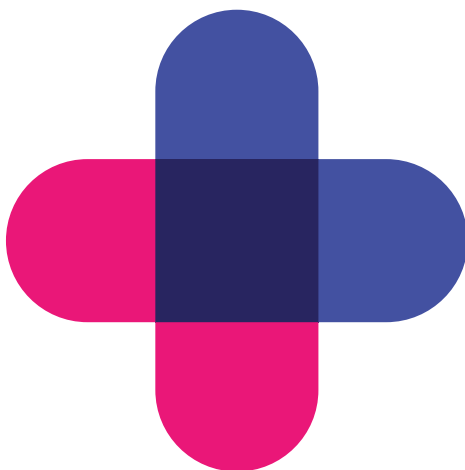




ჭიპიაი

პენის სადაზღვევო ჯგუფი



პოლისი „მედი“

ბაზისური, ოპტიმალური, სტანდარტი, კლასიკი, პრემიუმი

POLICY “MEDI”

BASIC, OPTIMAL, STANDARD, CLASSIC, PREMIUM

მომსახურება SERVICE	ბაზისური BASIC	ოპტიმალური OPTIMAL	სტანდარტი STANDARD	კლასიკი CLASSIC	პრემიუმი PREMIUM
სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახური Medical Service Support	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited
პირადი ექიმის მომსახურება Personal doctor's service	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited	100%, უღიმიტო/unlimited
პროფილაქტიკური კვლევები (მათ შორის სტომატოლოგიაზე) Preventive Examinations (including dental)	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year	100%, წელიწადში ერთხელ/once per year
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება Emergency Medical Aid	-	-	-	-	100%, უღიმიტო/unlimited
გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის მომსახურება Emergency Hospitalization service	50% - 2,500.00 ლ	100% - 3 000.00 ლ	100% - 5 000.00 ლ	100% - 10 000.00 ლ	100% - 20 000.00 ლ
ჰოსპიტალიზაციის მომსახურება უბედური შემთხვევის გამო Hospitalization service due to accident	100% - 5 000.00 ლ	100% - 8 000.00 ლ	100% - 12 000.00 ლ	100% - 15 000.00 ლ	
ჰოსპიტალიზაცია პროვაიდერში გამონაკლისის და მოცდის პერიოდის მიღმა Hospitalization in the provider clinic without exclusion and waiting period	10-40% - 1000 ლ	10-40%	10-40%	10-40%	10-40%
გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის მომსახურება (დაზღვევის შეორე წლიდან) Planned hospitalization service (waiting period 12 months)	ერთი საწოლ/დღეზე მეტი Per ward day/or more	50% 1000 ლ	80% 3000 ლ	80% 4000 ლ	90% 5000 ლ
	ერთი საწოლ/დღე Per ward/day	-	1000 ლ	80% 4000 ლ	90% 5000 ლ
	ამბულატორიული მანიპულაციები* Outpatient Manipulations	50% 500.00 ლ	1000 ლ	80% 600 ლ	90% 1000 ლ
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება Planned Outpatient Service	პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე Personal doctor's service in basic clinic	25% უღიმიტო/unlimited	50% უღიმიტო/unlimited	80% უღიმიტო/unlimited	90% უღიმიტო/unlimited
	კვ კლინიკებში PP clinics:	-	-	-	80% unlimited
	არაკონტრაქტორ კლინიკებში Non-contractor clinic	-	-	-	50% 800 ლ
	კურაციო გამონაკლისის გარეშე Curatio without exclusion	25% უღიმიტო/unlimited	50% უღიმიტო/unlimited	50% უღიმიტო/unlimited	50% უღიმიტო/unlimited
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება Urgent outpatient service	"პოზიტიური სისის" შესაბამისად According to the positive list	100% 300 ლ	100% უღიმიტო/unlimited	100% უღიმიტო/unlimited	100% უღიმიტო/unlimited
	"პოზიტიური სისის" მიღმა Except of the positive list	50% 300.00 ლ	50% 500 ლ	50% 800 ლ	60% 1000 ლ
მედიკამენტები Medications	პროვაიდერ საფთვითაქო ქსელში Provider pharmacy chain	25% 800 ლ	30% 1000 ლ	35% 1200 ლ	40% 1500 ლ
	მედიკამენტი პირადი ექიმის დანიშნულების გარეშე Medications without physician's referral	-	-	-	30%
ფასდაკლება ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/კომპოზიციური საშუალებები/არარეგისტრირებული მედიკამენტები; გამონაკლისებში მითითებული ფასდაკლების სამკურნალო მედიკამენტები (პროვაიდერ საფთვითაქო ქსელში) Discounts for biologically active food supplements/homeopathic/non-registered medicines; medicines listed in exclusions (in the provider pharmacy chain)	Up to 25% unlimited 25%-მდე უღიმიტო	Up to 25% unlimited 25%-მდე უღიმიტო	Up to 25% unlimited 25%-მდე უღიმიტო	Up to 30% unlimited 30%-მდე უღიმიტო	Up to 30% unlimited 30%-მდე უღიმიტო
ორსულობა კლინიკა კურაციოში (დაზღვევის შესაბამე წლიდან მხოლოდ კლინიკა კურაციოზე მიმავრებული კონტინგენტისთვის) Pregnancy - Clinic Curatio: (from the third year of insurance only for the contingency attached to the clinic Curatio)	-	-	-	-	900 ლ უღიმიტო/unlimited
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება Urgent Dental Service	-	-	50% უღიმიტო/unlimited	100% უღიმიტო/unlimited	100% უღიმიტო/unlimited
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება Planned Dental Service	-	-	30% უღიმიტო/unlimited	60%, 1000 GEL	70%, 1000 GEL
ორთოპედია/ორთოდონტია Orthodontics/Orthodontia	-	-	10-30% უღიმიტო/unlimited	10-30% უღიმიტო/unlimited	10-30% უღიმიტო/unlimited
სადაზღვევო პრემია** / Insurance Premium **	189.00 GEL	316.32 ლ	441.00 ლ	667.80 ლ	819.00 ლ
სს კურაციო: შპს საოჯახო მედიცინის ქართულ- ამერიკული კლინიკა; შპს ჯეო ჰოსპიტალს - ქუთაისის ცენტრალური საავადმყოფო; ** / Insurance Premium for Curatio, Georgian American Clinic of Family Medicine, Geo Hospital LLC - Kutaisi Central Hospital **	340.20 ლ	467.52 ლ	592.20 ლ	819.00 ლ	970.20 ლ
კლინიკა რუსთავი; შპს მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალი მთავარი. შპს მთისონ ჰოსპიტალი; ** / Insurance Premium for Rustavi clinic; Hightech Multidisciplinary Hospital Medcenter; Medison Holding; **	285.00 ლ	412.32 ლ	537.00 ლ	763.8 ლ	915.00 ლ
შპს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ინგოროვკას მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების საუნივერსიტეტო კლინიკა** / Insurance Premium for High technology medical center- Ingorokva clinic **	228.00 ლ	355.32 ლ	480.00 ლ	706.80 ლ	858.00 ლ
შპს რეიანი** / Insurance Premium for Reimani **	492.00 ლ	619.32 ლ	744.00 ლ	970.80 ლ	1,122.00 ლ
** სამკურნალო მანიპულაციებზე ვრცელდება მოცდის პერიოდი 24 თვე; / * The service includes waiting period of 24 months for therapy manipulations ** კრემიის აღნიშნული მოცულობა გათვალისწინებულია საქართველოს მოქალაქეებისთვის / ** Aforementioned premium is intended for Georgian citizens *** 60 და მეტი ასაკის პირებს ემატება წლიური პრემია 120 ლარი / *** For persons aged 60 and over, an annual premium of 120 GEL is added					

1. ზოგადი განმარტებები

ქვემოთ მოცემული ყოველი განსაზღვრება ინარჩუნებს აღნიშნულ მნიშვნელობას ხელშეკრულების ნებისმიერ ნაწილში.

- 1.1. **მზღვეველი** - პირი, რომელიც ახორციელებს სადაზღვევო საქმიანობას, სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი",
- 1.2. **დამზღვევი** - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც იხდის სადაზღვევო შენატანს დაზღვეულის სასარგებლოდ.
- 1.3. **დაზღვეული** - ფიზიკური პირი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა.
- 1.4. **ხელშეკრულების საგანი** - ხელშეკრულება ითვალისწინებს მზღვეველის ვალდებულებას გაუწიოს დაზღვეულს მისი ქონებრივი და ფინანსური ინტერესის დასაცავად, დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის სრულად ან პრემიის პირველი შენატანის გადახდასა და ხელშეკრულებაში შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის დაცვის სანაცვლოდ სადაზღვევო მომსახურება, ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებითა და წესით.
- 1.5. **სადაზღვევო ხელშეკრულება/პოლისი** მზღვეველის მიერ გაცემული ხელმოწერილი საბუთი - მოწმობა დაზღვევის ხელშეკრულების შესახებ.
- 1.6. **სადაზღვევო ბარათი** - სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ მომსახურებათა ჩამონათვალი, დაფარვა, ლიმიტი (რომელსაც ფლობს დაზღვეული).
- 1.7. **სადაზღვევო შენატანი (პრემია)** - დამზღვევის მიერ დაზღვეულის სასარგებლოდ გადასახდელი სადაზღვევო პოლისის წლიური ღირებულება, რომელსაც დამზღვევი უხდის მზღვეველს პოლისში მითითებული მომსახურების განვების სანაცვლოდ.
- 1.8. **სადაზღვევო პერიოდი** - პოლისში მითითებული პერიოდი, რომლის განმავლობაშიც სადაზღვევო პოლისი მოქმედია. მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, ანაზღაურდება, ამ პერიოდში მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევები მხოლოდ სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვამდე.
- 1.9. **ლიმიტი** - სადაზღვევო პოლისში მითითებული კონკრეტული მომსახურების ანაზღაურების მაქსიმალური წლიური ლიმიტი, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი იღებს ვალდებულებას აუნაზღაუროს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.
- 1.10. **სადაზღვევო შემთხვევა** - პოლისის მოქმედების ვადებში დამდგარი, ამავე პოლისით განსაზღვრული შემთხვევები, რომელთა დადგომისას წარმოიშობა მზღვეველის ვალდებულება გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება, ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად,
- 1.11. **სადაზღვევო ანაზღაურება** - სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მზღვეველის მიერ წინამდებარე პოლისის პირობების შესაბამისად მოსარგებლისთვის გადასახდელი თანხა.
- 1.12. **მცდის პერიოდი** - პერიოდი, რომელიც აითვლება სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისიდან და რომლის განმავლობაშიც დაზღვეულს მზღვეველის მიერ არ აუნაზღაურდება კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.
- 1.13. **დაფარვა** - სადაზღვევო პოლისში მითითებული პროცენტული წილი, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი იღებს ვალდებულებას აუნაზღაუროს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.
- 1.14. **თანაგადახდა** - სამედიცინო მომსახურების მთლიანი ღირებულების დაზღვეულის მიერ გადასახდელი ნაწილი.
- 1.15. **სამედიცინო კონტრაქტორი** - სამედიცინო დაწესებულება და შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის მქონე პირი (ექიმი/სპეციალისტი), რომელიც მზღვეველთან გაფორმებული ხელშეკრულებისა და მის მიერ გაცემული მიმართვის საფუძველზე დაზღვეულს გაუწევს შესაბამის სამედიცინო დახმარებას და რომელთანაც მზღვეველი ახორციელებს პირდაპირ ან გარომსწორებას სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული მომსახურებისა და პირობების მიხედვით. კონტრაქტორი კლინიკების ჩამონათვალი იხ. ვებ-გვერდზე: www.gpih.ge
- 1.16. **მოსარგებლე** - დაზღვეული, სამედიცინო დაწესებულება ან ნებისმიერი ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის და წინამდებარე ხელშეკრულების შესაბამისად უფლებამოსილია მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება.
- 1.17. **გეოგრაფიული ლიმიტი** - დაზღვევის მოქმედების გეოგრაფიული არეალი. წინამდებარე დაზღვევა მოქმედებს მხოლოდ საქართველოს ტერიტორიაზე.
- 1.18. **უნყვეტი განახლება** - ხელშეკრულების/პოლისის განახლება, როდესაც ახალი პოლისის სადაზღვევო პერიოდის პირველი დღე უშუალოდ მოსდევს ვადაგასული პოლისით განსაზღვრული სადაზღვევო პერიოდის ბოლო დღეს. უნყვეტი დაზღვევა გულისხმობს მხოლოდ პოლისი მედიტ დაზღვევის პერიოდს.
- 1.19. **სანოლ/დღე** - ჰოსპიტალური (სტაციონარული) ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული სამედიცინო მომსახურება პაციენტის ღამისთევით დაყოვნებისას.
- 1.20. **პალატა:**
- 1.20.1. **სტანდარტული პალატა** - პალატა, რომლის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვა სრულად უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისის სრული მოცულობით მიწოდებას.
- 1.20.2. **არასტანდარტული პალატა** - ინდივიდუალური კომფორტის მიზნით გაუკეთებული პალატა.
- 1.20.3. **რეანიმაციული პალატა** - პალატა, რომლის მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვა სრულად უზრუნველყოფს რეანიმაციული ღონიძობების სრული მოცულობით მიწოდებას.
- 1.21. **ხელშეკრულება** - წინამდებარე ხელშეკრულება სადაზღვევო მომსახურების შესახებ და მისი დანართები, ცვლილებები, რომლებიც წარმოადგენს ხელშეკრულების განუყოფელ ნაწილს და მოხსენიებულია ერთობლივად, როგორც ხელშეკრულება, გარდა ისეთი შემთხვევებისა, როდესაც ხელშეკრულების შინაარსიდან გამომდინარე ცალკე უნდა მითითოს ხელშეკრულებაზე/დანართზე.

1. General definitions

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

- 1.1. **Insurer** - Party performing insurance activities JSC "Insurance Company GPI Holding".
- 1.2. **Policyholder** - individual or legal entity that pays insurance premium in favor of Insured.
- 1.3. **Insured** - a natural person in whose favor the insurance is implemented.
- 1.4. **Subject of the Agreement** - the present Agreement stipulates the obligation of the Insurer to render to the Insured for protection of his property and financial interests, in exchange for payment of full or first installment of the Insurance Premium by the Policyholder and protection of the payment schedule stipulated in the Agreement, the insurance service, with terms and conditions envisaged by the present Agreement.
- 1.5. **Insurance Agreement / Policy** - document - certificate on the Insurance Agreement, signed and issued by the Insurer
- 1.6. **Insurance card** - the list of services, coverage, limit stipulated by the insurance terms (which is owned by the Insured).
- 1.7. **Insurance premium (Installment)** - annual cost of insurance policy payable by the policyholder in exchange of medical service specified in the policy.
- 1.8. **Insurance period** - period indicated in the Policy, during which the insurance is valid. Insurance incidents during this period will be reimbursed by the Insurer until expiration of the insurance period.
- 1.9. **Limit**- maximum limit of reimbursement indicated in the insurance agreement for the specific service within which the insurer undertakes the obligation to reimburse medical expenses to the insured.
- 1.10. **Insured Incident** - incidents occurred within validity term of the Policy and incidents specified by the same Policy upon occurrence of which the obligation of the Insurer arises to issue the insurance reimbursement.
- 1.11. **Insurance reimbursement** - amount of money indemnified by the insurer to the beneficiary in accordance with the terms of the present agreement upon occurrence of the insurance incident.
- 1.12. **Waiting period**-the period which starts from the effective date of the insurance within which the expenses of medical service will not be reimbursed to the insured by the insurer.
- 1.13. **Coverage** - percentage share of reimbursement indicated in the insurance card within which the insurer is obliged to reimburse medical expenses to the insured;
- 1.14. **Co-payment** - a part of the total cost payable by the insured for the medical service.
- 1.15. **Medical contractor** - medical institution or duly licensed medical specialist/doctor who based on an agreement signed with the Insurer is obliged to render relevant medical aid to the insured upon its referral, who is paid directly by the Insurer within the limits of service defined by the insurance agreement and the policy. List of the contractor clinics are available on the website: www.gpih.ge
- 1.16. **Beneficiary**- the insured, medical institution or any physical or legal person who, according to the current legislation of Georgia and the present agreement is authorized to receive insurance reimbursement.
- 1.17. **Geographical limit**- geographical area of the present insurance; the present insurance is valid on the territory of Georgia;
- 1.18. **Uninterrupted renewal** - renewal of the Insurance Agreement / Policy, when the first day of the new Insurance Policy period directly follows the last day of the expired Insurance Policy. The uninterrupted insurance implies only the insurance period valid under the Medi Policy.
- 1.19. **Bed-day** - medical service rendered during one bed-day spent in the hospital (inpatient) medical institution.
- 1.20. **Ward:**
- 1.20.1. **Standard ward** - a ward, whose material and technical equipment ensures provision of medical services to the full extent.
- 1.20.2. **Non-standard ward** - individual ward, improved for more comfort
- 1.20.3. **Intensive care ward** - a ward, whose material and technical equipment ensures provision of special care activities to the full extent.
- 1.21. **Agreement** - the Agreement on insurance service and its annexes, amendments, which are integral part of it and are collectively referred to as Agreement, except for, when due to the contents of the Agreement separately shall be indicated on the Agreement/Annex.

2. პოლისით გათვალისწინებული სადაზღვევო მომსახურებების განმარტებები:

- 2.1. **24 საათიანი სატელეფონო კონსულტაცია** - ითვალისწინებს მიმდინარე სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებულ სადღეღამისო სატელეფონო 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, ბარათის შესაბამისად.
- 2.3. **პირადი ექიმის მომსახურება** - ითვალისწინებს პოლისით განსაზღვრულ სამედიცინო დაწესებულებაში მზღვევლის 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, საჭიროების შემთხვევაში დაზღვეულის ბინაზე ვიზიტის განხორციელებას.
- 2.4. **პროფილაქტიკური კვლევები** - ითვალისწინებს დაზღვევის მოქმედების პერიოდში პროფილაქტიკურ და პირადი ექიმის მიერ შერჩეულ ასაკის შესაბამის საკრინინგო კვლევებს ჰიპერტონული დაავადების, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და შაქრიანი დიაბეტისათვის - წელიწადში ერთხელ, შემდეგი სახეობებით: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, საერთო ქოლესტერინის განსაზღვრა სისხლში, ელექტროკარდიოგრაფია, გლუკოზის განსაზღვრა პერიფერიულ სისხლში.
- 2.5. **სტომატოლოგიური პროფილაქტიკური მომსახურება (კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“)** - ითვალისწინებს წელიწადში ერთხელ სამედიცინო ჩვენების გარეშე კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“ შემდეგ სამედიცინო მომსახურებას: ორთოპედის, ორთოდონტის, თერაპევტის, იმპლანტოლოგის კონსულტაცია, ბაკტერიალური ფლორის აპლიკაცია, ვიდეო კამერით დათვალიერება.
- 2.6. **ჰოსპიტალური მომსახურება:** მკურნალობა, რომლის დროსაც პაციენტი სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში იკავებს საწოლს ღამისთევით.
 - 2.6.1. **გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება** - ითვალისწინებს დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებული იმ აუცილებელი სამედიცინო ღონისძიებების (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა) ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა 24 საათზე მეტი გადავადების პირობებში გარდაუვალა დაზღვეულის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და რომლებიც დაზღვეულს გაეწევა სამედიცინო დაწესებულებაში ისე, რომ პაციენტი იკავებს საწოლს სამედიცინო დაწესებულებაში ერთი საწოლ/დღე და მეტი ხნით. ანაზღაურებას ექვემდებარება მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების ხარჯები წინამდებარე დაზღვევის პოლისში განსაზღვრული გადაუდებელი შემთხვევების პოზიტიური სიის შესაბამისად. აგრეთვე, ანაზღაურდება ინფექციური მართვის პროგრამის ფარგლებში 18 წლამდე ასაკის პირთათვის ანდა საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის #36 დადგენილებით განსაზღვრული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების (გარდა I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) და საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 31 ოქტომბრის 279 დადგენილებით „2013 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ გათვალისწინებული „ინფექციური დაავადებების მართვის“ პროგრამით განსაზღვრული შემთხვევები.
- 2.6.1.1. **გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება ჩამონათვალი (პოზიტიური სია):**
 - D65 დისემინირებული სისხლძარღვშია შედედება [დეფიბრინაციული სინდრომი]
 - ალერგოლოგია**
 - J45 ასთმა (შეტვავთა სტადია). ალერგია ანაფილაქსიური მდგომარეობისა და ხორხის შეშუპების განვითარების ტენდენციით
 - J46 ასთმური სტატუსი (status asthmaticus)
 - L50 ურტიკარია.
 - T78.1 საკვების მავნე რეაქციები (კვებითი ალერგია).
 - T78.3 ანგიონევროზული შეშუპება.
 - T78.4 ალერგია, დაუზუსტებელი (ალერგია მწერის ნაკბენზე).
 - T88.7 პათოლოგიური რეაქცია სამკურნალო საშუალებაზე, ან მედიკამენტზე დაუზუსტებელი (წამლისმიერი) ალერგია
 - T80.6 შრატისმიერი დაავადება
 - ანგიოლოგია, ოპერაციები ზოგადი გაუტკივარებითა და ინტენსიური თერაპიით**
 - I26 ფილტვის არტერიის (ვენის) ინფარქტი, თრომბოემბოლია, თრომბოზი.

2. Definitions of the Insurance services defined by the Policy

- 2.1. **24 hours phone consultation** – considers the round-the-clock telephone consultation related to the current medical insurance, settlement of problematic issues, organizing coordinating of medical care
- 2.2. **Emergency medical care** - implies reimbursement of calling an ambulance for a life-threatening, urgent medical care on site by brigade during medical emergency situations, in order to preserve the vital functions of the patient, transportation to a medical facility, in accordance with the terms of the card.
- 2.3. **Personal doctor service** - implies consultations with a doctor (general practitioner / therapist) indicated by the Insurer in a medical facility specified by the Policy, ongoing supervision of the Insured, and planning of age-related screening studies, providing medical recommendations, producing medical history, and, if necessary, performing laboratory and diagnostic tests. Additionally, this service includes providing referrals to the specialists of different profiles, planning and organizing consultations, scheduling medical treatments when needed, providing home visits to the Insured when needed.
- 2.4. **Preventive examinations** - includes age-appropriate screening tests selected by the prophylactic and personal doctor for the period of insurance coverage for Hypertension, Cardiovascular Disease and Diabetes - once in a year, with the following types: blood test, urine test, cholesterol in blood, electrocardiogram, glucosa level in peripheral blood.
- 2.5. **Dental Preventive services (Clinic"Universe - Ltd InterMed Tour")** - provides medical services once a year without medical indication in the clinic Clinic"Universe - Ltd InterMed Tour" for the following medical services: consultations of orthopaedist, orthodontist, therapist, implantologist, FTO-Lac application in children, examination by video camera
- 2.6. **Hospitalization service:** treatment when the patient stays in the stationary type medical institution for one bed night.
 - 2.6.1. **Urgent hospitalization-** implies reimbursement of necessary medical measures (medications, diagnostic manipulations, therapeutic and surgical treatment), that resulted from worsening of the health condition of the Insured, and delay of which for more than 24 hours will result in the death of the Insured, disablement or worsening of the health condition, which will be provided to the Insured in a way that the patient will stay in the medical institution for one bed-day or more. Expenses of urgent hospital care related to the worsening of the health conditions within the current Insurance Period are subject to indemnification in accordance with the positive list of urgent cases defined by the present Insurance Policy. Reimbursement will be provided for people under the age of 18 within the infectious disease management program or as defined by the Government of Georgia Order #36 on Emergency Medical Care approved on 21 February 2013 (except for I level intensive care / treatment), and individual cases identified within the "Infectious Disease Management" program approved by the Government Order #279 on "approval of the state healthcare programs of 2013" of October 31, 2013.

2.6.1.1. Urgent Hospital care list (Positive list):

- D65 disseminated intravascular clotting [defibrillator syndrome].
- Allergology**
- J45 - Asthma Allergy with tendency to develop anaphylactic reaction and laryngeal edema
- J46 status asthmaticus
- L50 urticaria
- T78.1 Other adverse food reactions
- T78.3 · Angioneurotic edema
- T78.4 · Other and unspecified allergy (allergy to insect bites).
- T88.7 - Unspecified adverse effect of drug or medicament.
- T80.6 - Other serum reactions

- Angiology, Surgeries with General Anaesthesia and Intensive Therapy**
- I26 Pulmonary artery (vein) infarction, thromboembolism, thrombosis.
- I74 Arterial emboli and thrombosis.
- I71.3 Aneurism of abdominal aorta, ruptured.
- I71.5 Aneurism of abdominal aorta, ruptured.
- I72 Other aneurysm and dissection, ruptured,

I74 არტერიების ემბოლია და თრომბოზი.
I71.3 მუცლის აორტის ანევრიზმა, გამსკდარი.
I71.5 თორაკოაბდომინური აორტის ანევრიზმა გასკდომით.
I72 ანევრიზმების სხვა ფორმები (გამსკდარი)

გასტროენტეროლოგია

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

გინეკოლოგია

O00 საშვილოსნოს გარე ორსულობა

ენდოკრინოლოგია

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

კარდიოლოგია (ქირურგიული და ინვაზიური ჩარევის გარეშე)

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

ნევროლოგია

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

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

ბ) ეპილეფსია/ნერვ-კუნთოვანი ავადმყოფობები/ნერვული სისტემის სხვა დაზიანებები:

G70 Myasthenia gravis (მძიმე მიასთენია)
G41 ეპილეფსიური სტატუსი
G93.2 კეთილთვისებიანი ქალაშიდა ჰიპერტენზია მწვავედ განვითარებული ნეიროქირურგია
ოპერაციული მკურნალობა/ინტენსიური თერაპია:
S06.4 ეპიდურული სისხლჩაქცევა
I61 ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა
G93.5 თავის ტვინის კომპრესია
G93.6 ცერებრული შეშუპება
G91 ჰიდროცეფალია მწვავედ განვითარებული

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

ბ) III სირთულის ოპერაციები

J39.0 რეტროფარინგეული და პარაფარინგეული აბსცესი
J05 მწვავე ოსტრუქციული ლარინგიტი და ეპიგლოტიტი (მძიმე სუნთქვის უკმარისობა, ცენტრალური ციანოზი, სატურაციის დაქვეითება)

გ) უკანა ტამპონადა

R04.0 ცხვირიდან სისხლდენა (უკანა ტამპონადით)
რევმატოლოგია და მეტაბოლური დარღვევები
M10 პოდაგრა (გამწვავებული, გართულებული პოდაგრული სტატუსით)
I00-I02 მწვავე რევმატიზმი რევმატული ცხელებით

უროლოგია

N20 თირკმლის და შარდსაწვეთის კენჭები (ობსტრუქციული უროპათია - (ციტოსკოპია, კათეტერიზაცია, ურეთეროენოსკოპია)
N40 პროსტატის ჰიპერპლაზია (შარდის შეკავება, მაკროჰემატურია - შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, ცისტოსტომა)
N23 დაუზუსტებელი თირკმლის ქვავი (ციტოსკოპია, კათეტერიზაცია, ურეთეროენოსკოპია)
N47 გრძელი ჩუჩა, ფიმოზი, პარაფიმოზი

Gastroenterology

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

Gynecology

O00 Ectopic pregnancy

Endocrinology

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

Cardiology (without surgical and invasive intervention)

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

Neurology

A) Inflammatory CNS diseases/Episodic and paroxysmal disturbances/Polyneuropathies: G61 Inflammatory polyneuropathy
G04 Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis
G04 Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis
G46 Brain vascular syndrome during cerebrovascular diseases

b) Epilepsy/Neuromuscular diseases/ other diseases of neural system:

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

Neurosurgery, Surgical treatment/Intensive therapy:

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

Nephrology

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

Otolaryngology

a) Surgeries of difficulty level IV

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

b) Surgeries of difficulty level III

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

c) Posterior tamponade

R04.0 Nasal bleeding (with posterior tamponade)
M10 Gout (with severe, complicated gout status)
I00-I02 Acute rheumatism with rheumatic fever

Urology

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

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 ელენთის ტრავმა
S36.9 მუცლის ღრუს დაუზუსტებელი ორგანოს დაზიანება
K43.0 მუცლის წინა კედლის თიაქარი გაუვალობით, განგრენის გარეშე
K45.0 სხვა დაუზუსტებული 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 დაუზუსტებული შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული
ცირკულაციური გართულებებით [დიაბეტური
განგრენა]
E14.5 დაუზუსტებული შაქრიანი დიაბეტი პერიფერიული ცირკულარული
გართულებებით [დიაბეტური განგრენა]
K25.1 კუჭის პეპტიური წყლული, დაუზუსტებელი ლოკალიზაციით
მწვავე, პერფორაციით
K26.1 თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული მწვავე, პერფორაციით
K65.0 მწვავე პერიტონიტი (ადგილობრივი)
K80.0 ნაღვლის ბუშის 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 ბირდაყის 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 დაუზუსტებული 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 დაუზუსტებული ჩაჭედილი თიაქარი განგრენის
გარეშე
K92.0 პემატემეზისი
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 პემატემეზისი (კონსერვატული მკურნალობა)
K92.1 მელენა (კონსერვატული მკურნალობა)
K92.2 გასტროინტესტინური სისხლდენა, დაუზუსტებელი
(კონსერვატული მკურნალობა)
K85 მწვავე პანკრეატიტი (კონსერვატული მკურნალობა)

