადაზღვევო პრემიის გრაფიკის დარღვევის დღიდან 14 კალენდარული დღის შემდეგ, ყოველგვარი შეტყობინების გარეშე, დამზღვევის მიერ ფინანსური ვალდებულების სრულად შესრულებამდე. ამასთან სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის მოქმედება განახლება მხოლოდ დამზღვევის მიერ პრემიის გადახდის შემდეგ, დავალიანების გადახდის დღის 24.00 საათზე. დავალიანების დაფარვის შემდგომ მზღვევი დავალიანების პერიოდში დამდგარ შემთხვევებს აღარ განიხილავს სადაზღვევო შემთხვევადა და ამ პერიოდში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა მზღვევის მიერ ანაზღაურებას არ დაექვემდებარება. გრაფიკის დარღვევის დღიდან 45 კალენდარული დღის შემდეგ სადაზღვევო ხელშეკრულება ჩაითვლება ავტომატურად შეწყვეტილად და იგი არ დაექვემდებარება აღდგენას.

10.4.2 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.

10.4.3 სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ მოსახოვოს მოსარგებლეს ყოველგვარი ცნობა, რომელიც კი აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის მოცულობის დასადგენად.

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

10.4.5 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.

10.4.6 სადაზღვევო ანაზღაურებიდან გამოქვითოს მიმდინარე წლის გამოუმუშავებელი პრემია.

11. გამონაკლისები:

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

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

- სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლოგიური ცვლილება ან ხალეების ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება;

- მსხვილი ნაწილავის პოლიპოზი, ნაწლავების ანთება (კრონის დაავადება ან წყლულოვანი კოლიტი), თირკმელების პოლიკისტოზი, სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადებები, ასბესტოზი, B, C, D, E ჰეპატიტის ან ღვიძლის ციროზის რომელიმე ფორმა;

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

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

- არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება, პრეინვაზიური 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 (A-ზე მაღალი სტადია);

- ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კიბო, რომელიც ლოკალიზებულია ერთ ორგანოში;

- ნებისმიერი სიმსივნე და ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება აივ ინფექციის არსებობისას.

11.5. 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;

11.6. მზღვეველის ნებისმიერ ვალდებულება გამოირიცხება არასწორი ინფორმაციის მიწოდების, თაღლითობის ან არაკეთილსინდისიერების შედეგად დაზღვეულის და/ან დამზღვევის მხრიდან.

11.7. 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.

11.8. სადაზღვევო ანაზრაულება არ გაიცემა დაზღვეულის/ანაზრაულებაზე უფლებამოსილი პირის მიერ ხელშეკრულებით/პოლისით განსაზღვრული ნებისმიერი ვალდებულების დარღვევისას.

12. ქმდება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას:

12.1. დაზღვეული ან დაზღვეულის უფლებამოსილი პირი სადაზღვევო პერიოდში დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების შემთხვევაში, დიაგნოსტირებიდან რაც შეიძლება მოკლე ვადაში (გამომდინარე მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან) კომპანიის სერვის ცენტრში წარადგენს ანაზრაულების მოთხოვნის განაცხადს, დაზღვევის პოლისის და დიაგნოზის დამადასტურებელ დოკუმენტაციას (მათ შორის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევების პასუხები, სამედიცინო ისტორია, სამედიცინო ფორმა №100).

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

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

12.4. წინამდებარე ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებები არ გადაეცემა მესამე მხარეებს. 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 რაიმე ნაწილი, რომელიც უნდა აეღო დაზღვეულს წინამდებარე პირობების თანახმად, გადახდილი იქნება პოლისში დადგენილი მოსარგებლისთვის ან გარდაცვლილის მემკვიდრეებისათვის კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

13. ღვაწლის გადაწყვეტა:

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

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

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

14. ფორს-მაჟორი:

14.1. 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 გადაუღებელი ძალა, რომლის წარმოშობაზე ხელშეკრულების მონაწილე მხარეები პასუხს არ აგებენ და რომლის არსებობის ან წარმოშობის შესახებ წინამდებარე ხელშეკრულების დადების მომენტში არ შეეძლოთ სცოდნოდათ.

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

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

14.4. ფორს-მაჟორული გარემოებების შეწყვეტისთანავე მხარეები დაუყონებლივ

აგრძელებენ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას.

15. დამატებითი პირობები:

15.1. 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.

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

15.3. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში, რასაც არ ითვალისწინებს წინამდებარე ხელშეკრულება, მხარეები ხელძღვანელობენ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით.

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

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

15.6. 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.

15.7. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულებაში მითითებულ მისამართზე მიწოდებული (გავზავნილი) ნებისმიერი სახის წერილობითი შეტყობინება ორჯერ არ (ვერ) ჩაბარების შემთხვევაში ჩათვლება ჩაბარებულად.

იმოქმედე, ჩვენ დაგაზღვევთ!

მზღვეველი

სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი პოლდინგი"

ს/კ 204426674 / თბილისი, კოსტავას ქ. N67 / ტელ: 032 2 505 111 / www.gpih.ge