ყბა-სახის ქირურგია

ოპერაციები ზოგადი გაუტკივარებით

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

პემატოლოგია

ქირურგიული მკურნალობა – სპლენექტომია

D69.3 იდიოპათიური თრომბოციტოპენიური პურპურა - კრიზული
მდგომარეობის დროს
C94.7 სხვა დაუზუსტებული ლეიკემია - კრიზული მდგომარეობის დროს
D55 ფერმენტული დარღვევებით გამოწვეული ანემიები - კრიზული
მდგომარეობის დროს

Surgery

a) Surgeries of difficulty level IV

A48.0 Gas gangrene
K56 Paralytic constipation and intestinal obstruction without hernia
K25 Gastric ulcer (complicated with decompensated pyloric stenosis)
K26 Duodenal ulcer (complicated with decompensated pyloric stenosis)
K27 Peptic ulcer, with unspecified location (complicated with
decompensated pyloric stenosis)
K85 Acute pancreatitis
K65.0 Acute peritonitis (spread)

b) surgeries of difficulty level III

A48.0 Gas gangrene (radical removal of focal area)
S36.0 Splenic trauma
S36.9 lesion of unspecified abdominal organ
K43.0 Hernia of the anterior abdominal wall with constipation, without
gangrene
K45.0 Other unspecified abdominal hernia with constipation without
gangrene (large or gigantic)
I70.2 Atherosclerosis of limb arteries [atherosclerotic gangrene]
E10.5 Insulin dependent diabetes mellitus with complications of
peripheral circulation [diabetic gangrene]
E11.5 Non-Insulin dependent diabetes mellitus with complications of
peripheral circulation [diabetic gangrene]
E12.5 Diabetes mellitus associated with feeding with complications of
peripheral circulation [diabetic gangrene]
E13.5 Other specified diabetes mellitus with complications of
peripheral circulation [diabetic gangrene]
E14.5 Unspecified diabetes mellitus with complications of peripheral
circulation [diabetic gangrene]
K25.1 Acute peptic ulcer of unspecified location with
perforation.
K26.1 Acute duodenal ulcer with perforation perforation
K65.0 Acute peritonitis (local)
K80.0 Gallbladder calculi with acute cholecystitis (purulent,
gangrenous)
K81.0 Acute cholecystitis (purulent, gangrenous)
K40.0 Bilateral inguinal hernia constipation without gangrene
K41.0 Bilateral inguinal hernia constipation with gangrene
K40.4 Unilateral or unspecified inguinal hernia with constipation with
gangrene
K41.0 Bilateral inguinal hernia constipation without gangrene
K41.4 Unilateral or unspecified femoral hernia with gangrene
K42.1 Umbilical hernia with gangrene
K43.1 Anterior abdominal wall hernia with gangrene
K45.1 Other specified abdominal hernia with gangrene
K40.3 Unilateral or unspecified incarcerated inguinal hernia with
constipation without gangrene
K41.3 Unilateral or unspecified incarcerated femoral hernia with
constipation without gangrene
K42.0 Umbilical hernia with constipation without gangrene
K43.0 Ventral incarcerated hernia with constipation without gangrene
K45.0 Other abdominal specified incarcerated hernia without gangrene
K92.0 Hematemesis
K92.1 Melena
K92.2 Gastrointestinal bleeding, unspecified

c) Surgeries of difficulty level II and conservative treatment

K35.9 Acute appendicitis, unspecified (catarrhal, phlegmonous,
gangrenous)
K92.0 Hematemesis (conservative treatment)
K92.1 Melena (conservative treatment)
K92.2 Gastrointestinal bleeding, unspecified (conservative treatment)
K85 Acute pancreatitis (conservative treatment)

Maxillofacial surgery

Surgeries with general anesthesia

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

Haematology

Surgical treatment - Splenectomy

D69.3 Idiopathic thrombocytopenic purpura – crisis state
C94.7 Other specified leukaemia- crisis state
D55 Anaemia caused by enzyme disturbances - crisis state
D56 Thalassemia - crisis state
D57 Sickle-cell disorders - crisis state
D58 Other hereditary haemolytic anaemias - crisis state
D59 Acquired haemolytic anaemias - crisis state

D56 თალასემია - კრიზული მდგომარეობის დროს
D57 წამგლისებურ-უჭრედული დარღვევები - კრიზული მდგომარეობის დროს
D58 სხვა მემკვიდრული ჰემოლიზური ანემიები - კრიზული მდგომარეობის დროს
D59 შეძენილი ჰემოლიზური ანემიები - კრიზული მდგომარეობის დროს

2.6.2. **ჰოსპიტალიზაცია უბედური შემთხვევის გამო** - ითვალისწინებს მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში გარეშე ძალის (ფიზიკური, მექანიკური, თერმული, ქიმიური) ზემოქმედების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისა იმ სამედიცინო ღონისძიებების (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური მანიპულაციები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა, სტანდარტული და/ან რეანიმაციული ჰალატის ხარჯები) ღირებულების ანაზღაურებას, ბარათის შესაბამისად, რომელთა 24 საათზე მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან დაინვალიდება. სადაზღვევო შემთხვევად ითვლება და ანაზღაურებას ექვემდებარება მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში მომხდარი უბედური შემთხვევის გამოწვეული დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მწვავე გაუარესებასთან დაკავშირებული სამედიცინო ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც გაეწევა დაზღვეულს ისე, რომ ის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე იკავებს საწოლს სამედიცინო დაწესებულებაში.

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

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

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

2.6.4. **შენიშვნა:**

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

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

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

2.6.4.4. **ჰოსპიტალიზაცია გამონაკლისების და მოცდების გარეშე** - ითვალისწინებს დანართი #1-ის მუხლი #4-ში მითითებულ ჰოსპიტალურ კლინიკებში 10%-40% ფასდაკლებას მიუხედავად გამონაკლისებში არსებული შეზღუდვებისა და მოცდის პერიოდის არსებობისა.

2.7. **ამბულატორია**: სამედიცინო დაწესებულებაში ღამისთევს გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურება.

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

2.7.1.1. **გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება "პოზიტიური სისის" შესაბამისად** - ითვალისწინებს ქვემოთ ჩამოთვლილი პოზიტიური სისით განსაზღვრული შემთხვევების დროს საჭირო სამედიცინო მომსახურების (სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები, ამბულატორიული მანიპულაციები, მედიკამენტები) ღირებულების ანაზღაურებას, პოლისის პირობების შესაბამისად, რომელიც დაზღვეულს უნდა გაეწიოს შემთხვევის დადგომიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში და რომელთა მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან დაინვალიდება.

პოზიტიური სისით განსაზღვრული გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევები:

- **ტრავმები:** ტრავმატოლოგიის კონსულტაცია, რენტგენოლოგიური კვლევა, იმობილიზაცია, რეპოზიციონირება, ფიქსაცია, ბლოკადები;
- **ჭრილობა:** სპეციალისტის კონსულტაცია, ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება და გაკერვა. მედიკამენტები, ანტირაბიული და ანტიტეტანური ვაქცინაცია.
- **სისხლდენა:** ექიმის კონსულტაცია, ტამპონადა, კოაგულანტები.
- **უცხო სხეული:** კონსულტაცია, უცხო სხეულის ამოღება.
- **თერმული, ქიმიური, ელექტროკონტაქტური დაზიანება:** კონსულტაცია, დაზიანებული უბნის ქირურგიული დამუშავება, შეხვევა.
- **ცხვირიდან სისხლდენა:** კონსულტაცია, წინა ტამპონადა.
- **გულის რითმის დარღვევები:** კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრაფია,

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

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

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

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

2.6.4. **Note:**

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

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

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

2.6.4.4. **Hospitalization without exceptions and waiting** - implies 10% -40% discounts for the service listed in Article 4 of the appendix #1 in hospital clinics despite the limits defined by the restriction list and the waiting period.

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

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

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

Emergency outpatient cases defined by the positive list:

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

რითმის სტაბილიზაცია.

- **ჰიპერტონული კრიზი:** კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრამა, არტერიული წნევის სტაბილიზაცია.
 - **ალერგია ანაფილაქსიური მდგომარეობისა და ხორხის შეშუპების განვითარების ტენდენციით:** კონსულტაცია, ანტიალერგიული მკურნალობა.
 - **მწვავე ბრონქიტი/ მწვავე ობსტრუქციული ლარინგიტი/ეპიგლოტიტი:** კონსულტაცია, ბრონქოსპაზმის კუპირება.
 - **თირკმლის, აბდომინალური და ნაღვლკენჭოვანი კოლიკა:** კონსულტაცია, სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, ერთი სისტემის ექსკოპია, ინტრავენური ინფუზია, ტკივილის კუპირება.
 - **შარდის შეკავება:** კონსულტაცია, კათეტერიზაცია, ინტრავენური ინფუზია, შარდის საერთო ანალიზი.
 - **გულმკერდის და მუცლის არეში დაზუსტებული ტკივილი და თავის ტკივილი:** კონსულტაცია, ტკივილის კუპირება და ბლოკადა.
 - **ინტოქსიკაცია:** კონსულტაცია, კუჭის ამორცხვა, დეზინტოქსიკაცია/ინფუზიური თერაპია, ლაბორატორიული კვლევები.
 - **ჰიპერთერმია:** კონსულტაცია, ანტიპირეტული მკურნალობა.
- 2.7.1.2. **გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება „პოზიტიური სის“ მიღმა** - ითვალისწინებს პოზიტიური სით გაუთვალისწინებელი გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევებისას ანდა პოზიტიური სითით გათვალისწინებული მდგომარეობებისას დანიშნული სხვა სამედიცინო მომსახურებების (სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები, ამბულატორიული მანიპულაციები, მედიკამენტები) ღირებულების ანაზღაურებას, პოლისის პირობების შესაბამისად, რომელიც დაზღვეულს უნდა გაეწიოს შემთხვევის დადგომიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში და რომელთა მეტი ხნით გადავადება იწვევს დაზღვეულის სიკვდილს ან დაინვალიდას.
- 2.7.2. **გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება** - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებისას ექიმის მიერ დანიშნული ამბულატორიული მომსახურების (სპეციალისტების კონსულტაციების, კლინიკური, ინსტრუმენტული, ლაბორატორიული გამოკვლევებისა და ამბულატორიული მანიპულაციების (იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი არ იკავებს საწოლს) ხარჯების ანაზღაურებას.

შენიშვნა:

სამკურნალო ამბულატორიული მანიპულაციები, რომლებიც არ საჭიროებენ პაციენტის მიერ საწოლის დაკავებას მომსახურების ხარჯები ანაზღაურდება უწყვეტი დაზღვევის 25-ე თვიდან 50%-ის ოდენობით. მედი ბაზისური პოლისის შემთხვევაში გეგმიური ამბულატორიული სამკურნალო მანიპულაციები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

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

- 2.8. **მედიკამენტური მკურნალობა** - საქართველოს კანონმდებლობით რეგისტრირებული სამკურნალო საშუალება, რომელიც გამოიყენება დაავადების სამკურნალოდ ან მისი პრევენციის მიზნით და რომელთა აქტიური ნივთიერება ან მათი კომბინაცია მოწოდებულია კონკრეტული დაავადების მედიკამენტური თერაპიის, დაავადების ან მისი გართულების პრევენციისათვის, საერთაშორისოდ აღიარებული და/ან ადგილობრივი სამედიცინო გაერთიანებების მიერ შემუშავებული და დამტკიცებული მკურნალობის გაიდლაინებით და არსებობს საკმარისი, სანდო კლინიკური მტკიცებულებები მათი შესაბამისად გამოყენების ეფექტურობისათვის;
- 2.9. **მედიკამენტები გამოაკლისებში არსებული დაავადებების სამკურნალოდ** **ჰსპ და ავრსი საფთაქო ქსელი (გარდა ონკოპარპარატებისა)** - ითვალისწინებს ფასდაკლებას იმ დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებზე, რომლებიც არ იფარება გამოაკლისებით.

შენიშვნა:

მზღვეველი უფლებას ითვებს შეცვალოს ამ მომსახურების პროვაიდერი საფთაქო ქსელი, რაც გეგნობებით მოკლე ტექსტური შეტყობინების (SMS) სახით პოლისში მითითებულ მობილურის ნომერზე.

- 2.10. **ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებები** - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით, ამბულატორიული მკურნალობის მიზნით, პირადი ექიმის მიერ დანიშნულ ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატებს/ჰომეოპათიურ საშუალებებს.
- 2.11. **ორსულობა** - (ვრცელდება მხოლოდ კლინიკა კურაციოზე მიმავრებულ დაზღვეულებზე) ითვალისწინებს კლინიკა კურაციოში, ორსულთა პატრონაჟისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებების: ექიმის კონსულტაცია, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას, ბარათის პირობების შესაბამისად.
- 2.12. **გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება** - ითვალისწინებს პირველადი სტომატოლოგიური დახმარების (კბილის მწვავე ტკივილისას კბილის ამოღება (ექსტრაქცია) და მასთან დაკავშირებული ანესთეზია) - ღირებულების ანაზღაურებას პოლისის პირობების შესაბამისად.
- 2.13. **გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება** - ითვალისწინებს სტომატოლოგის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების (დენტოგრამა და/ან ვიზიო), კბილის ექსტრაქციის, კბილის მკურნალობის (დაბუნის), ქვებისა და ნადებების მოცილების (დახურული კიურეტაჟი ულტრასტომით), გეგმიური ქირურგიული მანიპულაციების ხარჯების ანაზღაურებას, პოლისის პირობების შესაბამისად.
- 2.14. **ორთოპედიული სტომატოლოგია** - ითვალისწინებს ორთოპედის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების, მოსახსნელი

- **Hyperthermia:** consultation, antipyretic treatment.

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

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

Note:

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

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

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

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

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

2.10. **Biologically active food supplements/ homeopathic remedies** - implies biologically active food supplements/ homeopathic remedies for the purpose of outpatient treatment, with medical indication.

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

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

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

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

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

2.16. **Additional dental services in Clinic “Universe - Ltd InterMed Tour”**- implies 50% discounts of the following services: Implantation, treatment by microscope, processing of channels with endobonic apparatus (full hermetization of the channel/full cleaning of the channel from the infected tissue nitrogen oxide (procedure without stress and tension).

მთლიანი და/ან ნაწილობრივი პროთეზისა და მიკროპროთეზის, მეტალოკერამიკის, მეტალოპლასტიკის, პლასტიკისა და ფოლადისა გვირგვინის, ჩანართის, უმეტალო კერამიკისა (გვირგვინების და ვინირების დამზადება) და ბიგელისებური პროთეზის ღირებულებაზე ფასდაკლებას, აგრეთვე ფასდაკლებას თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიური მომსახურების ისეთ სერვისებზე, რომელთა განვსაზღვრავს საჭიროა ორთოპედიული სამუშაოების მოსამზადებლად, ბარათის შესაბამისად.

- 2.15. **ორთოდონტიული სტომატოლოგია** - ითვალისწინებს ორთოდონტის კონსულტაციის, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების, მოსახსნელი ორთოდონტიული ფირფიტოვანი აპარატისა და მოუხსნელი ორთოდონტიული აპარატის (ბრეის-სისტემა) ღირებულებაზე ფასდაკლებას, აგრეთვე ფასდაკლებას თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიური მომსახურების ისეთ სერვისებზე, რომელთა განვსაზღვრავს საჭიროა ორთოდონტიული სამუშაოების მოსამზადებლად, ბარათის შესაბამისად.
- 2.16. **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 დაძაბულობის გარეშე).

3. ქმედება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას

- 3.1. სამედიცინო მომსახურების საჭიროებისას დაზღვეული უკავშირდება 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.
- 3.2. **სასწრაფო სამედიცინო დახმარება** - დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სასწრაფო გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადას.
- დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი უკავშირდება კომპანიის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურს. სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურის მეშვეობით 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 ჩეკთან გათანაბრებული დოკუმენტი ან დოკუმენტი, სადაც მოცემულია დეტალური განვსაზღვრავს/კალკულაცია და სალაროს ქვითარი.

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

- 3.3. **პროფილაქტიკური კვლევები** - სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების მიზნით დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ გამოკვლევებზე მიმართვით, პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე.
- 3.4. **სტომატოლოგიური პროფილაქტიკური მომსახურება (კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“)** - დაზღვეული მიმართავს კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურს“, რომელიც უზრუნველყოფს პროფილაქტიკური მომსახურების ჩატარებას.
- 3.5. **ქოსპიტალიზაცია:**
- 3.5.1. **გადაუდებელი ქოსპიტალიზაციისას, უბედური შემთხვევით გამოწვეული ჯანმრთელობის უცარი გაუარესებისას** - დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი, ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ, მომსახურების მიღებამდე, აცნობოს კომპანიის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურს. შეტყობინება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, პოლისის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო. **შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.**
- მზღვეული კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკასთან აწარმოებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან.
 - კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის მოწმობა, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურება

3. Action to take during insurance incident

- 3.1. Upon necessity, the insurer addresses the personal doctor (in the medical establishment specified in the policy), which provides medical case and disease management (diagnosis and treatment, clinical, laboratory, instrumental examination and specialist consultation), organizes medical services.
- 3.2. **Emergency medical aid** - The Insured is authorized to apply to any licensed emergency medical care brigade. The insured or any other interested person shall call on the Medical Service Support of the company. By means of the hot-line, upon submission of the insurance policy and personal identification documentation to the ambulance brigade, the insured will be released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer, as specified by the insurance terms. The insured calls to the ambulance brigade himself/herself, pays the cost of services completely and then applies to the insurance reimbursement group within 30 days after receipt of the service. Documents required for obtaining reimbursement include: insurance card; ID card; medical documentation proving the rendered services certified by the signature and stamp of the medical institution/doctor and financial documentation proving the payment in the form defined by the Ministry of Finance, document equal to the check printed in the printing-house or a document, containing detailed calculation and a receipt of cash desk
- Note:** non-emergency/non-urgent medical care shall not be subject of reimbursement with the mentioned service by the company;
- 3.3. **Preventive examinations** - in order to check the health condition without a medical referral, an Insured shall apply to a personal doctor who provides insurance for the examination provided by insurance conditions on the basis of a personal doctor's service.
- 3.4. **Dental Preventive services (Clinic"Universe - Ltd InterMed Tour")** - The Insured applies the Clinic"Universe - Ltd InterMed Tour, which provides prophylactic services.

3.5. Hospitalization

- 3.5.1. **Urgent Hospitalization due to accident or sudden worsening of health** - the insured or other interested person shall notify the Medical Service Support department of the company about this fact before receiving the service. The notice shall include the following: name and surname of the insured person, policy number, the name of the medical establishment, application time to a medical facility. **The expenses of medical services received without notice are not subject to indemnification.**
- the Insurer performs direct settlement of payments with the contractor clinics whereby the insured person is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer.
 - While applying to a non-contractor clinic of the company the insured covers the expenses of the service in full and then applies to the insurance reimbursement group to get the refund within 30 days from the date of receipt of the service. Documents required for obtaining reimbursement include: insurance card, identity card, form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed and stamped by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment.
- 3.5.2. **The planned hospitalization** - the Insured shall submit the documents on hospitalization/surgical/stationary day services at least 5 (five) working days before the hospitalization date; **in case if the planned hospitalization is not agreed with the Insurer and the relevant documentation is not submitted beforehand, the medical service shall not be subject to reimbursement.**
- The Insured person is authorized to choose the servicing licensed medical institution himself/herself. In order to receive service in the

- დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.
- 3.5.2. გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე; **იმ შემთხვევაში, თუ გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია წინასწარ არ არის შეთანხმებული მზღვეველთან და წინასწარ არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია, მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.**
- დაზღვეული უფლებამოსილია თავად აირჩიოს მომსახურე სამედიცინო დაწესებულება 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.
 - არაკონტრაქტორ სამედიცინო დაწესებულებაში გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის მომსახურების ხარჯები ანაზღაურდება პოლისი „მედი“ არაუმეტეს სამი (იმ შემთხვევაში, თუ სამზე მეტი კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულება) კონტრაქტორი სამედიცინო დაწესებულების საშუალო ფასის შესაბამისად. საშუალო ფასის დათვლისას გათვალისწინებული იქნება კონტრაქტორი კლინიკების მიერ ხელშეკრულებით განსაზღვრული ფასდაკლება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: 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. სახელმწიფო პროგრამის მონაწილეებისთვის, გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის მომსახურების ანაზღაურება მოხდება შემდეგი წესის მიხედვით: კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებისას სადაზღვევო კომპანია იხელმძღვანელებს იმ ტარიფით, რომელიც იქნება ყველაზე მაღალი სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ სამედიცინო დაწესებულების მიერ შემოთავაზებულ ან/და კონტრაქტორი კლინიკების საშუალო ტარიფს შორის. სახელმწიფო პროგრამის მონაწილე პირებისთვის გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის მომსახურება ანაზღაურდება მხოლოდ შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებაში. დაზღვევის პირველ წელს გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3.5.3. **ჰოსპიტალიზაცია გამონაკლისების და მოცდების გარეშე** - ჰოსპიტალიზაციის შესახებ დაზღვეულმა სრულყოფილი დოკუმენტაცია უნდა წარმოადგინოს მზღვეველთან ჰოსპიტალიზაციის თარიღამდე მინიმუმ 3 (სამი) სამუშაო დღით ადრე. მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს. იმ შემთხვევაში, თუ ჰოსპიტალიზაცია წინასწარ არ არის შეთანხმებული მზღვეველთან და წინასწარ არ არის წარმოდგენილი შესაბამისი დოკუმენტაცია მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3.6. **ამბულატორიული მომსახურება**
- 3.6.1. **გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება** - დაზღვეული, ან სხვა დაინტერესებული პირი, ვალდებულია აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ, მომსახურების მიღებამდე, აცნობოს კომპანიის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურს. 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 ანარმოებს პირდაპირ ანგარიშსწორებას, რის საფუძველზეც დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებული წილის გადახდისგან.
 - კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის მოწმობა, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #100 (მიღებული მომსახურების დეტალური აღწერით), მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.
- 3.6.2. **გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება**
- 3.6.2.1. სადაზღვევო ბარათებით მედი ბაზისური, მედი ოპტიმალური, მედი სტანდარტი დაზღვეულს გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ხარჯები აუნაზღაურდება მზღვეველის კონტრაქტორ კლინიკებში პირადი ექიმის მიმართვის საფუძველზე.
- **გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე:** დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვით პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე. პირადი ექიმის მიმართვის, სადაზღვევო პოლისის და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება მომსახურებაში თანხის დაზღვეულის მიერ გადასახდელი წილის გადახდისაგან.
 - იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულისთვის საჭირო დიაგნოსტიკური კვლევები არ ხორციელდება პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე პირადი

contracting hospital of the company, the Insurer shall issue a letter of guarantee under which, the insured person is released from payment of the amount. Documents required for obtaining a letter of guarantee include: a detailed quotation/calculation of the service and the form # 100.

In the non-contractor medical facility, the costs of planned hospital services shall be reimbursed by average cost of no more than three contracting medical facilities of Insurance Policy "Medi" (if there are more than three contractor medical institutions). When calculating the average price, the contractual clinic discount (if any) will be taken into account. While applying to a non-contractor clinic of the company, the insured covers the expenses of the service in full and then applies to the insurance reimbursement group to get the refund within 30 days from the date of receipt of the service. Documents required for obtaining reimbursement include: Insurance policy, identity card; form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed and stamped by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment.

For state program participants, planned hospital services will be compensated according to the following rules: in case of reimbursing for specific medical expenses, insurance company will be guided by the tariff, which will be highest among the tariffs determined by the state medical facilities and/or average tariff offered by the contractor clinics.

For individuals enrolled in the state program, the provision of planned hospitalization services will be reimbursed solely at designated institutions that are acknowledged as participating entities in this state program.

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

3.5.3. **Hospitalization without exclusions and waiting period** - he insured must provide full documentation about the hospitalization to the Insurer within three (3) working days before the date of hospitalization. In order to receive service in the provider clinic of the company, the Insurer shall issue a letter of guarantee.

In the event that hospitalization is not agreed with the insurer in advance and relevant documentation is not submitted in advance, the service is not subject to reimbursement by the insurer.

3.6. Outpatient service:

3.6.1. **Urgent Outpatient service-** the insured or other interested person shall notify the Medical Service Support department of the company about this fact before receiving the service. The notice shall include the following: name and surname of the insured person, policy number, the name of the medical establishment, application time to a medical facility. The expenses of medical services received without notice are not subject to indemnification.

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

- While applying to a non-contractor clinic of the company the insured covers the expenses of the service in full and then applies to the insurance reimbursement group to get the refund within 30 days from the date of receipt of the service. Documents required for obtaining reimbursement include: insurance card, identity card, form #100 (with the detailed information about provided medical service) signed and stamped by service provider/doctor, detailed quotation/calculation of service, receipt confirming the payment.

3.6.2. Planned outpatient care

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

- **Planned outpatient service within Personal Doctor's service base:** The insured shall address the personal doctor: The personal doctor provides the Insured with the required referral on the base of the personal doctor service. The Insured is exempted from payment of part of the service cost payable by the Insured upon submission of referral of the personal doctor, Insurance Policy and ID card.

- If the diagnostic examinations necessary for the Insured are not performed on the base of the personal doctor service, the personal doctor provides the Insured with required examinations and referral of the specialist in the contractor clinics of the Insurer. In the contractor clinic the insured shall be released from the obligation of payment of the amount that will be reimbursed by the After, as stipulated by the insurance terms, on the basis of submission of the insurance card, ID card and the referral of the personal doctor.

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

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

3.6.2.2.1. **Planned outpatient personal doctor service on basic clinic:** The insured shall address the personal doctor: The personal doctor provides

ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და სპეციალისტთან მიმართებით მზღვეველის კონტრაქტორ კლინიკებში. კონტრაქტორ კლინიკაში დაზღვეული თავისუფლდება მომსახურებაში თანხის დაზღვეულის მიერ გადასახდელი წილის გადახდისაგან სადაზღვევო პოლისის, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტისა და პირადი ექიმის მიმართვის წარდგენის საფუძველზე. არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიღებული მომსახურება, აგრეთვე პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე (როგორც პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე, ისე სხვა კონტრაქტორ კლინიკაში) მიღებული მომსახურება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება (გარდა მედი კლასიკისა და მედი პრემიუმის ბარათის შემთხვევაში).

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

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

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

3.6.2.2.3. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება პირადი ექიმის მიმართებით არაკონტრაქტორ (გარდა პირადი ექიმის სამსახურისა და პრივილეგირებულ პროვაიდერ კლინიკებში) სამედიცინო დაწესებულებაში დაწესებულებაში (კლასიკი და პრემიუმი ბარათის მფლობელთათვის): დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართებით როგორც კომპანიის კონტრაქტორ კლინიკებში. ოჯახის ექიმის მიმართებით არაკონტრაქტორ კლინიკაში მომსახურების მიღებისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების ჯგუფს მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში (იხ. ანაზღაურებისთვის საჭირო დოკუმენტაცია).

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

ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი, პირადი ექიმის მიმართვა, მიმართვის შესაბამისად ჩატარებული ამბულატორიული მომსახურების დამადასტურებელი სამედიცინო (დაწესებულების დასახელების და მომსახურების მიღების თარიღის მითითებით, რომელიც დამონტაჟებული უნდა იყოს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით) და გადახდის დამადასტურებელი ფინანსური დოკუმენტაცია (მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი).

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

3.6.2.2.6. დამატებითი ამბულატორიული მომსახურება პრივილეგირებულ პროვაიდერებში:

- **დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრებში:** დაზღვეული საჭიროებს სპეციალისტის კონსულტაციას, რეკავს სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერის სამსახურში (ტელ.: 2 505 111) და ათანხმებს ვიზიტს. დაზღვეული იღებს შესაბამის მომსახურებას მხოლოდ სადაზღვევო პოლისისა და პირადობის მოწმობის წარმოდგენის საფუძველზე. სპეციალისტი ნიშნავს გამოკვლევას; ჯიპიის წარმომადგენლის მიერ ხდება კლინიკის სპეციალისტების მიერ დანიშნული გამოკვლევების ჯიპიის ბლანკზე გადატანა, რის საფუძველზეც დაზღვეული დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრებში იხდის მხოლოდ პოლისით გათვალისწინებულ წილს

- **პრივილეგირებულ პროვაიდერ კლინიკაში (ჩამონათვალი იხილეთ www.gpih.ge):** დაზღვეული საჭიროებს სპეციალისტის კონსულტაციას, მიმართავს კლინიკის რეცეფციას და ათანხმებს ვიზიტს. დაზღვეული იღებს შესაბამის მომსახურებას მხოლოდ სადაზღვევო პოლისისა და პირადობის მოწმობის წარმოდგენის საფუძველზე. თუ სპეციალისტი ნიშნავს გამოკვლევას, დაზღვეული ბრუნდება კლინიკის რეცეფციაში, გადასცემს სპეციალისტის მიერ დანიშნული კვლევების ჩამონათვალს

the Insured with the required referral on the base of the personal doctor service. The Insured is exempted from payment of part of the service cost payable by the Insured upon submission of referral of the personal doctor, Insurance Policy and ID card.

3.6.2.2.2. **Planned outpatient care by the referral of personal doctor in the contractor (apart from the personal doctor service and in privileged provider clinics) medical institutions:** The insured shall address the personal doctor. The personal doctor provides the insured with the necessary referral within the contractor clinic of the company. In the contractor clinic the insured shall be released from the obligation of payment of the amount that will be reimbursed by the After, as stipulated by the insurance terms, on the basis of submission of the insurance card, ID card and the referral of the personal doctor. The insured shall pay the full amount for the relevant services and apply to the reimbursement group in order to receive reimbursement within 30 days after receipt of the service. (See documents required for obtaining reimbursement).

3.6.2.2.3. **Planned outpatient care by the referral of personal doctor in the non-contractor (apart from the personal doctor service and in privileged provider clinics) medical institutions:** The insured shall address the personal doctor. The personal doctor provides the insured with the necessary referral within the contractor clinic of the company. When applying to a non-contractor clinic for medical service the insured shall pay the full amount of the relevant cost and apply for the reimbursement to the reimbursement group within 30 days (see documents required for obtaining reimbursement).

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

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

3.6.2.2.5. **Curatio without exclusions (includes only Insureds attached to the clinic Curatio)** - implies financing of the services (consultation with the specialist, instrumental and laboratory examination) provided by the clinic Curatio, despite existing limitation in the main exceptions laid down in the paragraph 4.2.

3.6.2.2.6. Additional outpatient care in the privileged provider clinics:

- **D. Tatishvili medical centers:** the insured requires consultation of the specialist, calls on the hot-line (Phone: 2 505 111) and arranges the visit. The insured receives the relevant services only on the basis of submission of the insurance policy and ID card. The specialist prescribes examination. GPI specialists transfer the examinations prescribed by the specialist of the clinic, based on which the Insured pays in D. Tatishvili clinics only the share of cost envisaged by the Policy.

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

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

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

- კლინიკის რეცეფციის თანამშრომელს, რომელიც გასცემს შიდა მიმართავს აღნიშნულ კვლევებზე, რის საფუძველზეც დაზღვეული იხდის მხოლოდ პოლისით გათვალისწინებულ ნიღს;
- 3.7. **მედიკამენტური მკურნალობა** - სადაზღვევო ბარათებით მედი ბაზისური, მედი ოპტიმალური, მედი სტანდარტი, მედი კლასიკით და მედი პრემიუმით დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს. პირადი ექიმი შესაბამის დანიშნულებას გამოწერს რეცეპტს (საჭიროების შემთხვევაში) და კომპანიის ბლანკზე, რითაც მითითებულ აფთიაქებში დაზღვეული იხდის გამოწერილი მედიკამენტების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ ნიღს. ერთჯერად ანაზღაურებას ექვემდებარება მედიკამენტების არაუმეტეს ერთი თვის მეურნეობისათვის საჭირო ღირებულების ხარჯები. მზღვეულის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება მედიკამენტები, რომელიც არ არის გამოწერილი პირადი ექიმის მიერ კომპანიის ბლანკზე ან ელექტრონულად (გარდა კლასიკისა და პრემიუმისა, როცა დაზღვეულს, ბარათის პირობის შესაბამისად, შეუძლია შეიძინოს და ანაზღაუროს იმ ექიმის დანიშნული მედიკამენტები, რომელთანაც მიღებული კონსულტაცია შეთანხმებული იყო პირად ექიმთან).
- 3.8. **მედიკამენტები გამოწერისას არსებული დაავადებების სამკურნალოდ პსპ და ავერსი საფთხაქო ქსელში (გარდა ონკოპარარტებისა)** - დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც გამოწერს მედიკამენტებს კომპანიის ბლანკზე ან დააფიქსირებს ელექტრონულად, რითაც პსპ და ავერსი საფთხაქო ქსელის აფთიაქებში, დაზღვეული თავისუფლდება მედიკამენტების ღირებულების ბარათით განსაზღვრული ნიღის გადახდისაგან. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე, ასევე სხვა აფთიაქებში შექცენილი მედიკამენტები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3.9. **ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები/ჰომეოპათიური საშუალებები** - დაზღვეული მიმართავს პირადი ექიმს, რომელიც ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატების/ჰომეოპათიური საშუალების დანიშნულებას გამოწერს კომპანიის ბლანკზე ან დააფიქსირებს ელექტრონულად, რითაც პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელებში დაზღვეული იხდის გამოწერილი საშუალების ღირებულების მხოლოდ სადაზღვევო პირობებით გათვალისწინებულ ნიღს. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე, ასევე სხვა აფთიაქებში შექცენილი მედიკამენტები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3.10. **ორსულობა** - დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს კლინიკა კურაციოში. პირადი ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო მიმართვის პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე. პირადი ექიმის მიმართვის, სადაზღვევო პოლისის და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენისას დაზღვეული თავისუფლდება ღირებულების პოლისით გათვალისწინებული ნიღის გადახდისაგან.
- 3.11. **სტომატოლოგიური მომსახურება:**
- 3.11.1. **გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება** - დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკას.
- კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულების დანართში მითითებულ კონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან.
 - კომპანიის არაკონტრაქტორ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდეგ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს სადაზღვევო ანაზღაურების გუფს, მომსახურების მიღებიდან 30 დღის განმავლობაში. ანაზღაურებისათვის საჭირო დოკუმენტაცია: სადაზღვევო პოლისი, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი, მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დამადასტურებელი ჩატარებული მომსახურების დეტალურ სამედიცინო დოკუმენტაცია, მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია, სალაროს ქვითარი.
- 3.11.2. **გეგმიური სტომატოლოგიური (თერაპიული და ქირურგიული) მომსახურება** - დაზღვეული მიმართავს კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულების დანართში მითითებულ, კონტრაქტორ კლინიკას. მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. მსგავს შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება პოლისის პირობების შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან. სხვა სქემით, აგრეთვე კომპანიის არაკონტრაქტორ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიღებული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3.11.3. **ორთოპედიული/ორთოდონტიული სტომატოლოგიური მომსახურება** - დაზღვეული მიმართავს კომპანიის, წინამდებარე ხელშეკრულების დანართში მითითებულ, კონტრაქტორ კლინიკას. მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. იმ მომსახურებებზე, რომელზეც კონტრაქტორი კლინიკა დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, აგრეთვე კომპანიის არაკონტრაქტორ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიღებული მომსახურება მზღვეულის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3.11.4. **დამატებითი სტომატოლოგიური მომსახურება კლინიკა „უნივერსი - შპს ინტერმედ ტურში“** - 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 მზღვეულის მიერ ანაზღაურებელი ნიღის გადახდისაგან. მომსახურებებზე, რომელზეც პროვაიდერი კლინიკა დაზღვეულს არ სთავაზობს ფასდაკლებას, მზღვეულის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

reimbursement.

- 3.9. **Biologically active food supplements/ homeopathic remedies** - The Insured shall address the personal doctor who will issue the relevant prescription of biologically active food supplements/ homeopathic remedies on the letterhead or sends electronically, using which the insured shall pay only the part of the cost of the prescribed drugs in the provider pharmacies. Medications purchased without personal doctor's prescription or in other pharmacies are not subject to reimbursement.
- 3.10. **Pregnancy** - The Insured addresses to a personal doctor in "Curatio" clinic. The personal doctor provides the Insured with the required referral on the base of the personal doctor service. The Insured is exempted from payment of part of the service cost payable by the Insured upon submission of referral of the personal doctor, Insurance Policy and ID card.
- 3.11. **Dental care**
- 3.11.1. **Urgent dental service** - For service the insured is authorized to apply to any licensed dental clinic.
- While applying to the contractor clinic of the company indicated in annex of the present agreement, the insured must present the insurance policy and the ID card. In such case the insured is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer.
 - While applying to a non-contractor clinic of the company, the insured covers the expenses of the service in full and then applies to the insurance reimbursement group to get the refund within 30 days from the date of receipt of the service. Documents required for reimbursement: the insurance policy, ID card, medical documentation proving the service received which must be certified by the signature and seal of the service provider/attending physician, detailed quotation/calculation of service, receipt from cash desk.
- 3.11.2. **Planned dental (therapeutic and surgical) service**- the insured applies to the contractor clinic of the company, indicated in the attachment to the present agreement. While applying the insured must present the insurance policy and ID card. In such case the insured is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer as specified in the policy. Under other schedule, as well as the dental care received in a non-contractor dental clinic of the company shall not be subject to reimbursement.
- 3.11.3. **For Orthopedic/Orthodontic dental care** the insured applies to the contractor clinic of the company, indicated in the attachment to the present agreement. While applying the insured must present the insurance policy and ID card. The dental care for which the contractor clinic cannot make discounts to the insured, as well as the dental care received in a non-contractor dental clinic of the company shall not be subject to reimbursement.
- 3.11.4. **Dental Preventive services"Universe - Ltd InterMed Tour"** - The Insured applies the Clinic"Universe - Ltd InterMed Tour. While applying the insured must present the insurance card and ID card. In such case the insured is released from payment of the amount that will be reimbursed by the Insurer. The services on which the provider clinic does not offer to Insureds the discount are not subject to reimbursements by the insurer.

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

4.1. შემდეგი მოვლენებით/გარემოებით განპირობებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან და/ან მათ გართულებასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები: თვითდაზავება, თვითმკვლელობის მცდელობით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება (თუ ეს არ ეხება სხვისი სიცოცხლის გადარჩენას), კრიმინალურ (კანონსაწინააღმდეგო) აქტში მონაწილეობა, სამხედრო სამსახურში ყოფნა, თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა, ალკოჰოლურ, ნარკოტიკულ, ტოქსიკურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულებასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება, ასევე ამ ნივთიერებათა ზემოქმედების შედეგად გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, მათ შორის ამ ნივთიერებათა ზემოქმედების ქვეშ ყოფნისას ავტოსატრანსპორტო საშუალებების მართვისას მომხდარი ავტოსაგზაო შემთხვევით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება, ნებისმიერი სახის პროფესიულ სპორტში მონაწილეობა. დაზღვევამდე დამდგარ და დაზღვევის მომენტში გაგრძელებულ ჰოსპიტალურ შემთხვევასთან და მის გართულებებთან დაკავშირებული ნებისმიერი ხარჯი. პალიატიურ მკურნალობასთან/მზრუნველობასთან დაკავშირებული ხარჯები.

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

4.2. შემდეგ დაავადებებთან ან/და მათ გართულებებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები: თანდაყოლილი ან/და გენეტიკური დაავადებები და ანომალიები, სექსუალური დარღვევები, დაზღვევამდე არსებული (დაზღვევამდე არსებულად ითვლება ნებისმიერი სხვა პროდუქტიან დადმოსვლისას) სილინგური (მათ შორის კეთილთვისებიანი) დაავადებები, აივ-ინფექცია, შიდსი, ჰეპატიტები (ნებისმიერი ფორმისა და სტადიის), შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტი, ვენერიული დაავადებები, შარდ-სასქესო სისტემის სხვადასხვა მიკროორგანიზმებით გამოწვეული დაავადებები, ფსიქიური დაავადებები, ეპილეფსია; რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევა, მშობიარობა, ორსულობის შეწყვეტა, გარდა ორსულობის უბედური შემთხვევით გამოწვეული შეწყვეტისა; ცხვირის ძვიდის გამრუდება, ნიჟარების ჰიპერტროფია, კატარაქტა. COVID 19.

4.3. შემდეგი მომსახურებების/ პროცედურების და/ან მათ გართულებებთან დაკავშირებული მომსახურების ხარჯები: ექსპერიმენტული და არატრადიციული მედიცინა; სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ არის მიზანშეწონილი სამედიცინო თვალსაზრისით ან ჩატარებულია სამედიცინო ჩვენების გარეშე, დამატებით და ექსკლუზიური მომსახურება, აყვანილი/მონვეული ექიმის ჰონორარი; საქართველოში აღებული გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ გაგზავნა და გამოკვლევები; გემბიური აცრები (ვაქცინაცია, იმუნოზაცია), ნებისმიერი სახის სამედიცინო ცნობის მიღებასთან დაკავშირებული გამოკვლევები და ხარჯები; სანატორიული და ბალნეოლოგიური მკურნალობა, სამკურნალო ვარჯიშები, სამედიცინო მასაჟი და ფიზიოპროცედურები, კოსმეტიკური და პლასტიკური სამედიცინო მომსახურება, წონის კორექციასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება, მხედველობის კორექცია (მათ შორის ექსიმერული ლაზერით მკურნალობა); ნებისმიერი სახის ეგზოპროთეზირება, ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაცია, ნებისმიერი დიალიზი, სანაყოფე სითხის დიაგნოსტიკა და ნებისმიერი სახის გენეტიკური კვლევა; ხელოვნური განაყოფიერება, სტერილიზაცია, კონტრაცეფცია, ფსიქოთერაპიები, ფსიქოანალიტიკოსისა და ლოგოპედის მომსახურება; დაზღვევის ძალაში შესვლამდე დამდგარი ჰოსპიტალური შემთხვევა; სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია, ნეიროსტიმულატორების, დეფიბრილატორების, პეისმეიკერების, სამკურნალო საშუალების დეპოს და ხელოვნური ხორხის იმპლანტაცია, ხერხემლის რთული მადეფორმირებული მდგომარეობების რეკონსტრუქციული ოპერაციული მკურნალობა მაგ: კიფოზები, ლორწოვნები, სქოლიოზები, დაზღვევამდე არსებული გულის რითმის დარღვევის კათეტერული აბლაცია

4.4. შემდეგი საშუალებების შექმნასთან, მოხმარებასთან და/ან გართულებასთან დაკავშირებული ხარჯები: არარეგისტრირებული მედიკამენტები და ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატები (გარდა ბარათით გათვალისწინებულ ქველიმიტისა), ჰიგაენისა და მოვლის საშუალებები, გადასახვევი მასალები და შაქრის შემცველლელები, იმუნომოდულატორების, ფსიქოტროპული პრეპარატები, სისტემური ენზიმოთერაპია, იმპლანტები, დამხმარე საშუალებები და მაკროეგირებული საშუალებები/მონწყობილობები (მათ შორის სათვალე, ლინზები, სასმენი მონწყობილობები, ენდოპროთეზები და სხვა), პროთეზები.

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

4.6. იმ მომსახურებების ხარჯები, რომელიც არ არის მოცემული ტერმინით

4. Health insurance exceptions – Costs of the medical service related to the illnesses/ conditions listed below and/or their complications shall not be subject to reimbursement

4.1. Medical expenses related to the worsening of health condition and/or complications as a result of the following events/circumstances: infliction of self-injury, the attempt of suicide (if this does not relate to life-saving of other person), participation in criminal (illegal) acts, insurance event that arose during the military service, conviction, medical service related to exposure to drugs and toxic substances, as well as the accidents which occurred when operating the transport means under the influence of these substances and alcohol, participation in any kind of professional sports. Any expenses related to the hospitalization case and its complications continued within the insurance period. Palliative treatment/care related expenses. In case the party is beneficiary of a state program, but refuses to use the benefits, single time or permanently, the insurance company shall not reimburse additional costs caused by this change.

4.2. The medical expenses related to the following diseases and/or corresponding complications: Congenital and / or genetic diseases and abnormalities, sexual disorders, pre-existing (implies transfer from any other insurance product) tumour (including benign) diseases, HIV infection, AIDS, hepatitis (in any form or stage), diabetes insipidus and diabetes mellitus, venereal diseases, diseases caused by various microorganisms of the genito-urinary tract system, mental illnesses, epilepsy; reproductive dysfunction, childbirth, termination of pregnancy, except for accidental termination of pregnancy; deviated nose septum; hypertrophy of the nasal turbinate, cataract. COVID 19.

4.3. The medical expenses for the following services/procedures and/or their complications: Experimental and alternative medicine, the medical service that is not recommended or is carried out without a medical indication, exclusive/additional medical service, fee for the hired/invited doctor; Sending medical samples taken in Georgia abroad for further examination; planned vaccinations (vaccinations, immunizations), costs and examinations associated with obtaining any medical certificate; sanatorium and balneological treatments, medical exercises, medical massage and physio-procedures, cosmetic and plastic medical services, weight correction medical services, vision correction (including excimer laser treatment); exoprosthesis of any kind, transplantation of organs and tissues, any dialysis, diagnosis of digestive fluid and any kind of genetic study; artificial insemination, sterilization, contraception, services of a psychotherapist, psychoanalyst and speech therapist; any hospital case occurred before insurance entering into force; radiation therapy, chemotherapy, implantation of neurostimulators, defibrillators, pacemakers, medical depot and implantation of artificial larynx. Reconstructive surgical treatment of spinal complicated modifying condition such as kyphosis, lordosis, scoliosis, catheter ablation for heart rhythm failure pre-existing before the insurance.

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

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

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

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

განმარტებაში და არ იფარება სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობებით.

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

5. ზოგადი პირობები:

5.1. დაზღვევის ძალაში შესვლა:

- 5.1.1. დაზღვევის ძალაში შესვლისა და ხელშეკრულების გაფორმების თარიღები აისახება ხელშეკრულება/პოლისში.
- 5.1.2. დაზღვევა მოქმედებს პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში. დაზღვევის ამოქმედების აუცილებელი პირობაა პირველი ან/და მორიგი საპრემიო შენატანის დროული და სრული მოცულობით გადახდა. პირველადი პრემიის გადახდა ხორციელდება სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე სულ მცირე 14 (თოთხმეტი) დღით ადრე.
- 5.1.3. საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველზე მხარდაჭერის მიმღები/მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პირის დაზღვევა (გარდა 7 წლამდე ბავშვებისა) შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ ინდივიდუალური ანდერაიტიზგის საფუძველზე. თუ აღნიშნული წესი არ იქნება დაცული ხელშეკრულება ჩაითვლება ბათილად.

5.2. სადაზღვევო პოლისის მოქმედების ვადა:

- 5.2.1. პოლისის მოქმედების ვადა არის ერთი წელი.
- 5.2.2. ამასთან, ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი "მედი" წარმოადგენს სახელმწიფო ჯანდაცვითი/ სადაზღვევო პროგრამების დამატებით სადაზღვევო პაკეტს, მოქმედებს მხოლოდ მათი მოქმედების პერიოდში და მათთან ერთად. ამ პროგრამების განხორციელების მეთოდებში ცვლილების შემთხვევაში, კომპანია იტოვებს უფლებას შეცვალოს წინამდებარე პოლისით გათვალისწინებული პირობები. სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე პირი ვალდებულია, კომპანიის წერილობით მიანდობის ინფორმაცია პროგრამის ერთჯერადად ან მუდმივად დატოვების შესახებ.

5.3. სადაზღვევო პრემია და გადახდის წესი:

- 5.3.1. სადაზღვევო პრემიის გამოთვლა ხდება არჩეული პოლისის და დამატებითი მოდულის/პროდუქტის ფასის შესაბამისად.
- 5.3.2. დამზღვევი ვალდებულია დროულად გადაიხადოს სადაზღვევო პრემია/შენატანი და დამატებითი მოდულ(ებ)ის ღირებულება სადაზღვევო პოლისში/ხელშეკრულებაში განსაზღვრული გადახდის გრაფიკის მიხედვითა და დადენილი ოდენობით - ერთჯერადად ან განვადებით.
- 5.3.3. სადაზღვევო პრემიის გრაფიკი/ გადახდის თარიღები მითითებულია პოლისში.
- 5.3.4. დამატებითი მოდულის/პროდუქტის გადახდის გრაფიკი/ თარიღები ემთხვევა პრემიის გადახდის თარიღს.
- 5.3.5. სადაზღვევო პრემიის ერთჯერადი გადახდისას - მისი გადახდა ხორციელდება ხელშეკრულების / პოლისის გაფორმებისთანავე.
- 5.3.6. სადაზღვევო პრემიის განვადებით გადახდისას სადაზღვევო პრემიის პირველი გადახდა ხორციელდება წინასწარ ხელშეკრულების/ პოლისის გაფორმებისთანავე, ხოლო მომდევნო გადახდები ხორციელდება ყოველ მომდევნო თვეს პოლისში მითითებულ თარიღებში, შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის შესაბამისად.
- 5.3.7. სადაზღვევო პრემიის გადახდისას უნდა მიეთითოს პოლისის ნომერი.
- 5.3.8. დამზღვევის მიერ სადაზღვევო შესატანის გადახდის ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში, მზღვეველი წერილობით განუსაზღვრავს დამზღვევს გადახდის ორკვირიან ვადას, რომლის უშუალოდ გასვლის შემდეგ მზღვეველი თავისუფლდება თავისი მოვალეობებისგან და ხელშეკრულების მოქმედება შეჩერდება. ამასთან სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის მოქმედება განახლდება მხოლოდ დამზღვევის მიერ პრემიის გადახდის შემდეგ, დავალიანების გადახდის დღის 24.00 საათზე დავალიანების დაფარვის შემდგომ.
- 5.3.9. თუ დამზღვევმა დაარღვია პრემიის შეტანის ვალდებულება, მზღვეველს შეუძლია ერთი თვით ადრე გააფრთხილოს დამზღვევი ხელშეკრულების მოშლის თაობაზე და ამ ვადის უშუალოდ გასვლის შემდეგ მოშალოს იგი, დამატებითი გაფრთხილების გარეშე.
- 5.3.10. ხელშეკრულების და მის საფუძველზე გაცემული სადაზღვევო ბარათების მოქმედების შეჩერება არ ათავისუფლებს დამზღვევს სადაზღვევო პრემიის გადახდის ვალდებულებისაგან.
- 5.3.11. თუ დამზღვევის მიერ დაირღვა პრემიის გადახდის ვალდებულება (პრემია და/ან მისი ნაწილი დროულად ან დადგენილი ოდენობით არ იქნა გადახდილი), მზღვეველი დამატებითი წერილობითი შეტყობინების გარეშე, ხელშეკრულების 5.3.8. პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული 2 (ორი) კვირიანი ვადის გასვლის შემდგომ თავისუფლდება ხელშეკრულებით ნაკისრი მოვალეობის შესრულებისაგან. გადახდის გრაფიკის აღდგენის და პირგასამტეხლოს გადახდის შემდეგ, მხარეთა ურთიერთობა გაგრძელდება ხელშეკრულების შესაბამისად, თუმცა, ამავე დროს მზღვეველი არ იქნება პასუხისმგებელი მხარეთა ურთიერთობის აღდგენამდე მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევების შედეგად წარმოშობილი ზარალის ანაზღაურებაზე;
- 5.3.12. პრემიის სრულად ან პირველი შენატანის გადახდამდე ან გადახდის გრაფიკის დარღვევის შემთხვევაში მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისაგან, გარდა ხელშეკრულების 5.3.8. პუნქტით დადგენილი 2 (ორი) კვირიანი პერიოდისა. მზღვეველის გათავისუფლება ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისგან, არ ათავისუფლებს დამზღვევს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულებისაგან.
- 5.3.13. ხელშეკრულების 5.3.8. პუნქტით გათვალისწინებული გადახდის

5. General conditions:

5.1. Effective date of insurance:

- 5.1.1. The effective dates of the insurance and the conclusion of the Agreement are specified in the Agreement/Policy.
- 5.1.2. The insurance is valid for the insurance period specified in the Policy. The first and/or regular full and on-time payment of the subsequent premium is necessary for the insurance to become fully operational. The initial premium payment is made at least 14 days before the start of the insurance period.
- 5.1.3. Under the law of Georgia, the insurance of an incapable person (except for children under 7) can be carried out only on the basis of individual underwriting. If the aforementioned rule is followed the agreement will be deemed invalid.

5.2. Validity Term of the Policy:

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

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

- 5.3.1. Insurance Premium is calculated in conformance with the price of the selected Policy and additional module.
- 5.3.2. The Insured is obliged to pay the Insurance Premium/contribution and the cost of additional module(s) on time in accordance with the payment schedule specified in the Insurance Policy/Agreement and in a fixed amount - as a single payment or in installments.
- 5.3.3. Payment schedule/dates of the Insurance Premium are indicated in the Policy.
- 5.3.4. Payment schedule/dates of the additional module coincide to date of Premium payment.
- 5.3.5. The **single payment** shall be settled immediately upon signing of the agreement/policy.
- 5.3.6. In the case of **installments** payment of the Insurance Premium, the first payment of the Insurance Premium shall be made in advance upon the conclusion of Agreement/Policy, and the subsequent payments shall be made on the dates specified in the Policy each following month, in accordance with the agreed payment schedule
- 5.3.7. The number of the Policy shall be indicated upon payment of the Insurance Premium.
- 5.3.8. Upon the violation of the premium payment by the Insured, the Insurer shall determine a two week period for the Insured, upon futile passing of which The Insurer shall be exempt from responsibility and the Agreement shall be suspended. Moreover, The Insurance Agreement/Policy shall be continued only after payment of the premium by the Policyholder, at 24:00 of the debt payment day.
- 5.3.9. In case the Policyholder violates the premium payment schedule, the Insurer shall, one month earlier, warn the Policyholder of terminating the Insurance and after futile passing of this term, terminate it, without warning.
- 5.3.10. Termination of the insurance and cards issued upon its basis does not exempt the Policyholder from the responsibility of premium payment.
- 5.3.11. In case the Policyholder violates the responsibility of paying the premium (premium or part of it was not paid in a timely manner and in the agreed amount), the Insurer, without sending a written notification, in accordance with the 2 week term determined in Paragraph 5.3.8. shall be exempt from responsibilities under the Agreement. After reinstating the schedule and paying the penalty, the relationship between the parties shall continue in accordance with the Agreement, however the Insurer shall not be liable to indemnify damages arisen during the period before reinstating the relationship.
- 5.3.12. Prior to making full payment of the premium or first installment of it or violating the payment schedule the Insurer shall be exempt from the responsibilities under the Agreement, except for 2 (two) week period established under Paragraph 5.3.8. Exemption of the Insurer from the responsibilities hereunder does not exempt the Insured from the responsibilities hereunder.
- 5.3.13. The responsibility of 2 (two) week period established under Paragraph 5.3.8. shall not be arisen for the Insurer before making first or single payment in a timely manner and moreover, the Insurer is exempted from their responsibilities hereunder.
- 5.3.14. Insurance of foreign citizens is regulated as follows:
- It is not possible to insure a foreign citizen of retirement age Retirement age - a woman over 60, a man over 65.
 - Insurance of a foreign citizen / group of citizens, regardless of payment type and number / age of family members does not include discount

ორკვირიანი ვადის განსაზღვრის ვალდებულება მზღვეველს არ წარმოეშება პირველი ან ერთჯერადი სადაზღვევო შესატანის დროულად გადახდამდე და ამასთანავე, მზღვეველი თავისუფალია ხელშეკრულებით გათვალისწინებული თავისი მოვალეობების შესრულებისაგან.

- 5.3.14. უცხო ქვეყნის მოქალაქეთა დაზღვევა განიხილება შემდეგი პირობით:
 - საკენსიო ასაკის უცხო ქვეყნის მოქალაქის (ქალი - 60 წლის ზემოთ, კაცი - 65 წლის ზემოთ) დაზღვევა შესაძლებელი არ არის.
 - უცხო ქვეყნის მოქალაქის/თუ მოქალაქეთა ჯგუფის დაზღვევა, მიუხედავად გადახდის ჯერადობისა და ოჯახის წევრთა რაოდენობისა/ასაკისა არ ითვალისწინებს ფასდაკლებას;
 - მედი ბაზისური და მედი ოპტიმალური ითვალისწინებს პრემიის ერთჯერად გადახდას, ყველა დანარჩენი პოლისი სულ მცირე კვარტალურ გადახდას.
 - უცხო ქვეყნის მოქალაქეთა დაზღვევა ავტომატურ განახლებას არ ექვემდებარება.

5.4. მხარეთა უფლება - მოვალეობები:

5.4.1. მზღვეველი ვალდებულია:

- 5.4.1.1. დაზღვევის მიერ ხელშეკრულებაში მითითებული გრაფიკის შესაბამისად გადახდის სადაზღვევო პრემიის საფუძველზე სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას ანაზღაურებს დაზღვეულს (ან მოსარგებელს) ზარალი ხელშეკრულების/პოლისის პირობების შესაბამისად.
- 5.4.1.2. დაიცვას და არ გაახმაუროს დაზღვევითან საქმიანი ურთიერთობების შედეგად მოპოვებული ინფორმაცია, გარდა საქართველოს კანონით პირდაპირ გათვალისწინებული შემთხვევებისა.
- 5.4.1.3. ანაზღაურებს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ხელშეკრულებით და დანართებით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად, სადაზღვევო შემთხვევის დადგენისა და მზღვეველის მიერ ხარჯის ოდენობის განსაზღვრის შემდგომ.
- 5.4.1.4. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემთხვევაში, სადაზღვევო შემთხვევის დადგენისა და სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობის განსაზღვრისათვის დაზღვევის/დაზღვეულის მიერ ყველა საჭირო დოკუმენტის წარმოდგენის შემდგომ შესასრულოს დაზღვევით ნაკისრი ვალდებულება დროულად და ჯეროვნად.

5.4.2. მზღვეველი უფლებამოსილია:

- 5.4.2.1. დაზღვევის მხრიდან ხელშეკრულების პირობებისა და პრემიის გადახდის გრაფიკის დარღვევის შემთხვევაში შეაჩეროს და/ან შეწყვიტოს სადაზღვევო ხელშეკრულება, ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.
- 5.4.2.2. მოითხოვოს დამატებითი დოკუმენტაცია (მაგ. ცნობა სამართალდამცავი ორგანოებიდან ავტოავარიით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისას) სადაზღვევო შემთხვევის ანაზღაურებისას.
- 5.4.2.3. არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება დაზღვეულის მიერ (ან დაზღვეულის თანამონაწილეობით) სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ფაქტის და/ან ანაზღაურების მიღებისათვის აუცილებელი დოკუმენტების გაყალბების, ასევე, ყალბი ინფორმაციის წარმოდგენის ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში. ხოლო თუ ანაზღაურება უკვე გაცემულია, დაზღვევი ვალდებულია უპირობოდ დაუბრუნოს იგი მზღვეველს. ამასთან ყოველი ასეთი პირის დაზღვევა მზღვეველის მხრიდან ექვემდებარება გაუქმებას.
- 5.4.2.4. მზღვეველი იტოვებს უფლებას სადაზღვევო ანაზღაურებიდან გამოქვითოს სრული სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელო ოდენობა.
- 5.4.2.5. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ მოსთხოვოს დამზღვევს ყოველგვარი ცნობა, რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის, ასევე, ზიანის მოცულობის დასადგენად.
- 5.4.2.6. მოითხოვოს გაცემული ანაზღაურების დაბრუნება, თუ აღმოჩნდა, რომ ზარალის დადგომა არ იყო გამოწვეული სადაზღვევო შემთხვევით ან დაზღვევის ბრალით შეუძლებელია რეგრესის უფლების გამოყენება.
- 5.4.2.7. მოითხოვოს/გადაამონაწილოს დაზღვეულის პერსონალური მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის ეროვნულ სააგენტოში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციულ ორგანოში და კერძო სამართლის პირთან.
- 5.4.2.8. მზღვეველი უფლებამოსილია ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში შეცვალოს ერთი ან რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერი.
- 5.4.2.9. ცალმხრივად მოშალოს სადაზღვევო ხელშეკრულება, ხელშეკრულების მოშლის შესახებ დამზღვევის 1 (ერთი) თვით ადრე წერილობითი შეტყობინების საფუძველზე.
- 5.4.2.10. გაზარდოს სადაზღვევო პრემია 30%-ით, რის შესახებაც დამზღვევს გაეგზავნება მოკლე ტექსტური შეტყობინება (SMS) პოლისში მის მიერ მითითებულ მობილური ტელეფონის ნომერზე.
- 5.4.3. დაზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:
 - 5.4.3.1. ხელშეკრულების დადებისას მზღვეველს შეატყობინოს ყველა ის გარემოება, რომლებსაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს მზღვეველის გადაწყვეტილებაზე უარი თქვას ხელშეკრულებაზე ან დადოს იგი შეცვლილი პირობებით,
 - 5.4.3.2. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ შეასრულოს მზღვეველის ყველა მითითება, რაც უკავშირდება სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის, ასევე, ზიანის მოცულობის დადგენას.
 - 5.4.3.3. დეტალურად გააცნოს ხელშეკრულების და მისი დანართების პირობები დაზღვეულს და მოიპოვოს მისგან ხელშეკრულების გასაფორმებლად და მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების პირობებით გათვალისწინებული მოქმედებების განსახორციელებლად/შესასრულებლად საჭირო ყველა სახის თანხმობა. დამზღვევი ვალდებულია, რომ დაზღვეულს გააცნოს ვალდებულება, რომ მზღვეველს ენიჭება უფლება მოიძიოს და გაეცნოს ყველა იმ დოკუმენტაციას, რომელსაც მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ სადაზღვევო ანაზღაურებისათვის. წინააღმდეგ შემთხვევაში

- Medi Basic and Medi Optimal provide for a one-time premium payment, with all other policies provide at least quarterly payment.
- The rule of automatic renewal shall not be applied to the foreign citizens.

5.4. The rights and obligations of the Parties:

5.4.1. The insurer shall:

- 5.4.1.1. Based on the payment of the insurance premium indicated in the agreement by the Policyholder, to reimburse the damage to the insured (or the beneficiary) according to the terms and conditions stipulated by the agreement.
- 5.4.1.2. Preserve and not to publicize information obtained through business relations with the Policyholder, except for the occasions directly stipulated by Georgian legislation.
- 5.4.1.3. Reimburse the expenses of medical service according to the terms and conditions of the present Agreement and its attachments, after arising of the Insurance Incident and defining the amount of the expense by the Insurer.
- 5.4.1.4. Fulfill its obligations timely and properly, in case of Insurance Occurrence, after Policyholder / Insured submits all required documentation for defining Insurance Occurrence and Insurance Amount volume.
- 5.4.2. The insurer shall be authorized to:
 - 5.4.2.1. Suspend and/or terminate Insurance Agreement if the Policyholder violates the Agreement or premium payment schedule.
 - 5.4.2.2. Request additional documentation (e.g., certificate from law enforcement bodies in the event of deteriorating health conditions caused by a car accident) when reimbursing an insurance accident.
 - 5.4.2.3. Not to disburse the insurance reimbursement in case of falsification by the insured (or participation of the insured) of the fact of the insurance incident and/or documents required for receipt of reimbursement, also in case of revelation of submitting of false documentation. In addition, if the reimbursement is already paid out, the Policyholder must unconditionally return it to the insurer; Herewith, the insurance of such person shall be subject to termination by the Insurer.
 - 5.4.2.4. The Insurer reserves the right to deduct unpaid full Insurance Premiums from Insurance Premium.
 - 5.4.2.5. After occurring the Insurance Incident, demand all statements from the Policyholder, which are required for determination of the Insurance Incident, as well as the amount of the loss.
 - 5.4.2.6. Demand returning of the issued reimbursement if revealed that the arising of the damage was not caused by the insurance incident or through the fault of the Policyholder it is impossible to exercise the regression right.
 - 5.4.2.7. Demand/Recheck the personal data of the Insured in the National Agency of Public Registry of Ministry of Justice of Georgia.
 - 5.4.2.8. The Insurer shall have the right to change one or several medical providers during the validation period of the present agreement.
 - 5.4.2.9. To unilaterally annul the Insurance Agreement based on the written notice submitted to the Insured 1 (one) month prior to the termination of the Agreement.
 - 5.4.2.10. To increase the Insurance Premium by 30%, regarding which the Insured will be sent a short text message (SMS) to the cell phone number indicated in the Policy.

5.4.3. The Policyholder shall:

- 5.4.3.1. Inform the Insurer upon signing of the agreement about all circumstances which can influence the decision of the Insurer to reject the agreement or sign it with the changed content.
- 5.4.3.2. After occurring the Insurance Incident, perform all instructions of the Insurer, which are required for determination of the Insurance Incident or event, as well as the amount of the loss.
- 5.4.3.3. Familiarize the insured with the terms and conditions of the present insurance in details; In addition, the policyholder is obliged to familiarize Insureds with the obligation to authorize the Insurer to find and study all documentation, which the insurer deems necessary for the insurance reimbursement. Otherwise the insurer reserves the right not to reimburse the damage incurred as a result of the insurance incident.
- 5.4.3.4. To authorize the Insurer request/verify personal data of the Insured in the National Agency of Public Registry of Ministry of Justice of Georgia, Data Exchange Agency, Public Service Development Agency and all other administrative authority and person of private law.
- 5.4.3.5. The Policyholder/Insurer shall transfer the right to request indemnification of damages from a third party to the Insurer. If Policyholder/Insured refuses to request third party damage indemnification, the Insurer shall be exempted from indemnification of damages hereunder in the amount, which it could receive for reimbursement of expenses or for making a request.
- 5.4.3.6. Transfer to the insurer documents based on which the insurer shall be authorized to demand regression reimbursement from persons who are responsible for the damage incurred to the insured;
- 5.4.3.7. The Policyholder is responsible for fulfilling actions of this Agreement and its Annexes by the Insured/Beneficiaries, also, relevance of their actions/inactivity with the Agreement, accordingly, the Insurer is authorized not to compensate damage, if the Insured/Beneficiaries violate the obligations and procedures of this Agreement and its Annexes.

- მზღვეველი იტოვებს უფლებას არ აანაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევის შედეგად დამდგარი ზიანი.
- 5.4.3.4. მინიჭებს მზღვეველს უფლება მოითხოვოს/გადაამოწმოს დამზღვევის/დაზღვევის პერსონალური მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის ეროვნულ სააგენტოში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციული ორგანოში და კერძო სამართლის პირთან.
- 5.4.3.5. შესაძე პირის მიმართ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება გადასცეს მზღვეველს. თუ დამზღვევი/დაზღვეული უარს განაცხადებს შესაძე პირის მიმართ ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნაზე, მაშინ მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ზიანის იმ ოდენობით ანაზღაურების მოვალეობისაგან, რამდენიც მას შეეძლო მიეღო თავისი ხარჯების ასანაზღაურებლად უფლების განხორციელებასთან ან მოთხოვნის წაყენებასთან დაკავშირებით.
- 5.4.3.6. უზრუნველყოს მზღვეველისათვის იმ დოკუმენტაციის სრულად გადაცემა, რომლის საფუძველზეც მზღვეველი უფლებამოსილი იქნება მოითხოვოს რეგრესული ანაზღაურება პირებისგან, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან დაზღვევისათვის მიყენებულ ზიანზე.
- 5.4.3.7. დაზღვეულთა/მოსარგებლეთა მიერ ხელშეკრულებით და მისი დანართებით გათვალისწინებული ქმედებების შესრულებაზე, ასევე მათ მიერ განხორციელებული მოქმედებების/უმოქმედობის ხელშეკრულებასთან შესაბამისობაზე პასუხისმგებელია დამზღვევი, შესაბამისად მზღვეველი უფლებამოსილია არ აანაზღაუროს ზიანი, თუ დაზღვეულთა/მოსარგებლეთა მიერ დარღვეული იქნება ხელშეკრულებით და მისი დანართით გათვალისწინებული ვალდებულებები და პროცედურები.
- 5.4.3.8. ხელი შეუწყოს მზღვეველის მიერ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომასთან და მის შედეგებთან დაკავშირებული მონაცემების მოკვლევა-მოძიებას.
- 5.4.3.9. დაზღვეული ვალდებულია მზღვეველს მიაწოდოს ყველა საჭირო და ზუსტი ინფორმაცია სადაზღვევო შემთხვევის ფაქტის აღიარებისა და სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობის დადგენის მიზნით. მზღვეველის მოთხოვნისას დაზღვეული ვალდებულია მზღვეველს კანონით დადგენილი წესით მინიჭოს უფლება შესაძე პირთან (ექიმები, ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, სატრანსპორტო სამსახური და სხვ.) საჭირო ინფორმაციის მოპოვებაზე და საჭიროების შემთხვევაში გაათავისუფლოს უკანასკნელი პირები ინფორმაციის საიდუმლოდ შენახვის ვალდებულებისაგან.
- 5.4.3.10. დამზღვევი ვალდებულია განუმარტოს დაზღვეულებს, რომ დამზღვევის მიერ მზღვეველისათვის წარდგენილ დაზღვეულ პირთა საკონტაქტო ტელეფონის ნომრებსა და ელ-ფოსტის მისამართებზე მზღვეველის მიერ განხორციელებული სადაზღვევო ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან დაკავშირებული სხვადასხვა - მათ შორის პირდაპირ მარკეტინგთან და ასევე, მათ მიერ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან დაკავშირებული, განსაკუთრებული მონაცემების შემცველი შეტყობინებების დაგზავნა.
- 5.4.3.11. დამზღვევი ვალდებულია განუმარტოს დაზღვეულებს, რომ დამზღვევის მიერ მზღვეველისათვის წარდგენილ დაზღვეულ პირთა საკონტაქტო ტელეფონის ნომრებსა და ელ-ფოსტის მისამართებზე მზღვეველის მიერ განხორციელებული შეტყობინებების დაგზავნა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის ან დაზღვეულის პერსონალური მონაცემების გადაცემა მასთან აფილირებული/დაკავშირებული კომპანიებისთვის პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის.
- 5.4.3.12. ხელშეკრულების 5.4.3.10-5.4.3.11 მუხლების მიზნებისთვის დამზღვევი ვალდებულია და პასუხისმგებელია დაზღვეულისგან მოიხილოს პერსონალური მონაცემების პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის დამუშავების და მზღვეველთან დაკავშირებული/აფილირებული კომპანიებისთვის გადაცემის შესახებ ყველა საჭირო ნებართვა და თანხმობა.
- 5.4.3.13. მზღვეველისათვის გადაცემული საკონტაქტო ინფორმაციის სისწორეზე, ასევე ამ ინფორმაციის იმ პირთა კუთვნილებაზე - რაც მითითებულია დამზღვევის მიერ, ასევე მზღვეველის მიერ ამ საკონტაქტო მონაცემებზე ნებისმიერი ინფორმაციის გაგზავნის დაზღვეულთაგან ნებართვის არსებობაზე პასუხისმგებელია დამზღვევი.
- 5.4.3.14. დამზღვევი სრულად აგებს პასუხს მზღვეველისა და დამზღვევის წინაშე იმ მიყენებული ზიანისათვის რაც მათ შეიძლება მიადგეთ დამზღვევის მიერ ზემოთ მითითებული მუხლების დარღვევისათვის, ზიანი მათ შორის მოიაზრება მზღვეველისათვის შესაბამისი ადმინისტრაციული ორგანოებისა და სასამართლოს მიერ ნებისმიერი საწესის თუ თანხის დაკისრება.
- 5.4.4. **დამზღვევი უფლებამოსილია:**
- 5.4.4.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოითხოვოს მზღვეველისაგან სადაზღვევო შემთხვევის ანაზღაურება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.
- 5.4.4.2. დამზღვევი უფლებამოსილია, მზღვეველს ნებისმიერ დროს მოთხოვოს მის შესახებ მონაცემთა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის გამოყენების შეწყვეტა ელექტრონული ან წერილობითი შეტყობინების გაგზავნის გზით. წერილობითი შეტყობინება უნდა გაიგზავნოს მზღვეველის იურიდიულ მისამართზე, ხოლო ელექტრონული შეტყობინება იგზავნება შემდეგ მისამართზე: info@gpih.ge.
- 5.5. **დაზღვევის გაგრძელება:**
- 5.5.1. წინამდებარე დაზღვევის მოქმედების ვადა ავტომატურად გაგრძელდება იგივე პერიოდით, იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე მხარემ წერილობით არ განაცხადა მისი შეწყვეტის სურვილი. განახლებული პირობები დამზღვევს გაეგზავნება მოკლე ტექსტური შეტყობინების

- 5.4.3.8. Assist the insurer to research –find information related to the occurrence of the insurance occasion and its consequences.
- 5.4.3.9. The insured is obliged to provide the insurer with all the necessary and accurate information for recognition of the fact of insurance accident in order to determine the volume of insurance indemnity, Upon request of the insurer, the Insured shall grant the right to the Insurer to obtain information from the third party (doctors, any medical institution, transport service, etc.) in accordance with the law established by law and if necessary, to release aforementioned parties from the obligation to keep the information confidential.
- 5.4.3.10. The insurer is obliged to explain the Insureds that contact phone numbers and email addresses provided by the Policyholder to the Insurer will be transferred with special data containing messages by different services, including direct marketing and also by the various medical institutions insurance services related to provision services laid down in the insurance agreement.
- 5.4.3.11. The Policyholder shall explain to the Insured that to contact information and emails of the insured provided to the Insurer by the Policyholder shall be sent messages and notifications for the purposes of direct marketing or the personal data of the Insured shall be given to affiliated/associated companies for the purposes of marketing.
- 5.4.3.12. For the purposes of Paragraphs 5.4.3.1.-5.4.3.11 of the Agreement, the Policyholder shall be responsible to obtain personal data from the Insured, all the consent necessary to use the data for direct marketing, processing and transferring to the affiliated/associated companies of the Insurer.
- 5.4.3.13. For the correctness of contact information transmitted to the Insurer, as well as the subsequent information of those persons - indicated by the Policyholder, as well as for the existence of a permit from any Insured on submission of information from these contact data is responsible the Policyholder.
- 5.4.3.14. The Policyholder is fully responsible for the damage arisen for the Insurer and Policyholder, caused due to the breach of the aforementioned articles, including any sanctions or penalty imposed by the relevant administrative authorities and the court.
- 5.4.4. **The Policyholder is entitled:**
- 5.4.4.1. To request the Insurer reimbursement of insurance case under the Agreement wording, when an insurance case occurs.
- 5.4.4.2. Request the Insurer at any time to halt using personal data for the purposes of direct marketing by sending an online or written notification. The written notification shall be sent to the legal address of the Insurer, and online notification to the following address: info@gpih.ge
- 5.5. **Extension of insurance**
- 5.5.1. The term of validity for the present insurance agreement shall be automatically extended for the same period unless otherwise declared by either party on termination of the insurance in a written form. Updated terms will be notified via text message (SMS).
- 5.5.2. In the next insurance period, the terms of the planned hospitalization reimbursement (pay-out percentage, limit) are consistent with the Policy which was purchased by the Insured in the previous year if the insurance is updated with the same Policy or with the Policy having more value. In case of renewing insurance with a lower cost Policy, the terms of planned hospitalization reimbursement shall be in line with the newly selected Policy.
- 5.5.3. In case of uninterrupted transfer from any insurance products the waiting period for the pregnancy costs shall be restarted.
- 5.6. **Termination of insurance:**
- 5.6.1. In case of premature termination of the insurance agreement by the policyholder, the policyholder shall notify the insurer in writing thereof 1 (one) month before the date of termination.
- 5.6.2. In case of termination of the Insurance Agreement/Policy by the Policyholder or in case of premature termination of the Agreement by the Insurer due to non-payment of the Insurance Premium by the Policyholder, the Policyholder must additionally pay 75% of Insurance Premium earned by the moment of termination of the insurance. In case when the Insured terminates the contract within the first 3 months from the date of signing the insurance and at the same time, has not used the insurance, he/she pays 3 months premium by the time of terminating the Agreement.
- 5.6.3. In case of early termination of the insurance contract by the Insurer, the latter shall be obliged to return the uninsured portion of the prepaid premium (if any) to the Insured if the Insured has not used the insurance.
- 5.7. **Rejection**
- 5.7.1. The Policyholder/Insurer is entitled to reject an agreement within 14 (fourteen) days of concluding it, without paying a penalty or additional fees by sending "the application of rejection" under Annex 1 at the legal address of the Insured or by submitting to the branches of the Insurer.
- 5.7.2. In case the Policyholder/Insured does not send the request to the Insurer regarding rejection, Policyholder/Insured is entitled to benefit from the rights established by the Agreement 14 (fourteen) days after

- მეშვეობით (SMS).
- 5.5.2. მომდევნო სადაზღვევო პერიოდში გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის ანაზღაურების პირობები (ანაზღაურების პროცენტი, ლიმიტი) შეესაბამება იმ პოლისს, რომელიც დაზღვეულს შეეძინა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში, თუ დაზღვევა ახლდება იგივე, ან მეტი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით. უფრო დაბალი ღირებულების სადაზღვევო პოლისით დაზღვევის განახლების შემთხვევაში გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის და ამბულატორიული მანიპულაციების ანაზღაურების პირობები შეესაბამება ახალარჩეულ პოლისს.
- 5.5.3. ინდივიდუალური დაზღვევის სხვა პროდუქტიდან უწყვეტად გადმოსვლისას ორსულობის ხარჯების ანაზღაურებაზე მოცდის პერიოდები ირთვება თავიდან.
- 5.6. **დაზღვევის შეწყვეტა:**
- 5.6.1. დაზღვევის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ვადაზე ადრე მოშლის შემთხვევაში დაზღვევი ვალდებულია, წერილობით შეატყობინოს მზღვეველს ხელშეკრულების მოშლის შესახებ 1 (ერთი) თვის ადრე.
- 5.6.2. დაზღვევის მიერ ხელშეკრულების/პოლისის შეწყვეტის შემთხვევაში ან დაზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელობის გამო მზღვეველის მხრიდან ხელშეკრულების ვადაზე ადრე შეწყვეტისას, დაზღვევი ვალდებულია დამატებით გადაიხადოს დაზღვევის შეწყვეტის მომენტისთვის გამოუშვებული 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.
- 5.6.3. მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ვადაზე ადრე მოშლის შემთხვევაში, იგი ვალდებულია დაზღვევს დაუბრუნოს წინსწრებით გადახდილი პრემიის გამოუშვებული ნაწილი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს არ უსარგებლია დაზღვევით,
- 5.7. **ხელშეკრულებაზე უარის თქმა**
- 5.7.1. დაზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია უარი თქვას ხელშეკრულებაზე მისი გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის ვადაში, ყოველგვარი ჯარიმისა და დამატებით გადასახადის გარეშე, მზღვეველისთვის დანართი #1-ით განსაზღვრული „დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განაცხადის“ მზღვეველის იურიდიულ მისამართზე გაგზავნის ან მზღვეველის ფილიალებში ფიზიკურად მიწოდების გზით.
- 5.7.2. თუ დაზღვევი/დაზღვეული მზღვეველს არ გაუგზავნის მოთხოვნას დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის შესახებ, მაშინ დაზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია ხელშეკრულების გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის ვადის შემდეგ ისარგებლოს ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებებით.
- 5.7.3. ხელშეკრულების 5.7.1. პუნქტით განსაზღვრული უფლების არსებობა, არ ათავისუფლებს დაზღვევი/დაზღვეულს სადაზღვევო პრემიის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ანაზღაურების ვალდებულებისგან.
- 5.7.4. თუ დაზღვევა/დაზღვეულმა, ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლების ვადის გასვლამდე, პირდაპირ და მკაფიოდ მოითხოვა მზღვეველთან ან/და პროვაიდერ კლინიკასთან, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით, მომსახურების მიღება, მაშინ შესაბამისი მომსახურების მიღებით დაზღვევი/დაზღვეული კარგავს ხელშეკრულების 5.7.1. პუნქტით განსაზღვრულ ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებას.
- 5.8. **სუბროგაცია:**
- 5.8.1. მზღვეველი, ხარჯების ანაზღაურების გაცემის შემდეგ, უფლებამოსილია, მოითხოვოს შესაბამისი ხარჯების კომპენსაცია იმ პირთაგან, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან დაზღვეულისთვის მიყენებულ ზიანზე.
- 5.8.2. ხელშეკრულების 5.8. მუხლის მიზნებისთვის დაზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია შესაბამისი პირის მიზნის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება გადასცეს მზღვეველს. თუ დაზღვევი/დაზღვეული უარს განაცხადებს შესაბამისი პირის მიზნის ანაზღაურების მოთხოვნაზე, მაშინ მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ზიანის იმ ოდენობით ანაზღაურების მოვალეობისაგან, რამდენიც მას შეეძლო მიეღო თავისი ხარჯების ასანაზღაურებლად უფლების განხორციელებასთან ან მოთხოვნის ნაყენებასთან დაკავშირებით.
- 5.9. **დავების გადაწყვეტა:**
- 5.9.1. მხარეებმა ყველა ღონე უნდა იხმარონ, რათა შეთანხმებით მოაგვარონ ყველა უთანხმოება და დავა, წარმოქმნილი მათ შორის ხელშეკრულების ან მასთან დაკავშირებული სხვა საკითხების მიმართ.
- 5.9.2. ხელშეკრულების შესრულებასთან დაკავშირებული დავების/უთანხმოების წარმოშობის შემთხვევაში, მისი ურთიერთშეთანხმებით/მორიგებით დასრულების მიზნით მხარეები, აგრეთვე დაზღვეული და მოსარგებელი მიმართავენ ას(ა)პ „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“, „დაზღვევის მედიაციის“ მედიატორს სატელეფონო ხაზის მეშვეობით ნომერზე: 2555155, ან მისამართზე: თბილისი მოსაშვილის ქუჩა 24, ან ელექტრონული ფოსტის მისამართზე: mediacia@insurance.org.ge. „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“, „დაზღვევის მედიაციის“ პროცესთან დაკავშირებული საერთო ხარჯების დაფინანსება ხდება „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ ხანგრძლივი შემოსავლებიდან.
- 5.9.3. თუ ასეთი მოლაპარაკების დაწყებიდან 30 (ოცდაათი) დღის განმავლობაში მხარეები ვერ შეძლებენ სადავო საკითხების შეთანხმებით მოგვარებას, ნებისმიერ მხარეს დავის გადაწყვეტის მიზნით შეუძლია დადგენილი წესის მიხედვით მიმართოს სასამართლოს. გამომდინარე იქედან, რომ მხარეთა მიერ ხელშეკრულების შესრულების ადგილად მიჩნეულია მზღვეველის ადგილსამყოფელი, დავის განხილვა მოხდება მისი ადგილსამყოფელის მიხედვით არსებულ საერთო სასამართლოში.
- concluding the Agreement.
- 5.7.3. Rights determined in Paragraph 5.7.1. of the Agreement does not exempt the Policyholder/Insured from the responsibility of reimbursement of the Insurance premium in accordance with Agreement Wording.
- 5.7.4. In case the Policyholder/Insured before expiration of the rejection term directly and clearly requests service from the Insurer and/or provider clinic in line with the Insurance Agreement Wording, the Policyholder/Insurer shall lose their right to rejection defined in Paragraph 5.7.1.
- 5.8. **Subrogation:**
- 5.8.1. After issuing the indemnification, the Insurer is authorized to claim for compensation of the costs incurred by those parties, who are responsible for the damage caused to the Insured.
- 5.8.2. For the purposes of Paragraph 5.8. hereunder, the Policyholder/Insurer shall transfer the right to request indemnification of damages from a third party to the Insurer. If Policyholder/Insured refuses to request third party damage indemnification, the Insurer shall be exempted from indemnification of damages hereunder in the amount, which it could receive for reimbursement of expenses or for making a request.
- 5.9. **Dispute Settlement:**
- 5.9.1. The parties shall use their efforts to settle all disputes arising between them with regard to the agreement or other issues related to it.
- 5.9.2. In case of any dispute/disagreement arising out of this agreement the Parties“ both as Policyholder and Insured in order to resolve it an amicable way refer to NNLE “Georgian Insurance Association” and “Insurance Mediation” through telephone 2555155, or to the address: 24, Mosashvili str., Tbilisi or to email: mediacia@insurance.org.ge. All costs for service of “Georgian Insurance Association” and “Insurance Mediation” shall be funded from the members contributions of NNLE “Georgian Insurance Association” .
- 5.9.3. If within 30 (thirty) days after the commencement of such negotiations the parties fail to settle insurance issues, any party can apply to the court with the objective of settlement of the dispute in accordance with the established rule. Proceeding from the fact that the place of performance of the agreement is the location of the insurer, the review of the dispute shall be carried out according to its location in the general court.
- 5.10. **Force-Majeure**
- 5.10.1. None of the parties are responsible for violation, non-timely or/and inappropriate execution of the obligations of this Agreement, if this violation, inappropriate or non-timely execution was caused by occurrence or/and action of the circumstances from insuperable force, which could not have been known by the parties at the moment of concluding the Agreement.
- 5.10.2. Insuperable forces are (not limited to): natural calamity (fire, flood, earthquake, storm, etc.); declared or undeclared war, civil unrest, any hostilities, state of emergency, epidemic, blockade or any economic embargo; a decision of the authorities or a competent body and issuance of normative acts that impact fulfillment of the obligations under the Agreement and change, cease or suspend the Policy Wording.
- 5.10.3. The Parties agree that due to the existing political and economic state in Georgia, culpability and/or non-culpability of a third party that make it impossible for the Parties to perform obligations hereunder shall be equalized to a force-majeure event. Existing political and economic state implies the state of crime in the country, energy crisis and other circumstances conditioned by the political landscape.
- 5.10.4. The force-majeure shall be confirmed by a competent body.
- 5.10.5. Upon arising force-majeure circumstances, the party shall immediately notify the other party through communication media at hand (phone, post, email, courier, and others).
- 5.10.6. After force-majeure circumstances are terminated, the parties immediately continue with the responsibilities hereunder.
- 5.10.7. In the event of force-majeure, performing obligations shall be suspended for the period the events continue, unless otherwise agreed between the parties. In case the non-performance of obligations lasts more than one month, each party shall be entitled to unilaterally terminate the Agreement and notify of the termination two weeks prior to the presumed date of termination by sending a written notification or e-mail (or other available media), which shall be sent to the address indicated during the primary registration of the client.
- 5.10.8. In case the force-majeure lasts more than 1 (one) month, the party is entitled to immediately terminate the Agreement by sending the other party a written notification.
- 5.11. **Miscellaneous**
- 5.11.1. Any amendment and additions to the agreement shall be made in writing, it shall be enforced only after it is signed by both parties.
- 5.11.2. Every right/obligation hereunder shall be applied to the representatives and successors in title.
- 5.11.3. Any issue not included in the Agreement shall be regulated by the legislation in effect.
- 5.11.4. After signing this Agreement any verbal or written arrangement (made before signing) between the Parties with regard to the settled issues shall be deemed void.

5.10. **ფორს-მაჟორი**

- 5.10.1. ხელშეკრულების საფუძველზე არც ერთი მხარე არ აგებს პასუხს მეორე მხარის წინაშე და თავისუფლდება პასუხისმგებლობისაგან საკუთარი ვალდებულებების შეუსრულებლობის ან არასათანადოდ შესრულების გამო, თუ ამის მიზეზი გახდა საგანგებო ხასიათის მქონე გადაუღებელი და, რომლის წარმოშობაზე ხელშეკრულების მონაწილე მხარეები პასუხს არ აგებენ და რომლის არსებობის ან წარმოშობის შესახებ წინამდებარე ხელშეკრულების დადების მომენტში არ შეეძლოთ ცნობილობა.
- 5.10.2. გადაუღებელი და დასაბუთებული ჩაითვლება შემდეგი (და არა მხოლოდ): სტიქიური უბედურებანი (ხანძარი, წყალდიდობა, მიწისძვრა, შტორმი და სხვა.); გამოცხადებული ან გამოუცხადებელი ომი, სამოქალაქო არეულობა, ნებისმიერი სახის საომარი მოქმედებები, საგანგებო მდგომარეობა, ეპიდემიები, პანდემიები, ბლოკადა ან ნებისმიერი ეკონომიკური ემბარგო; ხელისუფლების ნებისმიერი ერთეულის ან ხელისუფლების მიერ საამისოდ კომპეტენტურად განსაზღვრული ორგანოს გადაწყვეტილება და ისეთი ნორმატიული აქტების გამოცემა რომლებიც ზემოქმედებენ მხარეების მიერ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებაზე და ცვლიან, სვეტენ ან აჩერებენ წინამდებარე ხელშეკრულების დებულებებსა და პირობებს.
- 5.10.3. მხარეები თანხმდებიან, რომ საქართველოში არსებული პოლიტიკურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე ფორს-მაჟორულ მოვლენასთან გათანაბრებულია შესაძლებელია პირთა ბრალეული და/ან არაბრალეული ქმედებანი, რომლებიც შეუძლებელს ხდის მხარეთა მიერ ნაკისრი ვალდებულების შესრულებას. არსებულ პოლიტიკურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაში იგულისხმება ქვეყანაში არსებული კრიზისოვანი სიტუაცია, ენერგეტიკული კრიზისი და პოლიტიკური ვითარებიდან გამომდინარე სხვა გარემოებები.
- 5.10.4. ფორს-მაჟორული მოვლენა დადასტურებული უნდა იქნეს კომპეტენტური ორგანოს მიერ.
- 5.10.5. ფორს-მაჟორული გარემოებების წარმოშობის შესახებ მხარემ დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოს მეორე მხარეს მის ხელთ არსებული საკომუნიკაციო საშუალებებით (ტელეფონი, ფოსტა, ელექტრონული ფოსტა, კურიერი და სხვა).
- 5.10.6. ფორს-მაჟორული გარემოებების შეწყვეტისთანავე მხარეები დაუყოვნებლივ აგრძელებენ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას.
- 5.10.7. ფორს-მაჟორული გარემოებების არსებობის პირობებში, ვალდებულების შესრულების პერიოდი შეჩერდება იმ დროით, რა დროსაც გასტანა ასეთმა გარემოებებმა, თუ მხარეთა შორის არ იქნა მიღწეული სხვაგვარი შეთანხმება. თუ მხარეების მიერ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობა გარემოება ერთ თვეზე მეტ ხანს, თითოეული მხარე უფლებამოსილია ცალმხრივად შეწყვიტოს წინამდებარე ხელშეკრულების მოქმედება, შეწყვეტის საგარაუდო თარიღად არანაკლებ ორი კვირით ადრე წერილობითი შეტყობინების გაგზავნით (ან ელექტრონული ფოსტის მეშვეობით) ან სხვა ხელმისაწვდომი საშუალებით, რომელიც მინორდებული იქნება მხარის მიერ იმ მისამართზე, რომელიც მითითებულ იქნა დამკვეთის პირველადი რეგისტრაციის დროს.
- 5.10.8. თუ ფორს-მაჟორული გარემოება გრძელდება 1 (ერთი) თვეზე მეტი დროით, მაშინ მხარე უფლებამოსილია, დაუყოვნებლივ მოშალოს ხელშეკრულება მეორე მხარისათვის წერილობითი შეტყობინების გაგზავნის გზით.
- 5.11. **დამატებითი პირობები:**
- 5.11.1. ხელშეკრულებაში ცვლილებების და დამატებების შეტანა ხდება წერილობით, ძალაშია ორივე მხარის მიერ ხელმოწერის შემდგომ.
- 5.11.2. ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ყველა უფლება-მოვალეობები ვრცელდება ორივე მხარის უფლებამონაცვლებზე და წარმომადგენლებზე.
- 5.11.3. ყველა საკითხი, რაც არ არის გათვალისწინებული ხელშეკრულებით, რეგულირდება საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით.
- 5.11.4. ხელშეკრულების ხელმოწერის შემდგომ ნებისმიერი სიტყვიერი ან წერილობითი შეთანხმება ხელშეკრულებით მონესრებივლ საკითხებთან დაკავშირებით ბათილია.
- 5.11.5. მზღვეველი არ არის პასუხისმგებელი ნებისმიერი სახის მომსახურების ხარვეზის ანაზღაურებაზე, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული ხელშეკრულებით.
- 5.11.6. სანქციების პირობა - მზღვეველი არ მოახდენს სადაზღვევო ანაზღაურებას ან რაიმე მომსახურების განვას დამზღვევისათვის ან შესაძლებელია პირისათვის თუ ამგვარი ანაზღაურება/მომსახურება, ან დამზღვევის საქმიანობა არღვევს საერთაშორისო ან ადგილობრივი საკანონო თუ სხვა ეკონომიკური სანქციების მოთხოვნებს. სანქციების რიცხვს მიეკუთვნება: ადგილობრივი, ევროკავშირის, გაერთიანებული ერების, აშშ-ის და გაერთიანებული სამეფოს; ან ნებისმიერი სხვა სანქცია რომელიც შეეხება დამზღვევს/მოსარგებლეს/დაზღვეულს, იმ პირობით რომ ამით არ ირღვევა მზღვეველის ეროვნული კანონმდებლობა.
- 5.11.7. მზღვეველი უფლებამოსილია უარი თქვას სადაზღვევო მომსახურების განხორციელებაზე ან შეწყვიტოს ამგვარი ურთიერთობა, თუ დაზღვეული/დამზღვევი/ბენეფიციარი უარს აცხადებს მზღვეველისთვის „საგადასახადო საკითხებში ადმინისტრაციული ურთიერთდახმარების შესახებ“ 1988 წლის 25 იანვრის კონვენციის ფარგლებში „ფინანსური ანგარიშების შესახებ ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ“ კომპეტენტური უწყებების მრავალმხრივი შეთანხმებით (CRS MCAA) ან საქართველოსა და შესაბამის იურისდიქციას შორის ფინანსური ანგარიშების თაობაზე ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ შესაბამისი შეთანხმებით დადგენილი მოთხოვნებიდან გამომდინარე ინფორმაციის მინორდება.
- 5.11.8. ხელშეკრულების თანახმად, სახელშეკრულებო პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და ამ ხელშეკრულებასთან

- 5.11.5. **The Insurer** shall not be responsible for reimbursement of any service expense not stipulated by the Agreement.
- 5.11.6. The sanction condition - the Insurer shall not indemnify or provide any service to the Policyholder or third person if such indemnification/service, or Policyholder's activities violate the requirements of international or local trading or other economic sanctions. To these sanctions belong: Local, EU, United Nations, USA, UK or any other sanction concerning the **Insurer/Policyholder/Beneficiary**, provided that it does not violate the national legislation of **the Insurer**.
- 5.11.7. The Insurer is entitled to refuse rendering insurance service or terminate such relationship if the Insured/Beneficiary/Policyholder refuses to submit information within January 25, 1988 Convention on "Administrative Assistance in Tax Matters," multilateral agreement (CRS MCAA) on "Automatic Exchange of Financial Account Information" or does not meet the requirements of the agreement on automatic exchange of financial account information set forth in Georgia or a relevant jurisdiction.
- 5.11.8. In line with the Agreement, the Agreement Wording has confidential character and any information related to it shall be transferred to third party(ies) in accordance with the procedure of the enacted legislation, moreover, in case of preliminary written agreement between the parties.
- 5.11.9. Any notification of the Policyholder/Insured shall be made in writing and/or online, other than in case of special term of the Agreement.
- 5.11.10. Any notification and/or information related to the Agreement shall be sent to the Policyholder/Insured via any communication media, including, e-mail address and/or a text and/or via sending a notification/information to an address/location indicated in the Agreement/Policy
- 5.11.11. The notification sent to the e-mail and/or phone number indicated in the Insurance Agreement/Policy shall be deemed delivered/received on the day it was sent.
- 5.11.12. In case a notification is sent to the Policyholder/Insured on a day different from what is specified in the Agreement/Policy on the e-mail address or phone number, the notification shall be deemed delivered on the day it was received by the Policyholder/Insured if the latter confirms receipt of the notification on the day it was received.
- 5.11.13. In case information regarding change in address, location, email and/or phone number or other details are not immediately sent to the Insurer, any correspondence / message sent to the address/email/phone number indicated in the insurance shall be deemed received by the Policyholder/Insured.
- 5.11.14. A written notification is deemed delivered in case any capable family member living with the Policyholder/Beneficiary takes it at the address indicated by the Party. In case the party, any capable member of their family refuses to take the notification, the notification shall be deemed delivered.
- 5.11.15. The insurance was drawn up in two copies, each copy has equal legal force. Each copy of the Agreement shall be given to each party.

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

დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია შესაძლებელია პირს (პირებს) გადაეცემა(თ) მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წინასწარი წერილობითი თანხმობის შემთხვევებში.

- 5.11.9. ნებისმიერი შეტყობინება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ უნდა ატარებდეს წერილობით ან/და ელექტრონულ ფორმას, გარდა ხელშეკრულებით დადგენილი სპეციალური პირობებისა
- 5.11.10. დაზღვევის ხელშეკრულებიდან გამომდინარე ყველა შეტყობინება ან/და მასთან დაკავშირებული სხვა ინფორმაცია მზღვეველის მიერ დამზღვევის/დაზღვეულს მიეწოდება ნებისმიერი საკომუნიკაციო საშუალებით, მათ შორის ელექტრონული ფოსტის მისამართზე ან/და ტელეფონის ნომერზე მოკლე ტექსტური შეტყობინების მეშვეობით ან/და ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულ მისამართზე/ადგილსამყოფელზე ინფორმაციის/შეტყობინების გაგზავნით.
- 5.11.11. დაზღვევის ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულ ელექტრონული ფოსტის მისამართზე ან/და ტელეფონის ნომერზე გაგზავნილი შეტყობინება ჩაბარებულად/მიღებულად ითვლება მისი გამოგზავნის დღეს.
- 5.11.12. თუ დამზღვევის/დაზღვეულს შეტყობინება გაეგზავნა დაზღვევის ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულისაგან განსხვავებულ ელექტრონული ფოსტის ან/და ტელეფონის ნომერზე, შეტყობინება ჩაბარებულად ჩაითვლება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ მისი მიღების დღეს თუ შეტყობინების მიღება დადასტურებულია დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ.
- 5.11.13. თუ ინფორმაცია მისამართის, ადგილსამყოფელის, ელექტრონული ფოსტის ან/და ტელეფონის ნომრის თუ სხვა რეკვიზიტების ცვლილების შესახებ დაუყოვნებლივ არ გაეგზავნა მზღვეველს, მაშინ მზღვეველის მიერ ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულ მისამართზე/ელექტრონულ ფოსტაზე/ტელეფონის ნომერზე გაგზავნილი ნებისმიერი კორექსორდენცია / შეტყობინება ჩაითვლება დამზღვევის/დაზღვეული მიერ მიღებულად.
- 5.11.14. წერილობითი შეტყობინება ჩაბარებულად ჩაითვლება თუ მხარის მიერ მითითებულ მისამართზე, თუ მას ჩაბარებს დამზღვევეთან/მოსარგებლეს თუ მცხოვრები ოჯახის რომელიმე ქმედუნარიანი წევრი. თუ შეტყობინების ჩაბარებაზე, მხარე, მისი ოჯახის რომელიმე ქმედუნარიანი წევრი უარს აცხადებს შეტყობინების ჩაბარებაზე, მაშინ შეტყობინება ჩაითვლება ჩაბარებულად.
- 5.11.15. ხელშეკრულება შედგენილია ორ ეგზემპლარად და ორივე ეგზემპლარს გააჩნია თანაბარი იურიდიული ძალა. ხელშეკრულების თითო ეგზემპლარი გადაეცემა თითოეულ მხარეს.

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

6. ჯიპიის პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებები

- 6.1. **პირადი ექიმის სამსახური**
- 6.1.1. ქ. თბილისი - სამედიცინო ცენტრი « კურაციო » - ოთარ ლორთქიფანიძის ქ. #31; ტელ. : 2 43 01 01; mygpi.ge-ით ჩანერა
- 6.1.2. ქ. თბილისი - საოჯახო მედიცინის ქართულ ამერიკული კლინიკა - ბერბუკის ქ. #10; ტელ. : 2 33 08 33; 2 21 35 03
- 6.1.3. ქ. თბილისი - „მედიკონ ჰოლდინგი“, მუხიანი - ა.გობრონიძის ქ.#27 ტელ: 995 032 2470606
- 6.1.4. ქ. თბილისი - სს ვერე XXI -თბილისი, ლეო ქიჩიძის ქ.#18 - ტელ. : +995322157877
- 6.1.5. ქ. ბათუმი - შპს მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალი მედცენტრი - პუშკინის ქ. #118; ტელ.: 0 422 27 83 24; mygpi.ge-ით ჩანერა
- 6.1.6. ქ. რუსთავი - კლინიკა რუსთავი - VI I მ/რ; ტელ. : 27 59 95; mygpi.ge-ით ჩანერა
- 6.1.7. ქ. ზუგდიდი -სს „ევექსის კლინიკები“ -ზუგდიდის პოლიკლინიკა - ზუგდიდის, კოსტავას ქ.№1; ტელ.:255-0505
- 6.1.8. ქ. თელავი - სს "ევექსის ჰოსპიტლები" - თელავის რეფერალური ჰოსპიტალი- სენიაშვილის ქ. 1
- 6.1.9. ქ. გურჯაანი -შპს ჯეოჰოსპიტალის გურჯაანის სამედიცინო ცენტრი - გურჯაანი, მარჯანიშვილის 55.
- 6.1.10. ქ. საგარეჯო - შპს ჯეოჰოსპიტალის მრავალპროფილიანი სამედიცინო ცენტრი - კახეთის გზატკეცილი 13.
- 6.1.11. ქ. ბორჯომი - შპს ჯეო ჰოსპიტალს - ბორჯომის მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი - სააკაძის ქ. #2; ტელ.: 2 48 72 22
- 6.1.12. ქ. გორი - ავერსის კლინიკა - გორის ფილიალი N 2 მის: გორი, სამეფოს ქ 78
- 6.1.13. ქ. ქუთაისი - შპს ჯეო ჰოსპიტალს- ქუთაისის ცენტრალური საავადმყოფო - სოლომონ პირველის ქ. #10. ტელ.: 24 63 22; mygpi.ge-ით ჩანერა
- 6.1.14. ქ. ქუთაისი - კლინიკა ლჯ - ჩეჩელაშვილის ქ. 6ა; ტელ.: 24 39 35; mygpi.ge-ით ჩანერა
- 6.1.15. ქ. ფოთი - იკამედი ფოთი - ერეკლე II ქ 40; ტელ.: 27 91 91; mygpi.ge-ით ჩანერა
- 6.2. **პრივილეგირებული პროვაიდერული ქსელის კლინიკები**
- 6.2.1. დ. ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრები - თ. აბულაძის ქ. #8, ტელ.: 2913119; 2913242; მარიჯანის ქ. #2ბ, ტელ.: 2186186; 2186187;
- 6.2.2. შპს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა - წინანდლის ქ. #9; ტელ: 218 07 98
- 6.2.3. მედ ინვესტმენტი (დ ტატიშვილის ვ.ფშაველას ფილიალი თბილისი, ვაჟა-ფშაველას 76 ბ; tel: 0322800819

6.3. სტომატოლოგიური მომსახურება მედი (სტანდარტი, კლასიკი, პრემიუმი)- გეგმიური/გადაუდებელი

6. Provides clinics

- 6.1. **Physician Service**
- 6.1.1. Tbilisi - Medical centre « Curatio » - 31 Lortkipanidze Str.; Phone: 2 43 01 01; appointment with mygpi.ge
- 6.1.2. Tbilisi - Medical House - 10 Berbuki Str., tel: 2 33 08 33; 2 21 35 03
- 6.1.3. Tbilisi - Medison Holding -27 A.Gobronidze; Phone: +995 032 2470606
- 6.1.4. Tbilisi - JSC Vere XXI - 18 Leo Kiacheli Str., +995322157877
- 6.1.5. Batumi - High-tech Multidisciplinary Hospital Medcenter - 118 Pushkini Str., Tel: 0 422 27 83 24; appointment with mygpi.ge
- 6.1.6. Rustavi - Clinic Rustavi - VI I M/D; Phone: 27 59 95; appointment with mygpi.ge
- 6.1.7. Zugdidi - JSC Evex Clinic - Zugdidi Polyclinic - 1 Kostava Str., Zugdidi, Tel: 255-0505
- 6.1.8. Telavi - JSC Evex Hospitals - Referral Hospital of Telavi - 1 Sekhniashvili Str.,
- 6.1.9. Gurjaani - Gurjaani Medical Center of Geohospitals LLC - 55 Marjanishvili Str., Gurjaani
- 6.1.10. Sagarejo - Multidisciplinary Medical Center of Geohospitals - Kakheti Highway 13.
- 6.1.11. Borjomi - Geohospitals LLC, Multidisciplinary Medical Center - 2 Saakadze Str., =2 48 72 22
- 6.1.12. Gori - Aversi Clinic - Gori Branch N2, Add: 75 Samepo 75, Gori
- 6.1.13. Kutaisi - Geohospitals - Kutaisi Central Hospital - 10 Solomon Pirveli Str.; Phone: 0431 24 63 22; appointment with mygpi.ge
- 6.1.14. Kutaisi - Clinic LJ - 6a Chechelashvili, Tel: 24 39 35; appointment with mygpi.ge
- 6.1.15. Poti - Ikamedi Poti - 40 Erekle II Str., Tel: 27 91 91; appointment with mygpi.ge
- 6.2. **Privileged Provided Clinic Chains**
- 6.2.1. D. Tatishvili Medical Centers - 8 T. Abuladze Str., Tel: 2913119; 2913242; 2b Marijani str. Tel: 2186186; 2186187;
- 6.2.2. High Technology Medical Center University Clinic LLC - 9 Tsinandali Str; Tel: 218 07 98
- 6.2.3. Med Investment (D. Tatishvili clinic; Vaja Pshavela 76b, tel: 0322800819)
- 6.3. **Dental Service**
- Medi (Standard, Classic, Premium) - Planned/Urgent**
- 6.3.1. Tbilisi - « Univers Dental» (Intermed Turi Ltd); 35 Sul Khan Tsintsadze str.; Phone : 3224430202
- 6.3.2. Tbilisi - "+Ultradent " - 7 Gamrekeli (former Kutuzovi) Str.; Phone: 2

- 6.3.1. ქ. თბილისი - «*უნივერს დენტალი(შპს ინტერმედ ტური)» - სულხან ცინცაძის ქ.#35; ტელ. : 2 43 02 02
- 6.3.2. ქ. თბილისი - «შპს ულტრა დენტი» - გამრეკლის ქ. #7; ტელ. : 2 14 12 68
- 6.3.3. ქ. თბილისი - «დენტავიტა» - ვაჟა-ფშაველას გამზ., I შესახ. №1/43; ტელ.: 2 32 41 88; 2 32 35 69
- 6.3.4. ქ. თბილისი - «მედი-დენტ +» - არაყიშვილი 1 ჩიხი#5; ტელ. 2 91 49 35
- 6.3.5. ქ. თბილისი - «ზენ დენტალი» - მ.კოსტავას 63 (გმირთა მოედანის მიმდებარედ); ტელ. : 555702737
- 6.3.6. ქ.თბილისი-«დენტალ ლაინი»- კრწანისი, გორგასლის 63 ბინა 56; ტელ.: 0322721088; 598721088-
- 6.3.7. თბილისი- შპს მარიკა კუბლაშვილის სტომატოლოგიური ცენტრი - თბილისი, გივი კარტოზიას 4 ტელ. : 577090505
- 6.3.8. ქ. რუსთავი -> მედქორნერი > - ჟიული შარტავას გამზ., N 12ა, ბლოკი ა, სართ. 2- 0322111241; 595 22 11 12; 595 73 77 55
- 6.3.9. ქ. ბათუმი - «დენტა-ლუქსი» - ახმეტელის ქ. 1ბ#2; ჯავახიშვილის ქ. 76/78; 26 ფარნავაზ მეფის 140; ტელ. : 577761055; 0422272976; 0422275299
- 6.3.10. ქ. ბათუმი - «სტომატოლოგიური ცენტრი j-smile» - გორგილაძის N 96-0422292378; 593281048; 557561229
- 6.3.11. ქ. ქობულეთი- შპს Elite-dent+(ელიტდენტი ქობულეთში) ; აღმაშენებლის N 152 ; ტელ: 574718100; 0426267110;
- 6.3.12. ქ. თელავი - «ნოვომედი» - ი. ჭავჭავაძის ქ. N 54 ტელ. : 551501010; 0350273033;
- 6.3.13. ქ. ქუთაისი - «ქუთაისის რეგიონალური სტომატოლოგიური ცენტრი» - რუსთაველის ქ. N 102 ; ტელ. : 0431241988; 599555474; 577131532
- 6.3.14. ქ. ქუთაისი - «დენტალ ლუქსი» - თამარ მეფის N 42- ტელ; 0431243560; 0790555757;
- 6.3.15. ქ. ზუგდიდი - «ზუგდიდის სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა» - ზ. გამსახურდიას ქ. #30; ტელ. : 593325051;
- 6.3.16. ქ. ფოთი - «ფემილი დენტი - ინდ მენარმე ქორქია ქრისტინე» - ფოთი, ჩხეიძის #3/1; (0493)221020; 598180738
- 6.3.17. ქ. სენაკი- «ხუფენია ანასტასია - სენადენტი» - ჭავჭავაძის ქ. #80; 0413273100; 599999792; 577146188
- 6.3.18. ქ.ახალციხე- > მედქორნერი ახალციხე > - რუსთაველისN57ა. 595737755; 59623121

6.4. სტომატოლოგიური მომსახურება

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

- 6.4.1. ქ. თბილისი - «ინტერმედ ტური უნივერსი» - სულხან ცინცაძის ქ.#35; ტელ. : 2 43 02 02 - 50% ფასდაკლება
- 6.4.2. ქ. თბილისი - «ულტრადენტი +» - გამრეკლის ქ. #7; ტელ. : 2 14 12 68 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.3. ქ. თბილისი - «დენტავიტა» - ვაჟა-ფშაველას გამზ., I შესახ. №1/43; ტელ.: 2 32 41 88; 2 32 35 69 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.4. ქ. თბილისი - «დოლოქი თამარ (მედი-დენტ +)» - არაყიშვილი 1 ჩიხი#5; ტელ. 2 91 49 35 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.5. ქ. თბილისი - «ზენ დენტალი» - მ.კოსტავას 63 (გმირთა მოედანის მიმდებარედ); ტელ. : 555702737 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.6. ქ.თბილისი-«დენტალ ლაინი»- კრწანისი, გორგასლის 63 ბინა 56; ტელ.: 0322721088; 598721088- 30 % ფასდაკლება
- 6.4.7. ქ.თბილისი- შპს მარიკა კუბლაშვილის სტომატოლოგიური ცენტრი- გივი კარტოზიას 4; ტელ.: 577090505- 30% ფასდაკლება.
- 6.4.8. ქ. რუსთავი - შპს მედქორნერი- რუსთავი, ჟიული შარტავას გამზ., N 12ა, ბლოკი ა, სართ. 2- 595221112; 595737755;- 30% ფასდაკლება
- 6.4.9. ქ. ბათუმი - «დენტა-ლუქსი» - ახმეტელის ქ. 1ბ#2; ჯავახიშვილის ქ. 76/78; 26 მაისის ქ. #40 ; ტელ. : 2 7 37 45; 2 7 29 76; 27 19 73; 2 7 52 99 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.10. ქ. ბათუმი - შპს სტომატოლოგიური ცენტრი j-smile - ბათუმი. გორგილაძის 96-0422292378; 593281048; 557561229- 30% ფასდაკლება
- 6.4.11. ქ. ქობულეთი- elite dent+; აღმაშენებლის N126; ტელ: 0426 26 71 10 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.12. ქ. თელავი - «ნოვომედი სტომატოლოგია» - ი. ჭავჭავაძის ქ. #54 ტელ. : 2 7 30 33 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.13. ქ. ქუთაისი - «ქუთაისის რეგიონალური სტომატოლოგიური ცენტრი» - რუსთაველის ქ. #6; ტელ. : 2 4 19 88; 2 4 37 77- 30% ფასდაკლება
- 6.4.14. ქ. ქუთაისი-«დენტალ ლუქსი» - თამარ მეფის #42- (0431)243560; 0 790555757 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.15. ქ. ზუგდიდი - «ზუგდიდის სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა» - ზ. გამსახურდიას ქ. #30; ტელ. : 32 50 51- 30% ფასდაკლება
- 6.4.16. ქ. ფოთი - ინდ მენარმე ქორქია ქრისტინე- ფოთი, ჩხეიძის #3/1; (0493)221020; 598180738- 30% ფასდაკლება
- 6.4.17. ქ. სენაკი- «ხუფენია ანასტასია - სენადენტი» - ჭავჭავაძის ქ. #80; 0413273100; 599999792; 577146188 - 30% ფასდაკლება
- 6.4.18. ქ.ახალციხე- > მედქორნერი ახალციხე > - რუსთაველისN57ა. 595737755; 596231212- 30% ფასდაკლება

6.5. საფთოაქო ქსელი

- 6.5.1. შპს ჰსპ ფარმა
- 6.5.2. შპს ავერსი-ფარმა
- 6.5.3. შპს ფარმადეპო
- 6.5.4. შპს ჯიპისი აფთოაქი

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

MSO - ნავიგატორის დამატებით შექმნიას:

მომსახურება ითვალისწინებს:

დაზღვეული ჰაციენტისთვის MSO STANDARD-ით გათვალისწინებული მომსახურების შემდეგ, პირველადი მიმართვიდან 24 თვის განმავლობაში, 4

- 141268
- 6.3.3. Tbilisi - « Dentavita » - Vazha Pshavela 1st turn #1/43; Phone : 2 32 35 69; 2 32 41 88
- 6.3.4. Tbilisi - « Medi-Dent + » – Arakishvili 1st Alley; Phone: 2 91 49 35
- 6.3.5. Tbilisi - « Zen Dental » - 63 M. Kostava, Tbilisi; Phone: 555 702 737
- 6.3.6. Tbilisi – “Dental Line” – 63 Gorgasali Str, Apt, 63, Krtsanisi, Tel: 0322721088; 598721088
- 6.3.7. Tbilisi – Marika Kublashvili Dental Center LLC – 4 Givi Kartoziya, Tbilisi, Tel: 577090505
- 6.3.8. Rustavi – “Medcorner” – 12a Zhiuli Shartava ave., Block A, Floor 2, Tel: 0322111241; 595 22 11 12; 595 73 77 55
- 6.3.9. Batumi – “Denta-Lux” – ½ Akhmeteli str.; 76/78 Javakhishvili str.; 40 26 May str.; Phone: 577761055; 0422272976; 0422275299
- 6.3.10. Batumi – Dental Clinic J-Smile - 96 Gorgiladze str.; Phone: 0422292378; 593281048; 557561229
- 6.3.11. Kobuleti - « Elite-dent+ » - 126 Aghmashenebeli str.; Phone: 0426 26 71 10
- 6.3.12. Telavi - « Novomedi » - 54 I. Chavchavadze str.; Phone : 27 30 33
- 6.3.13. Kuraisi - « Kutaisi Regional Dental centre » - 6 Rustaveli str.; Phone: 2 4 19 88; 2 4 37 77
- 6.3.14. Kutaisi – Dental Lux – 42 Tamar Mepe Str, TEL: 0431243560; 0790555757
- 6.3.15. Zugdidi « Zugdidi Dental Polyclinic», Gamsakhurdia st. 30. Tel : 593325051
- 6.3.16. Poti - Family Dent, Individual entrepreneur Korkia Kristine – 3/1 Chkheidze str.; (0493)221020; 598180738;
- 6.3.17. Senaki – Senadent – Khupenia Anastasia – 80 Chavchavadze Str., 0413273100; 599999792; 577146188
- 6.3.18. Akhaltsikhe – Medcorner Akaltsikhe – 57a Rustaveli, 595737755; 59623121
- 6.4. **Dental Service**
Medi (Standard, Classic, Premium) - Orthopedic, Orthodontic Medical Service
- 6.4.1. Tbilisi - « Univers Dental» (Intermed Turi Ltd); 35 Sulkhan Tsintsadze str.; Phone : 3224430202, 50% discount
- 6.4.2. Tbilisi – “Ultradent” - 7 Gamrekei (former Kutuzovi) Str.; Phone: 2 141268, 30% discount
- 6.4.3. Tbilisi - « Dentavita » - Vazha Pshavela 1st turn #1/43; Phone : 2 32 35 69; 2 32 41 88, 30% discount
- 6.4.4. Tbilisi – Dolidze Tamar (Medi-Dent +) – Arakishvili 1st Alley; Phone: 2 91 49 35, 30% discount
- 6.4.5. Tbilisi - « Zen Dental » - 63 M. Kostava, Tbilisi; Phone: 555 702 737, 30% discount
- 6.4.6. Tbilisi – “Dental Line” – 63 Gorgasali Str, Apt, 63, Krtsanisi, Tel: 0322721088; 598721088, 30% discount
- 6.4.7. Tbilisi – Marika Kublashvili Dental Center LLC – 4 Givi Kartoziya, Tbilisi, Tel: 577090505, 30% discount
- 6.4.8. Rustavi – “Medcorner” – 12a Zhiuli Shartava ave., Block A, Floor 2, Tel: 0322111241; 595 22 11 12; 595 73 77 55, 30% discount
- 6.4.9. Batumi – “Denta-Lux” – ½ Akhmeteli str.; 76/78 Javakhishvili str.; 40 26 May str.; Phone: 577761055; 0422272976; 0422275299, 30% discount
- 6.4.10. Batumi – Dental Clinic J-Smile - 96 Gorgiladze str.; Phone: 0422292378; 593281048; 557561229, 30% discount
- 6.4.11. Kobuleti - « Elite-dent+ » - 126 Aghmashenebeli str.; Phone: 0426 26 71 10
- 6.4.12. Telavi - « Novomedi » - 54 I. Chavchavadze str.; Phone : 27 30 33, 30% discount
- 6.4.13. Kuraisi - « Kutaisi Regional Dental centre » - 6 Rustaveli str.; Phone: 2 4 19 88; 2 4 37 77, 30% discount
- 6.4.14. Kutaisi – Dental Lux – 42 Tamar Mepe Str, TEL: 0431243560; 0790555757, 30% discount
- 6.4.15. Zugdidi – Zugdidi Dental Polyclinic, 30 Z. Gamsakhurdia Str., Tel: 32 50 51, 30% discount
- 6.4.16. Poti - Family Dent, Individual entrepreneur Korkia Kristine – 3/1 Chkheidze str.; (0493)221020; 598180738; 30% discount
- 6.4.17. Senaki – Senadent – Khupenia Anastasia – 80 Chavchavadze Str., 0413273100; 599999792; 577146188, 30% discount
- 6.4.18. Akhaltsikhe – Medcorner Akaltsikhe – 57a Rustaveli, 595737755; 59623121, 30% discount

6.5. Pharmacy chain

- 6.5.1. PSP Pharm LLC
- 6.5.2. Aversi Pharm LLC
- 6.5.3. Pharmadepot LLC
- 6.5.4. GPC LLC

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

MSO - upon Additional Purchase of a Navigator Service includes:

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

კონსულაციას ტელემედიცინის საშუალებით, კერძოდ: სამედიცინო დახმარების საჭიროების გადახედვას, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების საჭიროების განსაზღვრას და დაზღვეული პაციენტისთვის ყველაზე ოპტიმალური ქმედების რეკომენდაციას - რთული, სერიოზული დაავადების არსებობის შემთხვევაში.

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

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

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

გამონაკლისშია შემთხვევა, თუ:

- არ არის დასმული პირველადი ოფიციალური დიაგნოზი: სადაზღვეო 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: სადაზღვეო შემთხვევიდან გამომდინარე, ზოგიერთი მდგომარეობა საჭიროებს პაციენტის ფიზიკურ გამოკვლევას, რომლის გარეშეც შეუძლებელია შემთხვევის განხილვა (მაგ. ფსიქიური დაავადებები).
- მომსახურების ფაჩვებში, სამედიცინო პროვაიდერთან უხილვითობისას გათვალისწინებულია ქაჩიდიდან შესაბამისი ენაზე და პიჩიტით თაჩვმნის ხაჩვებიც. პაციენტის საჩაჩთვედროში ყოფნის ეხოს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული დოკუმენტაციის ქაჩთუდ ან ინგლისუჩ ენაზე კუჩაციოს ექიმისთვის მიწოდებას უზრუნველყოფს დაზღვეული. შესაბამის ენაზე დოკუმენტაციის თაჩვმნას უზრუნველყოფს მედიკამენტი.

მომსახურების მისაღებად: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სეჩვისის მომწოდებელი საეჩთაშოჩისო ოჩგანიზაცია "მედიკამენტი" წაჩმომადგენელს საჩაჩთვედროში -კლინიკა კუჩაციოს, საეჩთაღუჩ ნომეჩხე: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საეჩთხოების შესახებ. კლინიკა კუჩაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახდესი 1 სამუშაო დღის ვადაში. საეჩთხო სამედიცინო ინფორმაციის შეგჩოვების შემდეგ, კუჩაციოს ექიმი მედიკამენტი დახმაჩებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად იჩრევს მომსახურების გამწეუდ სასუჩვედ კლინიკას. მომსახურებასთან დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტაცია დაზღვეულმა კლინიკას უნდა მიაწოდოს ქაჩთუდ ან ინგლისუჩ ენაზე. კლინიკა კუჩაციო უზრუნველყოფს დაზღვეულისთვის მეოჩე აჩის მოძიების პიჩობებით განსაზღვეული მომსახურების მიწოდებას შემთხვევის გაცხადებიდან 15 დღის განმავდობაში.

მომსახურების წლიური პრემია: 48 ლარი

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

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

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

AN EVENT IS DEEMED EXCEPTION IN CASE:

- **The initial, formal diagnosis has not been made:** insurance service may be used, in case, the diagnosis has been made by a specialist of the relevant field and recommendations appropriate for such diagnosis has been given.
- **The insured has not been examined by a physician:** the event is subject to review, when the medical documentation of the Insured reflects the most recent data. Only in such case, the treatment recommendations shall be provided.
- **The Insured needs to be examined physically:** due to the insured event, some cases need to be physically examined, without which the event cannot be reviewed (e.g. mental diseases).
- *Within the service, and in relations with the medical provider, costs of translation from Georgian to the necessary language and vice versa have been included. The Insured shall provide medical documents related to the medical service to a physician of Curatio in Georgian Language. Mediguide shall provide translation of the documents into English language.*

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

ANNUAL PREMIUM OF THE SERVICE: 48 GEL

MSO - მეორე აზრის მოძიება

მომსახურების დამატებით შეძენისას:

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

მოსახუების მისაღებად: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სეხვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია "მედიგაიდის" წარმომადგენელს საქართველოში - კლინიკა კუხაციოს, სპეციალური ნომერი: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საჭიროების შესახებ. კლინიკა კუხაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახლესი 1 სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, კუხაციოს ექიმი მედიგაიდის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად იჩრევს მომსახურების გამწვევ სასუხვედ კლინიკას. მომსახურებასთან დაკავშირებული სამედიცინო დოკუმენტაცია დაზღვეულმა კლინიკას უნდა მიაწოდოს ქართულ ან ინგლისურ ენაზე. კლინიკა კუხაციო უზრუნველყოფს დაზღვეულისთვის მეორე აზრის მოძიების პირობებით განსაზღვრული მომსახურების მიწოდებას შემთხვევის გაცხადებიდან 15 დღის განმავლობაში.

მომსახურების წლიური პრემია: **24 ლარი**

MSO – SECOND OPINION

When purchasing the additional service:

Seek Second Opinion - in case of being diagnosed with oncological diseases four times, the service includes verification/confirmation of the diagnosis by specialists of leading clinic, selecting the most optimal scheme of treatment, preparing their medical recommendations.

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

ANNUAL PREMIUM OF THE SERVICE: 24 GEL

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

დანართი # 1

დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განაცხადი

წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით, ვადასტურებ, რომ, მე

სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

მსურს ვისარგებლო „მზღვეველის მიერ სადაზღვევო მომსახურების განწესისას მომხმარებელთა უფლებების დაცვის შესახებ ინსტრუქციის შესახებ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის უფროსის 2017 წლის 3 აპრილის N18 ბრძანებით დამტკიცებულ „მზღვეველის მიერ სადაზღვევო მომსახურების განწესისას მომხმარებელთა უფლებების დაცვის შესახებ ინსტრუქციის“ მუხლი 4-ის 1-ლი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებით და გთხოვთ, დაუყოვნებლივ გააუქმოთ დაზღვევის ხელშეკრულება _____ და მის ფარგლებში გაცემული პოლისი _____.

ნომერი

ნომერი

ხელმოწერა _____

თარიღი _____

ANNEX #1

Application to Reject Agreement

By signing the application, I hereby confirm that I

Name, Surname Personal Number

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

Number

number

Signature _____

Date _____



ჭიპიანი

პენის სანაზღაურებო ჯგუფი



ონკო ქეარი
დაზღვევის პირობები

ONCO CARE
INSURANCE WORDING

საოჯახო ონკო ქვარი
დაზღვევის პირობები

FAMILY ONCO CARE
INSURANCE AGREEMENT

1. ხელშეკრულების საგანი

- 1.1. წინამდებარე ხელშეკრულება არეგულირებს დაზღვეულის, დამზღვევის და მზღვეველის უფლებებსა და ვალდებულებებს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო მომსახურების გაწევისას, კერძოდ მზღვეველი ვალდებულია დამზღვევის მიერ პოლისით დადგენილი პრემიის ჯეროვნად გადახდის სანაცვლოდ, დაზღვეული პირის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებით დიაგნოსტიკისას წინამდებარე ხელშეკრულებით განსაზღვრული წესით დამზღვევს/დაზღვეულსაუნაზღაუროს 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. **დამზღვევი** - ფიზიკური პირი, რომელიც თავისი ან მესამე პირების სასარგებლოდ დებს სადაზღვევო ხელშეკრულებას მზღვეველთან და იხდის სადაზღვევო შენატანს.
- 2.3. **დაზღვეული** – ჯანმრთელობის დაზღვევის მქონე 75 წლამდე ასაკის პირი პირველადი დაზღვევისას, ხოლო უწყვეტად განახლებისას 80 წლამდე პირი, რომლის მიმართაც ხორციელდება დაზღვევა;
- 2.4. **დამზღვევის შვილი** – დამზღვევის შვილი, რომელიც დაზღვეულია საოჯახო ონკო ქვარის დაზღვევის პირობებით;
- 2.5. **დამზღვევის მეუღლე** - დამზღვევის 75 წლამდე ასაკის მეუღლე (პირველადი დაზღვევისას, ხოლო უწყვეტად განახლებისას 80 წლამდე მეუღლე), რომელიც ჩართულია ხელშეკრულებაში;
- 2.6. **დამზღვევის მშობელი** - დამზღვევის 75 წლამდე ასაკის დედა ან/და მამა (პირველადი დაზღვევისას, ხოლო უწყვეტად განახლებისას 80 წლამდე მშობელი), რომელიც ჩართულია ხელშეკრულებაში;
- 2.7. **სადაზღვევო ანაზღაურება** – დამზღვევის მიერ არჩეული სადაზღვევო თანხა, რომელიც გაიცემა დაზღვეულზე იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს

1. SUBJECT OF THE AGREEMENT

- 1.1. This Agreement regulates the rights and obligations of the Insured, the Policyholder and the Insurer in the provision of insurance services provided for in the Agreement, in particular, the Insurer is obliged to compensate the Insured/Policyholder in the manner specified in this Agreement, in exchange for the timely payment of the premium established by the Agreement, upon the diagnosis of the insured person with a malignant tumor disease.
- 1.2. Tumor disease insurance - provides for remuneration of the insurance amount to the beneficiary in case of diagnosis of malignant tumor disease of the Insured during the insurance period specified in the Agreement, taking into account the insurance conditions. The parties agree and are aware that this Agreement does not represent a health insurance contract, in particular, the monetary compensation issued under the said insurance does not represent remuneration of medical service costs, does not depend on it and can be used by the Insured for any purpose.

2. GENERAL DEFINITIONS

- 2.1. **Insurance Event** – diagnosis of malignant tumor disease of the Insured by a physician with relevant medical specialty and medical license;
- 2.2. **Policyholder** – natural person who enters into the Insurance Agreement with an insurer for the benefit of himself/herself or third parties and pays an insurance premium.
- 2.3. **Insured** – natural person under the age of 75 with health insurance at the time of initial insurance, and natural person under the age of 80 at the time of continuous renewal, for whom the insurance is carried out;
- 2.4. **Policyholder's Child** – Policyholder's child, who is insured under the terms of Family Onco Care insurance;
- 2.5. **Policyholder's Spouse** - Policyholder's spouse under the age of 75 (in case of primary insurance, and in case of continuous renewal, the spouse under the age of 80), who is included in the Agreement;
- 2.6. **Policyholder's Parent** - Policyholder's mother and/or father under the age of 75 (in case of primary insurance, and in case of continuous renewal, a parent under the age of 80), who is included in the Agreement;
- 2.7. **Insurance Indemnity/Remuneration** – the insurance amount chosen by the Policyholder,

დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება;

- 2.8. მეორე აზრის მოძიება** - ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზის შემთხვევაში შესაძლებელია მსოფლიოს წამყვანი კლინიკის სპეციალისტების მიერ დიაგნოზის დაზუსტება/დადასტურება, მკურნალობის ყველაზე ოპტიმალური სქემის შერჩევა, სხვა სახის სამედიცინო რეკომენდაციების მომზადება;
- 2.9. მოცდის პერიოდი** – პერიოდი, რომელიც იწყება ხელშეკრულების ძალაში შესვლის თარიღიდან და რომლის განმავლობაშიც გამოვლენილი/დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებისას არ ხდება სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა;
- 2.10. მკურნალი ექიმი** – შესაბამისი სამედიცინო სპეციალობის მქონე ექიმი, რომელიც მონაწილეობდა ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების პირველადი დიაგნოზის დასმაში და დაზღვეულის მკურნალობაში, რომელსაც აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი და რომელიც მას აძლევს სამედიცინო პრაქტიკის განხორციელების უფლებას საქართველოში მოქმედი რეგულაციების მიხედვით; თუ დაზღვეული თავად არის მკურნალი ექიმი, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას უნდა წარმოადგინოს სხვა მკურნალი ექიმის მიერ გაცემული სამედიცინო დასკვნა;
- 2.11. დიაგნოზი** – წერილობითი დასკვნა, რომელიც ადგენს ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირებული ფორმის სახელწოდებასა და განვითარების სტადიას და შედგენილია იმ მკურნალი ექიმის მიერ, რომელმაც ჩაატარა დაზღვეულის ფიზიკური და/ან დიაგნოსტიკური შემოწმება;
- 2.12. 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 სადაგნოსტიკო კვლევების შედეგები და დამატებითი ინფორმაცია, მიღებული კლინიკური შემოწმების შედეგად;
- 2.13. დაზღვევამდე არსებული დაავადება** – დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებამდე, რაც წარმოადგენს საფუძველს იმისათვის, რომ მზღვეველმა გამორიცხოს სადაზღვევო თანხის/კომპენსაციის გადახდის ვალდებულება;
- 2.14. ინვაზიური სიმსივნე** – დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება უკონტროლო ზრდით და ავთვისებიანი უჯრედების

which is paid to the Insured in the event that the Insured is diagnosed with a malignant tumor disease;

- 2.8. Seeking a Second Opinion** - the service includes, in the case of an oncological disease diagnosis, clarification/confirmation of the diagnosis by the world's leading clinic specialists, selection of the most optimal treatment scheme, preparation of other types of medical recommendations;
- 2.9. Waiting Period** – the period starting from the date of entry into force of the Agreement and during which insurance remuneration is not issued in the case of detected/diagnosed malignant tumor;
- 2.10. Treating Physician** - physician with a relevant medical specialty, who participated in the initial diagnosis of malignant tumor disease and in the treatment of the Insured, who has a state certificate confirming the right to independent medical activity and which gives him/her the right to practice medicine according to the regulations in force in Georgia; If the Insured is a treating physician himself/herself, upon the occurrence of an insured event, he/she must present a medical report issued by another treating physician;
- 2.11. Diagnosis** - written report that establishes the name and stage of development of the diagnosed form of malignant tumor disease and is drawn up by the treating physician who performed a physical and/or diagnostic examination of the Insured;
- 2.12. Medical Records** – documentation about the Insured's health status, prepared by the treating physician and/or other healthcare worker or medical institution. Such documentation includes the final conclusion of the treating physician regarding the diagnosis of malignant tumor disease, recommendations for treatment and such necessary documentation as the results of laboratory tests, radiographs, histopathological results, results of other diagnostic studies and additional information obtained as a result of clinical examination;
- 2.13. Pre-insurance Illness** – health condition of the Insured before concluding the insurance agreement, which is the basis for the Insurer to exclude the obligation to pay the insurance amount/remuneration;
- 2.14. Invasive Tumor** – diagnosed malignant tumor, which is characterized by uncontrolled growth and the spread and penetration of malignant cells into healthy tissues;
- 2.15. Policy** – document confirming the insurance established by the current legislation;

გავრცელებით და შეღწევით ჯანმრთელ ქსოვილებში;

2.15. პოლისი – მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი დაზღვევის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

2.16. მზღვეველი – სს “სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი” (საიდენტიფიკაციო კოდი: 204426674), იურიდიული პირი, რომელიც შექმნილია სადაზღვევო საქმიანობის განხორციელებისათვის და რომელსაც კანონით დადგენილი წესით მიღებული აქვს დაზღვევის შესაბამისი სახეობის განხორციელების ლიცენზია;

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

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

2.19. საოჯახო პაკეტი - დამზღვევის მიერ ოჯახის წევრების დაზღვევა, რომელიც ხორციელდება არჩეული საერთო ლიმიტის ფარგლებში;

2.20. საერთო ლიმიტი - საოჯახო ლიმიტი, რომლის ფარგლებშიც სადაზღვევო შემთხვევათა რაოდენობის მიუხედავად მოხდება სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა;

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

3. სადაზღვევო პრემია და მისი გადახდის წესი

3.1. დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის მზღვეველისთვის გადახდა ხდება საქართველოს ეროვნულ ვალუტაში.

3.2. დამზღვევი ვალდებულია გადაუხადოს მზღვეველს დაზღვევის პრემია პოლისში მითითებული გადახდის გრაფიკის დაცვით და პოლისში მითითებული ოდენობით.

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

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

3.5. სადაზღვევო პრემიის განვადებით გადახდისას სადაზღვევო პრემიის პირველი გადახდა

2.16. Insurer – JSC "Insurance Company GPI Holding" (identification code: 204426674), a legal entity created to carry out insurance activities and which has received a license to carry out the relevant type of insurance in accordance with the law;

2.17. Insurance Contribution (Premium) - the annual value of the insurance policy payable by the Policyholder in favor of the Insured, which the Policyholder pays to the Insurer in exchange for the provision of services specified in the Policy/Agreement;

2.18. Insurance Period - period specified in the Policy during which the insurance policy is valid. In accordance with the terms of the Agreement, insured events occurring during this period are covered by the Insurer only until the expiration of the insurance period;

2.19. Family Package - insurance of family members by the Policyholder, which is carried out within the chosen general limit;

2.20. General Limit - family limit, within which the insurance remuneration will be issued regardless of the number of insurance events;

2.21. Agreement - this Agreement on insurance services and its annexes, amendments, which are an integral part of the Agreement and are collectively referred to as the agreement, except for such cases when, depending on the content of the agreement, separate reference should be made to the agreement/annex.

3. INSURANCE PREMIUM AND ITS PAYMENT METHOD

3.1. The insurance premium is paid by the Policyholder to the Insurer in the national currency of Georgia.

3.2. The Policyholder is obliged to pay the insurance premium to the Insurer in compliance with the payment schedule specified in the Policy and in the amount specified in the Policy.

3.3. The insurance is valid if the first or single (full) insurance premium is paid and the Policy is issued.

3.4. In case of single payment of the insurance premium – premium shall be paid immediately after signing the Agreement/Policy. In case of automatic extension of insurance, the Policyholder pays the annual (12 months) premium in advance at least 14 (fourteen) days before the start of the insurance period.

- ხორციელდება წინასწარ ხელშეკრულების/პოლისის გაფორმებისთანავე, არაუგვიანეს სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე 14 (თოთხმეტი) დღით ადრე, ხოლო მომდევნო გადახდები ხორციელდება ყოველ მომდევნო თვეს პოლისში მითითებულ თარიღებში, შეთანხმებული გადახდის გრაფიკის შესაბამისად.
- 3.6.** სადაზღვევო პრემიის გადახდისას საგადახდო დავალებაში უნდა მიეთითოს პოლისის ნომერი. საგადახდო დავალებაში პოლისის ნომრის მიუთითებლობის შედეგებზე სრულად პასუხისმგებელია დამზღვევი.
- 3.7.** დამზღვევის მიერ სადაზღვევო შენატანის გადახდის ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში, მზღვეველი წერილობით განუსაზღვრავს დამზღვევს გადახდის ორკვირიან ვადას, რომლის უშედეგოდ გასვლის შემდეგ მზღვეველი თავისუფლდება თავისი მოვალეობებისგან. სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის მოქმედება განახლდება მხოლოდ დამზღვევის მიერ პრემიის გადახდის შემდეგ, დავალიანების გადახდის დღის 24.00 საათზე დავალიანების დაფარვის შემდგომ.
- 3.8.** თუ დამზღვევმა დაარღვია პრემიის შეტანის ვალდებულება, მზღვეველს შეუძლია სადაზღვევო პრემიის გადახდის ორკვირიანი ვადის განსაზღვრისას გააფრთხილოს დამზღვევი და დადგენილი ორკვირიანი ვადის უშედეგოდ გასვლის შემდეგ დამატებით ორი კვირის ვადაში მოშალოს ხელშეკრულება დამატებითი გაფრთხილების გარეშე და მოსთხოვოს დამზღვევს როგორც დარიცხული დავალიანება, ასევე, დაზღვევის ხელშეკრულებით/პოლისით გათვალისწინებული პირგასამტეხლო.
- 3.9.** ხელშეკრულების და მის საფუძველზე გაცემული პოლისების მოქმედების შეჩერება არ ათავისუფლებს დამზღვევს სადაზღვევო პრემიის გადახდის ვალდებულებისაგან.
- 3.10.** მზღვეველის მიერ დამზღვევისთვის ხელშეკრულების 3.8. პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული 2 (ორი) კვირიანი ვადის გასვლის შემდგომ, მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით ნაკისრი მოვალეობის შესრულებისაგან. გადახდის გრაფიკის აღდგენის და პირგასამტეხლოს გადახდის შემდეგ, მხარეთა ურთიერთობა გაგრძელდება ხელშეკრულების შესაბამისად, თუმცა, ამავე დროს მზღვეველი არ იქნება პასუხისმგებელი მხარეთა ურთიერთობის აღდგენამდე მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევების შედეგად წარმოშობილი ზარალის ანაზღაურებაზე.
- 3.11.** პრემიის პირველი შენატანის გადახდამდე მზღვეველი თავისუფლდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისაგან, რაც ამავე დროს არ ათავისუფლებს დამზღვევს ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულებისაგან.
- 3.12.** ხელშეკრულების 3.8. პუნქტით გათვალისწინებული გადახდის ორკვირიანი ვადის განსაზღვრის ვალდებულება მზღვეველს არ წარმოეშვება პირველი ან ერთჯერადი სადაზღვევო შენატანის დამზღვევის მიერ დროულად გადახდამდე და ამასთანავე, მზღვეველი თავისუფალია ხელშეკრულებით
- 3.5.** When paying the insurance premium in installments, the first payment of the insurance premium is made immediately after signing the Agreement/Policy, no later than 14 (fourteen) days before the start of the insurance period, and subsequent payments are made every month on the dates indicated in the Policy, in accordance with the agreed payment schedule.
- 3.6.** When paying the insurance premium, the Policy number must be indicated in the payment order. The Policyholder is fully responsible for the consequences of indicating the Policy number in the payment order.
- 3.7.** In case of breach of the insurance premium payment obligation by the Policyholder, the Insurer shall define a two-week payment period in writing to the Insurer, after which the Insurer shall be released from its obligations. The validity of the insurance Agreement/Policy will be renewed only after the payment of the premium by the Policyholder, at 24.00 on the day of payment, after the repayment of the obligation.
- 3.8.** If the Policyholder has violated the obligation to pay the Premium, the Insurer can, upon determining the two-week term for payment of the insurance premium, warn the Policyholder, and after the two-week period expires without result, terminate the Agreement without additional notice and demand from the Policyholder both the accrued debt and the liquidated damages provided for in the insurance Agreement/Policy.
- 3.9.** Suspension of the Agreement and the Policies issued based on it does not release the Policyholder from the obligation to pay the insurance premium.
- 3.10.** After the expiration of the 2 (two) week period determined by the Insurer to the Policyholder in accordance with the clause 3.8. of the Agreement, the Insurer shall be released from fulfilling the obligation under the Agreement. After the restoration of the payment schedule and the payment of the premium, the relationship between the parties will continue in accordance with the Agreement, however, at the same time, the Insurer will not be responsible for the remuneration of insured events that occurred before the restoration of the relationship between the parties.
- 3.11.** Before the payment of the first installment of the Premium, the Insurer is exempted from fulfilling the obligations stipulated in the Agreement, which at the same time does not exempt the Policyholder from fulfilling the obligations stipulated in the Agreement.
- 3.12.** The Insurer is not obligated to determine the two-week payment period provided for in the clause 3.8 of the Agreement the first or single insurance premium is paid on time by the Policyholder, and at the same time, the Insurer is

გათვალისწინებული თავისი მოვალეობების შესრულებისაგან.

free from fulfilling its obligations under the Agreement.

4. დაზღვევის დაწყება და მისი პერიოდი

- 4.1.** ხელშეკრულება გაფორმებულია ერთი წლის ვადით, მისი 5 წლამდე პერიოდით ავტომატური გაგრძელების პირობით. სადაზღვევო პერიოდი განისაზღვრება პოლისით.
- 4.2.** ხელშეკრულების 5 წლიანი პერიოდის ამოწურვის შემდეგ, მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების განახლებისას შეიძლება შეიცვალოს დაზღვევის პირობები, რომლის შესახებაც დამზღვევეს ეგზავნება შესაბამისი შეტყობინება და საშუალება ეძლევა უარი თქვას განახლებული პირობებით ხელშეკრულების გაგრძელებაზე.
- 4.3.** ხელშეკრულების 5 წლიანი პერიოდის ამოწურვის შემდეგ, დაზღვევის მოქმედების ვადა ავტომატურად გაგრძელდება 12 (თორმეტი) თვით, იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე მხარემ წერილობით არ განაცხადა მისი შეწყვეტის სურვილი. განახლებული პირობები დამზღვევეს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების მეშვეობით (SMS) მიმდინარე პერიოდის გასვლამდე არანაკლებ 1 (ერთი) თვით ადრე.
- 4.4.** ხელშეკრულების 4.3. პუნქტით განსაზღვრული წესი ვრცელდება 5 წლიანი პერიოდის დასრულების შემდეგ ყოველ ჯერზე დაზღვევის ავტომატური განახლებისას.
- 4.5.** დაზღვევა მხარეთა დამატებითი შეთანხმებით შეიძლება გაგრძელდეს, თუმცა ავტომატურად შეწყდება იმ სადაზღვევო წლის ამოწურვისას, როცა დაზღვეული გახდება 80 წლის ასაკის.
- 4.6.** 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.

4. START OF INSURANCE AND ITS PERIOD

- 4.1.** The Agreement is signed for a period of one year, subject to its automatic extension for a period of up to 5 years. The insurance period is determined by the Policy.
- 4.2.** After the expiration of the 5-year period of the Agreement, the insurance conditions may be changed by the Insurer when renewing the Agreement, about which the Policyholder receives a notification and is given the opportunity to refuse to continue the Agreement under the revised conditions.
- 4.3.** After the expiration of the 5-year period of the Agreement, the insurance validity period will automatically be extended for 12 (twelve) months, in the event that one of the parties has not expressed their desire to terminate it in writing. The updated terms and conditions will be notified to the Policyholder through a short text message (SMS) at least 1 (one) month before the end of the current period.
- 4.4.** The rule specified in the clause 4.3. of the Agreement applies to the automatic renewal of the insurance every time after the end of the 5-year period.
- 4.5.** The insurance can be extended by additional agreement of the parties, but it will be automatically terminated at the end of the insurance year when the Insured reaches the age of 80.
- 4.6.** The insurance comes into force at 00:00 on the effective day of the insurance specified in the Policy, provided that the first installment established by the policy or the premium in the case of a single payment is paid in full by the Policyholder/Insured. The validity of the insurance Agreement will be terminated at 24:00 on the insurance end date specified in the Policy.

5. პირები, რომლებიც არ ექვემდებარებიან დაზღვევას

- 5.1.** პირი, რომელსაც დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებამდე დიაგნოსტირებული/დადგენილი აქვს ერთ-ერთი შემდეგი დაავადება ან/და იმყოფება დიაგნოსტირების ან მკურნალობის პროცესში:
 - 1) სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლოგიური ცვლილება ან ხალხის ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება.
 - 2) მსხვილი ნაწლავის პოლიპოზი, ნაწლავის ანთეზა (კრონის დაავადება ან წყლულოვანი კოლიტი), თირკმლის პოლიკისტოზი, სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადებები, აზბესტოზი, B, C, D, E ფორმის ჰეპატიტი, ან ღვიძლის ციროზის რომელიმე ფორმა.
- 5.2.** 74 წელზე მეტი ასაკის პირი პირველად დაზღვევისას ან 84 წელზე მეტი ასაკის პირი დაზღვევის უწყვეტად განახლების შემთხვევაში.
- 5.3.** პირი, რომელიც უკვე დაზღვეულია ინდივიდუალური ან საოჯახო ონკო ქვართით, ორმაგი

5. PERSONS - NOT SUBJECT TO INSURANCE

- 5.1.** A person who, before signing the insurance Agreement, has been diagnosed with/established one of the following diseases and/or is in the process of being diagnosed or treated:
 - 1) tumor, cancer, leukemia, lymphoma, pathological skin changes or any form of moles accompanied by bleeding, pain, color change or increase in size.
 - 2) Colonic polyposis, intestinal inflammation (Crohn's disease or ulcerative colitis), polycystic kidney disease, benign breast disease, asbestosis, hepatitis B, C, D, E, any form of liver cirrhosis.
- 5.2.** A person above 74 years of age when Insured for the first time or person above 84 years of age in case of continuous renewal of insurance.

დაზღვევის შემთხვევაში ვალდებულია გააუქმოს ერთ-ერთი დაზღვევა ან სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოითხოვოს მხოლოდ ერთი პოლისის ფარგლებში ანაზღაურება (მიუხედავად იმისა, გადახდილი აქვს თუ არა რამდენიმე პოლისის პრემია)

6. მოცდის პერიოდი

- 6.1.** ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო შემთხვევის მოცდის პერიოდი არის ექვსი თვე.
- 6.2.** მოცდის პერიოდი დაიწყება დაზღვევის ხელშეკრულების 4.6. პუნქტით დადგენილი წესით დაზღვევის ძალაში შესვლის დღეს.
- 6.3.** მზღვევლის ვალდებულება, გადაიხადოს სადაზღვევო ანაზღაურება ან მისი რამე ნაწილი, არ ამოქმედდება, თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება მოცდის პერიოდის განმავლობაში.
- 6.4.** 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).
- 6.5.** დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტის შემდეგ ხელახალი დაზღვევისას მოცდის პერიოდის ათვლა ხდება თავიდან.
- 6.6.** სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვამდე საოჯახო პაკეტში პირის დამატების ან/და საოჯახო პაკეტის ნებისმიერი ცვლილება არ ხდება.
- 6.7.** თუ დამზღვევი მოითხოვს სადაზღვევო ლიმიტის ცვლილებას და მზღვეველი ეთანხმება ლიმიტის ზრდას, მაშინ სადაზღვევო პოლისზე მოცდის პერიოდის ათვლა დაიწყება თავიდან (განახლებული ლიმიტის ძალაში შესვლის დღის 00:00 საათზე).

7. დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტა

- 7.1.** დამზღვევის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ვადაზე ადრე მოშლის შემთხვევაში დამზღვევი ვალდებულია, წერილობით შეატყობინოს მზღვეველს ხელშეკრულების მოშლის შესახებ არანაკლებ 1 (ერთი) თვით ადრე.
- 7.2.** დამზღვევის მიერ ხელშეკრულების/პოლისის ვადაზე ადრე შეწყვეტის შემთხვევაში ან დამზღვევის მიერ სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელობის გამო მზღვეველის მხრიდან ხელშეკრულების ვადაზე ადრე შეწყვეტისას, დამზღვევი ვალდებულია დამატებით გადაიხადოს 2 (ორი) თვის პრემიას, ხოლო იმ შემთხვევაში თუ დამზღვევი ხელშეკრულებას წვეტს დაზღვევის გაფორმების თარიღიდან პირველი 3 (სამი) თვის განმავლობაში და ამავე დროს არავის უსარგებლია დაზღვევით, ხელშეკრულების შეწყვეტის მომენტისათვის იხდის 3 (სამი) თვის პრემიას.
- 7.3.** მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ხელშეკრულების ვადაზე ადრე მოშლის შემთხვევაში იგი ვალდებულია დამზღვევს წერილობით შეატყობინოს ხელშეკრულების მოშლის შესახებ არანაკლებ 1 (ერთი) თვით ადრე.

5.3. A person who is already Insured with individual or family oncocare, in the case of double insurance, is obliged to cancel one of the insurances or, in the event of an insured event, request remuneration under only one policy (regardless of whether he/she has paid premiums for several policies).

6. WAITING PERIOD

- 6.1.** The waiting period for an insurance event provided for in the Agreement is six months.
- 6.2.** The waiting period will begin on the date of entry into force of the insurance in accordance with the clause 4.6. of the Agreement.
- 6.3.** The Insurer's obligation to pay the insurance indemnity or any part thereof shall not be triggered if the Insured is diagnosed with a malignant tumor during the waiting period.
- 6.4.** The waiting period does not apply to those persons who have continuous insurance coverage, that is, those persons who have obtained the status of the Insured under the previous insurance policy and/or whose waiting period has already expired in the previous coverage (policy and/or policy addendum).
- 6.5.** After termination of the Insurance Agreement, the waiting period for re-insurance is calculated from the beginning.
- 6.6.** Before the expiry of the insurance period, the addition of a person to the family package and/or any changes to the family package are not allowed.
- 6.7.** If the Policyholder requests a change in the insurance limit and the Insurer agrees to increase the limit, then the waiting period for the insurance policy will start from the beginning (at 00:00 on the day of the effective date of the updated limit).

7. TERMINATION OF THE INSURANCE CONTRACT

- 7.1.** In case of early termination of the Agreement by the Policyholder, the Policyholder is obliged to notify the Insurer in writing about the termination of the Agreement at least 1 (one) month in advance.
- 7.2.** In the case of early termination of the Agreement/Policy by the Policyholder or early termination of the Agreement by the Insurer due to non-payment of the insurance premium, the Policyholder is obliged to pay an additional 2 (two) months premium, and in the event that the Policyholder terminates the Agreement within the first 3 (three) months from the date of signing the insurance and at the same time nobody took advantage of the insurance, he/she pays 3 (three) months premium for the moment of termination of the Agreement.
- 7.3.** In case of premature termination of the insurance Agreement by the Insurer, it is obliged to notify the Policyholder in writing about the termination of the Agreement at least 1 (one) month in advance.

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

7.5. დაზღვევა ვადაზე ავტომატურად შეწყდება შემდეგ შემთხვევებში:

- 7.5.1.** სადაზღვევო თანხის ამოწურვისას;
- 7.5.2.** დაზღვეულის ან/და მისი დამზღვევის შვილის/შობლის/მეულის გარდაცვალება;
- 7.5.3.** იმ სადაზღვევო წლის დასრულებისას, როცა დაზღვეული მიაღწევს 80 წლის ასაკს;
- 7.5.4.** დაზღვეულის ჯანმრთელობის დაზღვევის გაუქმებისას ან/და დასრულებისას;
- 7.5.5.** ხელშეკრულებით დადგენილ სხვა შემთხვევებში (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

8. ხელშეკრულებაზე უარის თქმა

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

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

8.3. ხელშეკრულების 8.1. პუნქტით განსაზღვრული უფლების არსებობა, არ ათავისუფლებს დამზღვევს/დაზღვეულს სადაზღვევო პრემიის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ანაზღაურების ვალდებულებისგან.

8.4. თუ დამზღვევმა/დაზღვეულმა, ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლების ვადის გასვლამდე, პირდაპირ და მკაფიოდ მოითხოვა მზღვეველთან ან/და პროვაიდერ კლინიკასთან, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით, მომსახურების მიღება, მაშინ შესაბამისი მომსახურების მიღებით დამზღვევი/დაზღვეული კარგავს ხელშეკრულების 8.1. პუნქტით განსაზღვრულ ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებას.

9. სადაზღვევო დაფარვა და სადაზღვევო შემთხვევა

9.1. თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება დაზღვევის პერიოდში

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

7.5. The insurance will be automatically terminated before the term in the following cases:

- 7.5.1.** upon exhaustion of the insurance amount;
- 7.5.2.** death of the Insured and/or Policyholder's child/parent/spouse;
- 7.5.3.** at the end of the insurance year when the Insured reaches the age of 80;
- 7.5.4.** upon cancellation and/or termination of the Insured's health insurance;
- 7.5.5.** in other cases established by the Agreement (if any).

8. REFUSAL OF THE AGREEMENT

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

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

8.3. Existence of the right specified in the clause 8.1. of the Agreement does not release the Policyholder/Insured from the obligation to pay the insurance premium in accordance with the terms of the Agreement.

8.4. If the Policyholder/Insured, prior to the expiration of the right to refuse of the Agreement, directly and clearly requested from the Insurer and/or the provider clinic, taking into account the terms of the Insurance Agreement, to receive services, then by receiving the corresponding service, the Policyholder/Insured loses the right to refuse from the Agreement specified in clause 8.1. of the Agreement.

9. INSURANCE COVERAGE AND INSURANCE EVENT

- მზღვეველი ერთჯერადად გასცემს სადაზღვევო ანაზღაურებას სადაზღვევო ხელშეკრულებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.
- 9.2.** სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობას ირჩევს დაზღვეული, რომელიც განისაზღვრება პოლისით.
- 9.3.** სადაზღვევო თანხა დაზღვეულზე, დამზღვევის მეუღლეზე და შვილზე შეადგენს პოლისით განსაზღვრული საოჯახო ლიმიტის (სადაზღვევო თანხის) 100%-ს, ხოლო დამზღვევის მშობლის შემთხვევაში საოჯახო ლიმიტის 50%-ს.
- 9.4.** სადაზღვევო შემთხვევად ჩაითვლება დაზღვეულისთვის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების პირველად დიაგნოსტიკა დაზღვევის პერიოდის განმავლობაში.
- 9.5.** ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზი დასმული უნდა იქნეს შესაბამისი სპეციალობის სერტიფიცირებული მკურნალი ექიმის მიერ.
- 9.6.** სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტიკა წინამდებარე პირობების მე-6 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.
- 9.9.** სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტიკა, რომელიც წარმოადგენს დაზღვევამდე ან მოცდის პერიოდში დიაგნოსტიკური დაავადების პირდაპირ გართულებას ან მის მალიგნიზაციას.
- 9.10.** სადაზღვევო შემთხვევების რაოდენობის მიუხედავად საოჯახო პაკეტის ფარგლებში მზღვეველი გასცემს მხოლოდ საოჯახო ლიმიტის მაქსიმუმ 100%-ს ერთჯერადად. მშობლის სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, გაიცემა საოჯახო ლიმიტის 50%, ხოლო დაზღვევა გრძელდება სადაზღვევო თანხის სრულად ამოწურვამდე. ამ შემთხვევაში დაზღვევა უქმდება მხოლოდ იმ პირის მიმართ, რომლის სადაზღვევო შემთხვევისთვისაც გაიცა სადაზღვევო თანხა (ან მისი ნაწილი).
- 9.11.** დაზღვევის პირველ წელს ნებისმიერ დაზღვეულზე, მოცდის პერიოდის გასვლის შემდეგ დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევისას, გაიცემა საოჯახო ლიმიტების 50%, ხოლო უწყვეტი დაზღვევის შემდეგი წლიდან სადაზღვევო ანაზღაურება გაიცემა თითოეული დაზღვეულის ლიმიტის ფარგლებში.
- 9.1.** If the insured is diagnosed with a malignant tumor disease during the insurance period, the Insurer will issue a one-time insurance remuneration in the amount and manner established by the insurance Agreement/Policy.
- 9.2.** The amount of insurance remunerations is chosen by the Policyholder, which is determined by the Policy.
- 9.3.** The insurance amount for the Insured, Policyholder's spouse and child is 100% of the family limit (insurance amount) as determined by the policy, and in the case of the Policyholder's parent - 50% of the family limit.
- 9.4.** The first diagnosis of a malignant tumor disease for the Insured during the insurance period shall be considered as an insured event.
- 9.5.** Malignant tumor disease must be diagnosed by a certified treating physician of the relevant specialty.
- 9.6.** Diagnosing a malignant tumor disease during the waiting period referred to in Article 6 of the Agreement shall not be considered as an insured event.
- 9.7.** The insurance will cover all forms of invasive malignant tumor disease included in the International Classification of Diseases (ICD-10) 10th edition codes C00-C97, including leukemia, malignant lymphoma, skin lymphoma, Hodgkin's disease, bone marrow malignancies and sarcoma, except C44 code (other malignant tumors of the skin, except for melanoma) (For detailed information about ICD-10, see the link: <http://classifications.moh.gov.ge>)
- The diagnosis of invasive malignant tumor disease must be confirmed, including on the basis of histopathological examinations.
- 9.8.** The diagnosis of a malignant cancerous disease, which is a direct complication or malignancy of the disease diagnosed before or during the insurance period, shall not be considered as an insured event.
- 9.9.** Regardless of the number of insured events within the family package, the Insurer pays only a maximum of 100% of the family limit at one time. In the event of insured event, 50% of the family limit is issued to the Parent, and the insurance continues until the sum insured is fully exhausted. In this case, the insurance is canceled only for the person whose insured event the insurance amount (or its part) was issued.
- 9.10.** In the first year of insurance, 50% of the family limits will be paid to any insured person after the waiting period has expired, and from the next year of continuous insurance, the insurance

compensation will be paid in full within the limit of each insured.

10. მხარეთა ვალდებულებები

10.1. დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:

10.1.1. პოლისის გაფორმებისას შეატყობინოს მზღვეველს ყველა ის გარემოება, რომლებსაც 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 ასანაზღაურებელი თანხის დასადგენად.

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

10.1.5. სრულად დაფაროს წლიური პრემია სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემამდე, წინააღმდეგ შემთხვევაში მზღვეველის მეორე არ გაიცემა სადაზღვევო თანხა.

10.1.6. დაზღვეულებს მიაწოდოს ინფორმაცია ხელშეკრულების პირობების შესახებ და მოიპოვოს მათგან ყველა მათთვის ცნობილი გარემოება, რომლებსაც არსებითი მნიშვნელობა აქვს საფრთხის ან დაზღვევით გათვალისწინებული შემთხვევის დადგომისათვის.

10.1.7. ხელშეკრულების დადებისას მზღვეველს შეატყობინოს ყველა მისთვის ცნობილი გარემოება, რომლებსაც არსებითი მნიშვნელობა აქვს საფრთხის ან დაზღვევით გათვალისწინებული შემთხვევის დადგომისათვის.

10.2. დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია:

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

10.3. მზღვეველი ვალდებულია:

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

10.3.2. დაიცვას და არ გაახმაუროს დამზღვევთან/დაზღვეულთან საქმიანი ურთიერთობების შედეგად მოპოვებული

10. OBLIGATIONS OF THE PARTIES

10.1. The Policyholder/Insured is obliged to:

10.1.1. at the time of signing the Agreement, notify the Insurer of all the circumstances that may affect the decision of the Insurer to refuse the insurance or sign it with changed content.

10.1.2. at the time of signing the Agreement, inform the Insurer of all the circumstances related to the risk assessment, which he/she knew or should have known.

10.1.3. submit to the Insurer all the documents necessary to determine the basis of the Insurer's liability, the scope and the amount to be remunerated.

10.1.4. pay the insurance premium in the amount and manner established by the Agreement/Policy.

10.1.5. pay the annual premium in full before the insurance indemnity is issued, otherwise the insurer will not issue the remuneration amount.

10.1.6. provide the Insured with information about the terms of the Agreement and to obtain from them all the circumstances known to them, which are of essential importance for the occurrence of the danger or the event covered by the insurance.

10.1.7. when concluding the Agreement, inform the Insurer of all the circumstances known to him/her, which are of essential importance for the occurrence of the danger or the insured event.

10.2. The Policyholder/Insured is entitled to:

10.2.1. upon the occurrence of an insurance event, after fulfilling all the obligations established by this Agreement and the Insurer's requirements, to receive insurance remuneration in the cases established by this Agreement and the insurance policy issued on its basis, in the amount and manner established by the Agreement/Policy.

10.3. The Insurer is obliged to:

10.3.1. upon the occurrence of an insured event, the person authorized to receive remuneration, after fulfilling all the obligations established by this Agreement and the instructions of the Insurer, shall make a decision on the issuance of remuneration or refuse the issuance of insurance remuneration with motivation, no later than 10 (ten) working days after the complete presentation of the documentation.

10.3.2. protect and not disclose the information obtained as a result of business relations with

- 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.
- 10.4. მზღვეველი უფლებამოსილია:**
- 10.4.1.** 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.
- 10.4.2.** სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ მოსთხოვოს დამზღვევეს/დაზღვეულს ყოველგვარი ცნობა, რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის მოცულობის დასადგენად.
- 10.4.3.** მოითხოვოს გაცემული ანაზღაურების დაბრუნება, თუ აღმოჩნდა, რომ ზარალის დადგომა არ იყო გამოწვეული სადაზღვევო შემთხვევით.
- 10.4.4.** 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 დიაგნოსტირებული/დადგენილი იქნება დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმების თარიღამდე ან მოცდის პერიოდში:
- სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლოგიური ცვლილება ან ხალეების ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება.
 - მსხვილი ნაწლავის პოლიპოზი, ნაწლავის ანთება (კრონის დაავადება ან წყლულოვანი კოლიტი), თირკმლის პოლიკისტოზი, სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადებები, აზბესტოზი, B, C, D, E ფორმის ჰეპატიტი, ან ღვიძლის ციროზის რომელიმე ფორმა.
- 11.3.** მზღვეველი არ იქნება ვალდებული გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა, თუ ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტიკისთვის საჭირო ღონისძიებები დაწყებულია მოცდის პერიოდის განმავლობაში.
- 11.4.** სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების

the Policyholder/Insured, except for the cases directly provided by the law of Georgia.

- 10.3.3.** in the event of an insured event, in case of a decision to issue an indemnity after the beneficiary has submitted all the necessary documents for the determination of the insured event and the amount of the insurance indemnity, the insurance indemnity shall be issued.
- 10.4. The Insurer is entitled to:**
- 10.4.1.** not to issue insurance indemnity in case of detection of fact of occurrence of insurance accident and/or falsification of documents necessary for receiving indemnity, as well as presentation of false information. And if compensation has already been issued, the beneficiary is obliged to unconditionally return it to the Insurer. In addition, the insurance of each such person is subject to cancellation by the Insurer.
- 10.4.2.** after the occurrence of the insured event, to request from the Policyholder/Insured all information necessary to determine the scope of the insured event.
- 10.4.3.** demand the return of the issued compensation, if it turns out that the occurrence of the loss was not caused by an insured event.
- 10.4.4.** deduct the current year's unearned premium from the insurance compensation.
- 11. EXCEPTIONS**
- 11.1.** The insurance amount is not issued if the Insured has been diagnosed with a malignant tumor disease before the insurance.
- 11.2.** The insured indemnity will not be paid if the claim for its payment is based on any of the following diseases, which are diagnosed/established before the date of signing the insurance Agreement or during the waiting period:
- Tumor, cancer, leukemia, lymphoma, pathological skin change or any form of mole accompanied by bleeding, pain, discoloration or increase in size.
 - Colonic polyposis, intestinal inflammation (Crohn's disease or ulcerative colitis), polycystic kidney disease, benign breast disease, asbestosis, hepatitis B, C, D, E, any form of liver cirrhosis.
- 11.3.** The Insurer will not be obliged to pay the insurance indemnity if the measures necessary for the diagnosis of malignant tumor disease are started during the waiting period.
- 11.4.** The diagnosis of a malignant tumor disease, which is a direct complication or malignancy of the

დიაგნოსტიკა, რომელიც წარმოადგენს დაზღვევამდე ან მოცდის პერიოდში დიაგნოსტიკური დაავადების პირდაპირ გართულებას ან მის მალიგნიზაციას.

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

- არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება, პრენეოპლასტიკური 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 ეპიდერმის (IA-ზე მაღალი სტადია);
- ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კიბო, რომელიც ლოკალიზებულია ერთ ორგანოში;
- ნებისმიერი სიმსივნე და ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება აივ ინფექციის არსებობისას.

11.6. სადაზღვევო თანხა არ გაიცემა:

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

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

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

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

12. ქმედება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას

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

disease diagnosed before or during the insurance period, shall not be considered as an insured event.

11.5. The Insurer will not be obliged to pay the insurance amount, upon diagnosis of non-invasive malignant tumor disease. The following shall not be considered invasive malignant neoplasm under these conditions:

- Non-invasive malignant tumor disease, preinvasive malignant tumor disease, dysplasia and all pre-cancerous conditions;
- Prostate cancer, if it has not reached TNM classification stage T2N0M0;
- any primary malignant neoplastic disease of the skin (code C44 according to ICD-10 - other malignant tumors of the skin), except for malignant melanoma that extends beyond the epidermis (stage higher than IA);
- Papillary thyroid cancer localized in one organ;
- Any tumor and malignant tumor disease in the presence of HIV infection.

11.6. The insurance indemnity is not issued:

- After the insurance amount is exhausted.
- When the insured refuses to release from the obligation of confidentiality the doctor and the medical team who made the diagnosis, which prevents the Insurer from collecting the necessary information;

11.7. Any liability of the Insurer shall be excluded in the event of misrepresentation, fraud or dishonest action on the part of the Policyholder and/or the Insured.

11.8. The Insurer shall no longer be obliged to pay the insurance indemnity under the new policy and/or policy addendum after the expiration of the previous policy, if the payment was already made under the previous policy and/or policy addendum.

11.9. The insurance policy is not issued in case of violation of any obligation defined by the Agreement/Policy by the Policyholder/Insured entitled to remuneration.

12. ACTION IN THE EVENT OF AN INSURED EVENT

12.1. In case of a malignant tumor disease diagnosed during the insurance period, the Insured shall submit to the Insurer's service center an application for indemnity, an insurance policy and documentation confirming the diagnosis (including answers to histopathological examinations, medical history, medical form #100) as soon as possible after the diagnosis (due to his/her health condition).

12.2. ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების საბოლოო დიაგნოზი, დადასტურებული მკურნალი ექიმამიერ, უნდა შეესაბამებოდეს სადაზღვევო შემთხვევის განსაზღვრებას, რომელიც მოცემულია ხელშეკრულებაში.

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

12.4. ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებები არ გადაეცემა მესამე პირს. მხოლოდ დაზღვეულს შეუძლია სადაზღვევო თანხის ან მისი რომელიმე ნაწილის მიღება. თუ დაზღვეული არ არის ქმედუნარიანი, თანხა გადაეცემა მის კანონიერ წარმომადგენელს. 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 ნაწილი, რომელიც უნდა მიეღო დაზღვეულს წინამდებარე პირობების თანახმად, გადახდილი იქნება პოლისში დადგენილი მოსარგებლისთვის ან გარდაცვლილის მემკვიდრეებისათვის კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

12.5. მეორე აზრის მოძიების 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 1 სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, კურაციოს ექიმი მედიგაიდის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიოს წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად ირჩევს მომსახურების გამწვევ 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 (თხუთმეტი) დღის განმავლობაში.

13. დავების 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. ხელშეკრულების შესრულებასთან დაკავშირებული დავების/უთანხმოების წარმოშობის შემთხვევაში, მისი ურთიერთშეთანხმებით/მორიგებით დასრულების მიზნით მხარეები, აგრეთვე დაზღვეული და მოსარგებლე მიმართავენ ა(ა)იპ „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ „დაზღვევის მედიაციის“ მედიატორს სატელეფონო ხაზის მეშვეობით ნომერზე: 2555155, ან მისამართზე: თბილისის მოსაშვილის ქუჩა 24, ან ელექტრონული

12.2. The final diagnosis of malignant tumor disease, confirmed by the treating physician, must correspond to the definition of the insurance event, which is given in the Agreement.

12.3. The Insured shall submit complete medical records from which the Insurer's liability shall be established by evidence, including radiological, histopathological, laboratory, clinical and other results.

12.4. The rights established by the agreement are not transferred to a third party. Only the Insured can receive the insurance amount or any part of it. If the Insured is incapacitated, the amount will be transferred to his/her legal representative. If the insured event occurred during the insurance period and was declared while the Insured was alive, but the claim was not satisfied before his/her death, then the insurance amount or its part, which should have been received by the Insured under the present conditions, will be paid to the beneficiary specified in the Policy or to the heirs of the deceased in the manner prescribed by law.

12.5. In order to receive a second opinion service, during working hours, the insured person contacts the representative of the international organization "Mediguide" in Georgia - Clinic Curatio, at the special number: 032 2 431010, where he/she makes an application about the need for the service. The Clinic Curatio will contact the Insured within 1 working day. After collecting the necessary medical information, Curatio's doctor, with the help of Mediguide, provides the search for the world's three leading clinics, from which the Insured chooses the desired clinic that provides the service. The Insured must provide the medical documentation related to the service to the clinic in Georgian or English. The Curatio Clinic provides services defined by the terms of seeking a second opinion to the Insured within 15 (fifteen) days after the event is announced.

13. DISPUTE RESOLUTION

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

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

ფოსტის მისამართზე: mediacia@insurance.org.ge. „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ „დაზღვევის მედიაციის“ პროცესთან დაკავშირებული საერთო ხარჯების დაფინანსება ხდება „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ საწევრო შემოსავლებიდან.

13.3. თუ ასეთი მოლაპარაკების დაწყებიდან 30 (ოცდაათი) დღის განმავლობაში მხარეები ვერ შეძლებენ სადავო საკითხების შეთანხმებით მოგვარებას, ნებისმიერ მხარეს დავის გადაწყვეტის მიზნით შეუძლია დადგინილი წესის მიხედვით მიმართოს სასამართლოს. 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. ხელშეკრულების საფუძველზე არც ერთი მხარე არ აგებს პასუხს მეორე მხარის წინაშე და თავისუფლდება პასუხისმგებლობისაგან საკუთარი ვალდებულებების შეუსრულებლობის ან არასათანადოდ შესრულების გამო, თუ ამის მიზეზი გახდა საგანგებო ხასიათის მქონე გადაულახავი ძალა, რომლის წარმოშობაზე ხელშეკრულების მონაწილე მხარეები პასუხს არ აგებენ და რომლის არსებობის ან წარმოშობის შესახებ წინამდებარე ხელშეკრულების დადების მომენტში არ შეეძლოთ სცოდნოდათ.

14.2. გადაულახავ ძალად ჩაითვლება შემდეგი (და არა მხოლოდ): სტიქიური უბედურებანი (ხანძარი, წყალდიდობა, მიწისძვრა, შტორმი და სხვა.); გამოცხადებული ან გამოუცხადებელი ომი, სამოქალაქო არეულობა, ნებისმიერი სახის საომარი მოქმედებები, საგანგებო მდგომარეობა, ეპიდემიები, ბლოკადა ან ნებისმიერი ეკონომიკური ემბარგო; ხელისუფლების ნებისმიერი ერთეულის ან ხელისუფლების მიერ საამისოდ კომპეტენტურად განსაზღვრული ორგანოს გადაწყვეტილება და ისეთი ნორმატიული აქტების გამოცემა რომლებიც ზემოქმედებენ მხარეების მიერ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებაზე და ცვლიან, წყვეტენ ან აჩერებენ წინამდებარე ხელშეკრულების დებულებებსა და პირობებს.

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

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

14.5. ფორს-მაჟორული გარემოებების წარმოშობის შესახებ მხარემ დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოს მეორე მხარეს მის ხელთ არსებული საკომუნიკაციო

Mediation" process of the "Association of Insurance Companies of Georgia" are financed from the membership revenues of the "Association of Insurance Companies of Georgia".

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

14. FORCE MAJEURE

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

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

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

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

14.5. About the occurrence of force majeure circumstances, the party must immediately inform the other party through the available means of

საშუალებებით (ტელეფონი, ფოსტა, ელექტრონული ფოსტა, კურიერი და სხვა).

14.6. ფორს-მაჟორული გარემოებების შეწყვეტისთანავე მხარეები დაუყოვნებლივ აგრძელებენ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას.

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

15. პერსონალურ მონაცემთა დამუშავება

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

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

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

15.4. დამზღვევი აცხადებს თანხმობას, რომ მზღვეველი უფლებამოსილია, სადაზღვევო მომსახურების ხარისხის ან/და დაზღვევასთან დაკავშირებული კვლევ(ებ)ის მიზნით დაამუშაოს დამზღვევის/დაზღვეულის/მოსარგებლის

communication (telephone, mail, e-mail, courier, etc.).

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

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

15. PERSONAL DATA PROCESSING

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

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

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

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

პერსონალური მონაცემები, მათ შორის, აღნიშნული მონაცემები ხელმისაწვდომი გახადოს მზღვეველის პარტნიორი ორგანიზაციებისთვის.

- 15.5.** ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დამზღვევი მზღვეველს ანიჭებს უფლებას და იღებს ვალდებულებას საჭიროების შემთხვევაში გასცეს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით გაცემული დამატებითი წერილობითი თანხმობა, რათა მზღვეველმა შეუფერხებლად აწარმოოს მოკვლევა დამზღვევის/დაზღვეულის/მოსარგებლის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და/ან სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ ნებისმიერი დოკუმენტაციის/ინფორმაციის მოპოვება სახელმწიფო, კერძო თუ სხვა სახის ორგანიზაციებში სადაზღვევო ხელშეკრულების რისკების კონტროლისთვის, სადაზღვევო ანაზღაურებისთვის აუცილებელი ინფორმაციის გადამოწმების და მისი ნამდვილობის დადასტურების მიზნით.
- 15.6.** დამზღვევს უფლება აქვს, ნებისმიერ დროს, ყოველგვარი განმარტების ან დასაბუთების გარეშე უსასყიდლოდ გამოიხმოს მის მიერ გაცემული თანხმობა მზღვეველისთვის ელექტრონული შეტყობინების გაგზავნის გზით ელ-ფოსტის მისამართზე: info@gpih.ge, ან/და მზღვეველის მხარდაჭერის სამსახურში მოთხოვნის დაფიქსირების გზით ნომერზე: (+995 32) 2 505 111. დამზღვევის მოთხოვნის შესაბამისად, მონაცემთა დამუშავება შეწყდება ან/და დამუშავებული მონაცემები წაიშლება ან/და განადგურდება მოთხოვნიდან არაუგვიანეს 10 (ათი) სამუშაო დღისა, თუ მონაცემთა დამუშავების/შენახვის სხვა საფუძველი არ არსებობს. დამზღვევს, თანხმობის გამოხმობამდე, უფლება აქვს, მზღვეველს მოსთხოვოს და მიიღოს ინფორმაცია თანხმობის გამოხმობის შესაძლო შედეგების შესახებ.
- 15.7.** ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დამზღვევი აცხადებს თანხმობას, რომ მიიღოს სრული ინფორმაცია მონაცემთა დამუშავების მიზნების, მოცულობების, მისი და, არსებობის შემთხვევაში, მის მიერ მითითებულ პირთა, როგორც მონაცემთა სუბიექტ(ებ)ის „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრული მონაცემთა სუბიექტ(ებ)ის უფლებების შესახებ, კერძოდ, მზღვეველისგან მის მიერ მითითებული პერსონალური მონაცემთა სუბიექტ(ებ)ის მონაცემების დამუშავების თაობაზე ინფორმაციის მიღების, მონაცემთა დამუშავების შესახებ გაცემული თანხმობის სრულად ან/და ნაწილობრივ გამოხმობაზე, მონაცემთა გასწორების, განახლების, დამატების, დაბლოკვის, წაშლის და განადგურების თაობაზე.
- 15.8.** ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დამზღვევი ადასტურებს, რომ დაზღვეულის/მოსარგებლის პერსონალური მონაცემების მის მიერ მზღვეველისათვის მიწოდების საფუძველია საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად მონაცემთა სუბიექტების ინფორმირება და ნებაყოფლობითი თანხმობა მათი პერსონალური მონაცემების მზღვეველის მიერ დამუშავების თაობაზე და დამზღვევი სრულად არის პასუხისმგებელი აღნიშნული მონაცემების

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

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

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

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

მოპოვებაზე, დამუშავებაზე და მზღვეველისათვის გადმოცემაზე.

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

16. მხარეთა შორის კომუნიკაციის წესი

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

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

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

16.4. თუ ინფორმაცია მისამართის, ადგილსამყოფელის, ელექტრონული ფოსტის ან/და ტელეფონის ნომრის თუ სხვა რეკვიზიტების ცვლილების შესახებ დაუყოვნებლივ არ გაეგზავნა მზღვეველს, მაშინ მზღვეველის მიერ ხელშეკრულებაში/პოლისში მითითებულ მისამართზე/ელექტრონულ ფოსტაზე/ტელეფონის ნომერზე გაგზავნილი ნებისმიერი კორექტირების შეტყობინება / შეტყობინება ჩაითვლება დამზღვევის/დაზღვეული მიერ მიღებულად.

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

17. დამატებითი პირობები:

17.1. დამზღვევი აცხადებს, რომ როგორც თვითონ ასევე, დაზღვეული ან/და მოსარგებლე პირდაპირ და არაპირდაპირ არ მონაწილეობს რამე უკანონო და დანაშაულებრივ საქმიანობაში რომელიც ეწინააღმდეგება ნებისმიერი იურისდიქციის

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

16. RULES OF COMMUNICATION BETWEEN THE PARTIES

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

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

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

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

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

17. ADDITIONAL TERMS

17.1. The Policyholder declares that he/she, the Insured and/or Beneficiary are not directly or indirectly involved in any illegal or criminal activity contrary to the laws of any jurisdiction, including money laundering, arms trafficking, drug

კანონმდებლობას, მათ შორის უკანონო შემოსავლების ლეგალიზაციაში, იარაღით ვაჭრობაში, ნარკოტიკებით ვაჭრობაში ან/და ტერორიზმში. მის მიერ გარიგების დადების მიზანი არ არის ტერორიზმის ან/და სხვა ნებისმიერი უკანონო საქმიანობის დაფინანსება; არცერთი მისი დამფუძნებელი თუ ბენეფიციარი მესაკუთრე, ასევე ის პირები ვის სასარგებლოდაც იდება გარიგება, შეტანილი არ არის ტერორისტთა ან ტერორიზმის ხელშემწყობ პირთა სიაში ან/და არანაირად დაკავშირებული არ არიან მათთან ასევე არ მონაწილეობენ არანაირ კანონსაწინააღმდეგო ქმედებაში

- 17.2.** იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეულის მიერ შეძენილი იქნება რამოდენიმე სახის დაზღვევა და/ან სადაზღვევო მომსახურება, ყველა მომსახურებისათვის სტანდარტული პირობა მოცემული იქნება ხელშეკრულებაში, ხოლო მომსახურების კონკრეტული პირობები შესაბამის დანართში, რომელიც დაერთვება ხელშეკრულებას და იქნება მისი განუყოფელი შემადგენელი ნაწილი.
- 17.3.** ხელშეკრულებაში ცვლილებების და დამატებების შეტანა ხდება წერილობით, ორივე მხარის ხელმოწერით და ძალაშია ორივე მხარის მიერ ხელმოწერის შემდგომ.
- 17.4.** ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ყველა უფლება-მოვალეობები ვრცელდება ორივე მხარის უფლებამონაცვლეებზე და წარმომადგენლებზე.
- 17.5.** ყველა ყველა საკითხი, რაც არ არის გათვალისწინებული ხელშეკრულებით, რეგულირდება საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით.
- 17.6.** ხელშეკრულების ხელმოწერის შემდგომ ნებისმიერი სიტყვიერი ან წერილობითი შეთანხმება ხელშეკრულებით მოწესრიგებულ საკითხებთან დაკავშირებით ბათილია.
- 17.7.** მზღვეველი არ არის პასუხისმგებელი ნებისმიერი სახის მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებაზე, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული ხელშეკრულებით.
- 17.8.** ხელშეკრულების თანახმად, სახელშეკრულებო პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და ამ ხელშეკრულებასთან დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია მესამე პირს (პირებს) გადაეცემა(თ) მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წინასწარი წერილობითი თანხმობის შემთხვევებში.
- 17.9.** მხარეებმა ხელშეკრულებით განსაზღვრული რეკვიზიტების შეცვლის შესახებ უნდა აცნობონ ერთმანეთს ცვლილების განხორციელებიდან არაუგვიანეს 5 (ხუთი) სამუშაო დღისა. მისამართის/ადგილსამყოფელის ცვლილების შესახებ ინფორმაციის დაუყოვნებლივ მზღვეველისთვის მიუწოდებლობის შემთხვევაში, მზღვეველის მიერ გაგზავნილი ნებისმიერი შეტყობინება ჩაითვლება დამზღვევის მიერ მიღებულად. ნებისმიერი შეტყობინება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ უნდა ატარებდეს წერილობით ან/და ელექტრონულ ფორმას, გარდა ხელშეკრულებით დადგენილი სპეციალური პირობებისა

trafficking and/or terrorism. The purpose of making a transaction by him/her is not to finance terrorism and/or any other illegal activity; None of its founders or beneficial owners, as well as those persons in whose favor the transaction is made, are included in the list of terrorists or persons supporting terrorism and/or are not related to them in any way and do not participate in any illegal activity.

- 17.2.** In the event that several types of insurance and/or insurance services are purchased by the Insured, the standard conditions for all services will be given in the contract, and the specific service conditions will be in the relevant appendix, which will be attached to the contract and will be an integral part of it.
- 17.3.** Amendments and additions to the Agreement are made in writing, signed by both parties, and are valid upon signature by both parties.
- 17.4.** All rights and obligations provided for in the Agreement apply to the successors and representatives of both parties.
- 17.5.** All issues that are not covered by the Agreement are regulated by the current legislation of Georgia.
- 17.6.** Any oral or written agreement after the signing of the Agreement regarding the issues regulated by the Agreement is null and void.
- 17.7.** The Insurer is not responsible for reimbursement of any service costs that are not covered by the Agreement.
- 17.8.** According to the Agreement, the contractual conditions are confidential and any information related to this Agreement will be transferred to the third party(s) in the manner established by the applicable legislation, as well as in cases of prior written consent of the parties.
- 17.9.** The parties shall notify each other about the change of the requisites specified in the Agreement no later than 5 (five) working days after the change is made. In case of not providing information about change of address/location to the Insurer immediately, any notification sent by the Insurer shall be considered as received by the Policyholder. Any notification by the Policyholder/Insured must be in written and/or electronic form, except for special conditions established by the Agreement.

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

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

17.12. ხელშეკრულება შედგენილია ორ გუემპლარად და ორივე ეგუემპლარს გააჩნია თანაბარი იურიდიული ძალა. ხელშეკრულების თითო ეგუემპლარი გადაეცემა თითოეულ მხარეს.

17.10. The Insurer will not make insurance payments or provide any services to the Insured or to a third party if such payments/services, or activities of the Policyholder, violate the requirements of international or local trade or other economic sanctions. Sanctions include: local, EU and its member states, United Nations, USA and UK; or any other sanctions that concerns the Insured/Policyholder/Beneficiary, provided that this does not violate the national legislation of the Insurer.

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

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

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



ჭიპიანი

პენის სანაზღაურო ჯგუფი



ონკო ქეარი
დაზღვევის პირობები

ONCO CARE
INSURANCE WORDING

1. ზოგადი დებულებები:

- 1.1. წინამდებარე ხელშეკრულება არეგულირებს დაზღვეულის, დამზღვევის და მზღვეველის უფლებებსა და ვალდებულებებს ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო მომსახურების განვებისას, კერძოდ მზღვეველი ვალდებულია დაზღვევის/დაზღვეულის მიერ პოლისით დადგენილი პრემიის ჯეროვნად გადახდის სანაცვლოდ, დაზღვეული პირის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებით დიაგნოსტირებისას წინამდებარე ხელშეკრულებით განსაზღვრული წესით დაზღვევის/დაზღვეულს აუნაზღაუროს პოლისში მითითებული თანხა.
- 1.2. სიმსივნური დაავადების დაზღვევა - ითვალისწინებს პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, დაზღვეულის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირების შემთხვევაში მოსარგებლისათვის სადაზღვევო თანხის ანაზღაურებას, დაზღვევის პირობების გათვალისწინებით. მხარეები თანხმდებიან და მათთვის ცნობილია რომ წინამდებარე ხელშეკრულება არ წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებას, კერძოდ აღნიშნული დაზღვევის ფარგლებში გაცემული ფულადი კომპენსაცია არ წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, არ არის დამოკიდებული მასზე და დაზღვეულმა შეიძლება გამოიყენოს ნებისმიერი მიზნისთვის.

2. ზოგადი განმარტება:

- 2.1. სადაზღვევო შემთხვევა – შესაბამისი სამედიცინო სპეციალობის და საექიმო უფლების მქონე ექიმის მიერ ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზის დადგენა დაზღვეულისთვის;
- 2.2. დაზღვეული/დამზღვევი – 65 წლამდე ასაკის პირი, და/ან 18 წლამდე ასაკის პირი, რომლის მიმართაც ხორციელდება დაზღვევა;
- 2.3. დაზღვეულის შვილი/არასრულწლოვანი პირი – დაზღვეულის 18 წელზე ნაკლები ასაკის შვილი, რომელიც ჩართულია ხელშეკრულებაში;
- 2.4. სადაზღვევო ანაზღაურება – დაზღვეულის მიერ არჩეული სადაზღვევო თანხა, რომელიც გაიცემა დაზღვეულზე იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება.
- 2.5. მეორე აზრის მოძიება – მომსახურება ითვალისწინებს ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოზის შემთხვევაში, მსოფლიოს წამყვანი კლინიკის სპეციალისტების მიერ დიაგნოზის დაზუსტებას/დადასტურებას, მკურნალობის ყველაზე ოპტიმალური სქემის შერჩევას, სხვა სახის სამედიცინო რეკომენდაციების მომზადებას (სერვისი განკუთვნილია მხოლოდ ძირითადი დაზღვეულისთვის).
- 2.6. მოცდის პერიოდი – პერიოდი, რომელიც იწყება ხელშეკრულების ძალაში შესვლის თარიღიდან და რომლის განმავლობაშიც დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებისას არ ხდება სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა.
- 2.7. მკურნალი ექიმი – შესაბამისი სამედიცინო სპეციალობის მქონე ექიმი, რომელიც მონაწილეობდა ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების პირველადი დიაგნოზის დასმაში და დაზღვეულის მკურნალობაში, რომელსაც აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატი და რომელიც მას აძლევს სამედიცინო პრაქტიკის განხორციელების უფლებას საქართველოში მოქმედი რეგულაციების მიხედვით; თუ დაზღვეული თავად არის მკურნალი ექიმი, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას უნდა წარმოადგინოს სხვა მკურნალი ექიმის მიერ გაცემული სამედიცინო დასკვნა.
- 2.8. დიაგნოზი – წერილობითი დასკვნა, რომელიც აზუსტებს ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირებული ფორმის სახელწოდებასა და განვითარების სტადიას დაშედეგნილია იმ მკურნალი ექიმის მიერ, რომელმაც ჩაატარა დაზღვეულის ფიზიკური და/ან დიაგნოსტიკური შემოწმება;

1. GENERAL PROVISIONS:

- 1.1. The Agreement regulates rights and obligations of insured, policyholder and insurer when providing insurance services hereunder. Specifically, when diagnosed with malignant tumor, insurer shall, in exchange for duly paid premium defined in a policy, reimburse the amount specified in the policy in accordance with the procedure set forth by the Agreement.
- 1.2. Cancer Insurance provides for reimbursement of the sum insured to a beneficiary throughout insurance validity period under insurance policy, in case insured has been diagnosed with malignant tumor. The parties agree upon and recognize that this Agreement is not health insurance agreement, specifically, monetary compensation provided hereunder does not correspond to reimbursement of medical expenses, does not depend on it and the insurer may use it for any purpose.

2. DEFINITIONS:

- 2.1. Insured Event – diagnosis of malignant tumor established by a physician with medical specialty and relevant rights.
- 2.2. Insured/Policyholder – a person before 65 years of age and/or person before 18 years of age for whom the insurance is being provided.
- 2.3. Insured's Daughter or Son/Underage Person – daughter/son of the Insured included in the Agreement.
- 2.4. Insurance Reimbursement – sum insured selected by the Insured, which shall be provided to the Insured in case diagnosed with malignant tumor.
- 2.5. Seek Second Opinion – in case of cancer diagnosis, the service implies verifying/confirming diagnosis by specialists of leading clinics of the world, selecting the most optimal treatment scheme, preparing other kinds of medical recommendations (the service pertains only to the main Insured).
- 2.6. Waiting Period – period starting from the enforcement date of the Agreement and during which reimbursement is not provided (in case of malignant tumor);
- 2.7. Treating Physician – a physician with relevant medical specialty participating in initial diagnosis and treatment of the Insured. One that holds a state certificate confirming entitlement to independent medical practice, which entitles the physician to practice medicine in line with regulations in force in Georgia. If the Insured is not a treating physician, upon occurrence of an insured event, they shall submit medical diagnosis issued by another treating physician.
- 2.8. Diagnosis – written conclusion verifying name and development stage of diagnosed form of a malignant tumor, which is composed by the physician, who conducted physical and/or diagnostic examination of the Insured.
- 2.9. Medical Records – documentation on the health condition of the Insured compiled by treating physician and/or other health workers or medical establishment. Such documentation includes final diagnosis of the treating physician related to malignant tumor diagnosis, recommendations for treatment and mandatory documents, e.g. lab results, X-ray, histopathology reports,

- 2.9. სამედიცინო ჩანაწერები – დოკუმენტაცია დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, შედგენილი მკურნალი ექიმის და/ან ჯანდაცვის სხვა მუშაკის თუ სამედიცინო დაწესებულების მიერ. ამგვარი დოკუმენტაცია მოიცავს მკურნალი ექიმის საბოლოო დასკვნას ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზთან დაკავშირებით, რეკომენდაციებს მკურნალობისთვის და ისეთ აუცილებელ დოკუმენტაციას, როგორცაა ლაბორატორიული ანალიზების შედეგები, რენტგენოგრაფია, ჰისტოპათოლოგიური შედეგები, სხვა სადიაგნოსტიკო კვლევების შედეგები და დამატებითი ინფორმაცია, მიღებული კლინიკური შემონების შედეგად;
- 2.10. დაზღვევამდე არსებული დაავადება – დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებამდე, რაც წარმოადგენს საფუძველს იმისათვის, რომ მზღვეველმა გამორიცხოს სადაზღვევო თანხის/კომპენსაციის გადახდის ვალდებულება;
- 2.11. ინვაზიური სიმსივნე – დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება უკონტროლო ზრდით და ავთვისებიანი უჯრედების გავრცელებით და შეღწევით ჯანმრთელ ქსოვილებში;
- 2.12. დამზღვევი/დაზღვეული – პირი, რომელიც აფორმებს ხელშეკრულებას. არასრულწლოვანი დაზღვეულის შემთხვევაში პირი, რომელზეც აფორმებს დაზღვევის ხელშეკრულებას და რომელზეც გაიცემა სადაზღვევო ანაზღაურება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას.
- 2.13. პოლისი – მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი დაზღვევის დამადასტურებელი დოკუმენტი.
- 2.14. მზღვეველი – სს “სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი”.
- 2.15. სადაზღვევო შენატანი (პრემია) - დამზღვევის მიერ დაზღვეულის სასარგებლოდ გადასახდელი სადაზღვევო პოლისის წლიური ღირებულება, რომელსაც დამზღვევი უხდის მზღვეველს პოლისში მითითებული მომსახურების განცვის სანაცვლოდ.
- 2.16. სადაზღვევო პერიოდი - პოლისში მითითებული პერიოდი, რომლის განმავლობაშიც სადაზღვევო პოლისი მოქმედია. მზღვეველის მიერ ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, ანაზღაურდება, ამ პერიოდში მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევები მხოლოდ სადაზღვევო პერიოდის ამონურვამდე.

3. ძირითადი პირობები:

- 3.1. წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დაზღვეული აცხადებს წინასწარ თანხმობას და ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას მზღვეველმა ნებისმიერი მესამე პირისგან, მათ შორის სამედიცინო დაწესებულებისგან, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას გამოითხოვოს დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერები, ასევე ნებისმიერი პერსონალური ინფორმაცია და დაავადებასთან დაკავშირებული მონაცემი.
- 3.2. დაზღვევა ძალაშია იმ შემთხვევაში, თუ გადახდილია პირველი ან ერთჯერადი (სრული) სადაზღვევო პრემია და გაცემულია პოლისი.
- 3.3. სადაზღვევო თანხის ოდენობას ირჩევს დაზღვეული და ის შეიძლება იყოს განსაზღვრული ლარში ან აშშ დოლარში.
- 3.4. არასრულწლოვანი შვილი შეიძლება დაზღვეული იქნეს მხოლოდ ერთ-ერთ დაზღვეულ მშობელთან ერთად.
- 3.5. დაზღვევის პერიოდის განმავლობაში დამზღვევს შეუძლია მოთხოვოს მზღვეველს 18 წლამდე ასაკის შვილის დაზღვევა, რომელიც თავიდანვე არ იყო დაზღვეული, დამატებითი პრემიის გადახდის გარეშე. ასეთ შემთხვევაში 18 წლამდე ასაკის შვილზე ვრცელდება 180 დღიანი მოცდის პერიოდი.

4. სადაზღვევო პრემია და მისი გადახდის წესი:

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

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

- 2.10. Pre-existing Illness – health condition of the insured prior to concluding insurance agreement, which creates grounds for the Insurer to eliminate liability of paying sum insured/providing compensation.
- 2.11. Invasive Cancer – diagnosed malignant tumor, which is characterized by uncontrolled growth and spread of malignant cells, invasion of healthy cells.
- 2.12. Policyholder/Insured – person concluding the Agreement. In case of underage insured, the person they are concluding the agreement for and for whom the reimbursement is provided in case insured event occurs.
- 2.13. Policy – Insurance certifying document established by the legislation in force.
- 2.14. Insurer – JSC Insurance Company GPI Holding
- 2.15. Insurance Fee (Premium) – annual cost of insurance policy paid by the Insured to the Insurer in exchange for rendered services specified in the Policy.
- 2.16. Insurance Period – period specified in the Policy, during which the Insurance Policy is valid. In line with the Insurance Wording, insured events occurred within this period shall be reimbursed only up to the date the insurance period is no longer valid.

3. KEY TERMS AND CONDITIONS:

- 3.1. By signing the Agreement, the Insured gives initial consent and grants the Insurer right to obtain medical records from any third party, including medical establishment (after being diagnosed), moreover, any personal information and data related to the illness.
- 3.2. The insurance is valid in case the first or single (total) premium fee has been paid and the Policy has been issued.
- 3.3. Sum insured is selected by the Insured and it may be in GEL of USD.
- 3.4. Underage daughter/son may be insured with one of the parents only.
- 3.5. Throughout the insurance period, the Policyholder is entitled to request insurance of a son/daughter under 18 years of age, who was not insured from the beginning, without paying additional premium. In such case 180 days of waiting period applies to the son/daughter under 18 years of age.

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

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

5. დაზღვევის დაწყება და მისი კვირები:

- 5.1. წინამდებარე ხელშეკრულება გაფორმებულია ერთი წლის ვადით, მისი 5 წლამდე პერიოდით ავტომატური გაგრძელების პირობით. სადაზღვევო პერიოდი განისაზღვრება პოლისით.
- 5.2. დაზღვევა მხარეთა დამატებითი შეთანხმებით შეიძლება გაგრძელდეს, თუმცა ავტომატურად შეწყდება იმ სადაზღვევო წლის ამონაწერისას, როცა დაზღვეული გახდება 75 წლის ასაკის.
- 5.3. დაზღვევა ძალაში შედის პოლისში მითითებული დაზღვევის ძალაში შესვლის დღის 00:00 სთ-ზე, იმ პირობით, რომ დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ გადახდილი იქნება პრემიის პოლისით დადგენილი პირველი შენატანი ან ერთჯერადი პრემიისას პრემია სრულად. დაზღვევის ხელშეკრულების მოქმედება შეწყდება პოლისში მითითებულ დაზღვევის დასრულების თარიღის 24:00 სთ-ზე.

6. პირები, რომლებიც არ ექვემდებარებიან დაზღვევას:

- 6.1. პირი, რომელსაც დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებამდე დიაგნოსტირებული აქვს შემდეგი დაავადებები ან/და იმყოფება დიაგნოსტირების ან მკურნალობის პროცესში:
 - 1) სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლოგიური ცვლილება ან ხალხის ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება.
 - 2) მსხვილი ნაწილავის პოლიპოზი, ნაწილავის ანთება (კრონის დაავადება ან წყლლოვანი კოლოტი), თირკმლის პოლიკისტოზი, სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადებები, აბტესტოზი, 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 კვირები:

- 7.1. წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო შემთხვევის მოცდის პერიოდი არის ექვსი თვე, ხოლო უცხო ქვეყნის მოქალაქის დაზღვევისას ცხრა თვე.
- 7.2. მოცდის პერიოდი დაიწყება დაზღვევის წინამდებარე ხელშეკრულების 5.3 მუხლით დადგენილი წესით ძალაში შესვლის დღეს.
- 7.3. მზღვეველის ვალდებულება, გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა ან მისი რაიმე ნაწილი, არ ამოქმედდება, თუ დაზღვეულს დაუდგინდება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება მოცდის პერიოდის განმავლობაში.
- 7.4. მოცდის პერიოდი არ შეეხება იმ პირებს, რომლებსაც აქვთ დაზღვევის უწყვეტი დაფარვა, ანუ იმ პირებს, რომლებსაც მიღებული აქვთ დაზღვეულის სტატუსი დაზღვევის წინა პოლისით და/ან რომელთა მოცდის პერიოდი უკვე ამოიწურა წინა დაფარვისას (პოლისი და/ან პოლისის დანართი).
- 7.5. მოცდის პერიოდი ასევე არ მოქმედებს იმ შემთხვევაში, თუ წინამდებარე ხელშეკრულებით დაზღვეული არასრულწლოვანი პირი, გახდება 18 წლის და უწყვეტად, დამოუკიდებლად გააფორმებს მზღვეველთან ახალ ხელშეკრულებას ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებაზე.
- 7.6. დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტის შემდეგ ხელახალი დაზღვევისას მოცდის პერიოდის ათვლა ხდება თავიდან.

4. INSURANCE PREMIUM AND PAYMENT PROCEDURE:

- 4.1. The insurance premium shall be reimbursed in the national currency of Georgia. In case the sum insured has been selected in USD, the insurance premium shall be calculated on the date of making premium payment in GEL, in accordance with the currency set by the National Bank of Georgia.
- 4.2. The Policyholder/Insured shall pay the Insurer insurance premium pursuant to the payment schedule and in the amount specified in the Policy.

5. INSURANCE STARTING DATE AND PERIOD

- 5.1. The Agreement has been concluded for a one year term and with the condition of automatically continuing for 5 years. The Insurance period shall be determined by the Policy.
- 5.2. The Insurance may be extended under the agreement between the parties, however shall automatically terminate the year the Insured turns 75.
- 5.3. The Insurance shall be enforced on the date specified in the Policy, at 00:00 on condition that the Policyholder/Insured makes the first payment of the premium in the amount specified in the Policy or single payment (premium fee in full). The Insurance Agreement shall terminate on the date indicated in the policy at 24:00.

6. PERSONS NOT SUBJECT TO INSURANCE

- 6.1. Person diagnosed with the following diseases prior to concluding the Insurance Agreement and/or is being diagnosed or undergoing treatment:
 - 1) Tumor, cancer, leukemia, lymphoma, pathological change in skin or any form of moles that are bleeding, painful, modified in color or grown in size.
 - 2) Bowel polyps, inflammatory bowel disease (Crohn's disease or ulcerative colitis), polycystic kidney disease, benign breast diseases, asbestosis, hepatitis B, C, D, E or any form of liver cirrhosis.
- 6.2. 64-year-old and older persons being insured the first time or 74-year-old and older persons in case of automatical renewal of the Insurance.

7. WAITING PERIOD:

- 7.1. Under the Agreement, waiting period for the insured event is 6 months, while 9 months for a citizen of a foreign country.
- 7.2. The waiting period shall start on the enforcement date of the Agreement in line with the procedure set forth in Article 3.5.
- 7.3. The Insurer's liability to pay sum insured or any part of it shall not be enforced in case the Insured is diagnosed with malignant tumor during the waiting period.
- 7.4. The waiting period does not pertain to those parties, who have continuous coverage, or those parties who have the status of Insured from the previous policy and/or whose waiting period has terminated on the previous coverage (policy and/or annex to the policy).
- 7.5. The waiting period shall also not be enforced in case the insured underage person turns 18 and independently concludes agreement with the Insurer on services provided for in the Agreement.
- 7.6. After termination of the insurance and renewal of the insurance, the waiting period shall start over.

8. დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტა:

- 8.1. დაზღვევა ვადამდე შეიძლება შეწყდეს შემდეგ შემთხვევებში:
 - 1) მზღვევლის მიერ ხელშეკრულების ცალმხრივად შეწყვეტით;
 - 2) მხარეთა მიერ ხელშეკრულების პირობების დარღვევისას მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით;
 - 3) სადაზღვევო თანხის ამონურვისას;
 - 4) იმ სადაზღვევო წლის დასრულებისას, როცა დაზღვეული მიაღწევს 75 წლის ასაკს;
 - 5) იმ სადაზღვევო წლის ამონურვისას, როცა არასრულწლოვანი მიაღწევს 18 წლის ასაკს;
 - 6) ავტომატურად, წინამდებარე ხელშეკრულების 10.4.1 მუხლის შესაბამისად;
- 8.2. დაზღვევა შეწყდება დაზღვეულის ან/და მისი დაზღვეული შვილის გარდაცვალების შემთხვევაში ან დაზღვეულის ავთვისებიანი სიმსივნის 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 მზღვევლისთვის წერილობითი შეტყობინების გაგზავნით. შეტყობინება შეწყვეტის შესახებ მიწოდებული უნდა იქნეს 15 დღით ადრე პრემიის შემდეგი ნაწილის გადახდის თარიღამდე. ასეთ შემთხვევაში დამზღვევი იხდის მიმდინარე სადაზღვევო პერიოდის გამომუშავებულ პრემიას და სადაზღვევო პერიოდის მოკლევადიანობის საკომპენსაციოდ 2 თვის პრემიას დამატებით.
- 8.4. ერთი მშობლის მიერ დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტისას დაზღვეულ მეორე მშობელს შეუძლია მოსთხოვოს მზღვევლს შეწყვეტილ ხელშეკრულებაში მონაწილე შვილის დაზღვევა თავისი ხელშეკრულებით, გარდა წინამდებარე ხელშეკრულების მე-6 მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევებისას.

9. ხელშეკრულებაზე უარის თქმა:

- 9.1. დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია უარი თქვას ხელშეკრულებაზე მისი გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის ვადაში, ყოველგვარი ჯარიმისა და დამატებით გადასახადის გარეშე, მზღვევლისთვის დანართი #1-ით განსაზღვრული „დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განაცხადის“ მზღვევლის იურიდიულ მისამართზე გაგზავნის ან მზღვევლის ფილიალებში ფიზიკურად მიწოდების გზით.
- 9.2. თუ დამზღვევი/დაზღვეული მზღვევლს არ გაუგზავნის მოთხოვნას დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის შესახებ, მაშინ დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია ხელშეკრულების გაფორმებიდან 14 (თოთხმეტი) დღის გასვლის შემდეგ ისარგებლოს ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებებით.
- 9.3. ხელშეკრულების 9.1. პუნქტით განსაზღვრული უფლების არსებობა, არ ათავისუფლებს დამზღვევს/დაზღვეულს სადაზღვევო პრემიის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ანაზღაურების ვალდებულებისგან.
- 9.4. თუ დამზღვევმა/დაზღვეულმა, ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლების ვადის გასვლამდე, პირდაპირ და მკაფიოდ მოითხოვა მზღვეველთან ან/და პროვაიდერ კლინიკასთან, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით, მომსახურების მიღება, მაშინ შესაბამისი მომსახურების მიღებით დამზღვევი/დაზღვეული კარგავს ხელშეკრულების 9.1. პუნქტით განსაზღვრულ ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებას.

10. სადაზღვევო დაფარვა და სადაზღვევო შემთხვევა:

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

8. INSURANCE AGREEMENT TERMINATION:

- 8.1. The insurance may terminate prematurely:
 - 1) Unilaterally by the Insurer;
 - 2) In accordance with the procedures established by the legislation in force, in case parties violate the Agreement Wording.
 - 3) In case the sum insured has been exhausted;
 - 4) At the end of the year the insured turns 75.
 - 5) At the end of the year the underage person turns 18;
 - 6) Automatically, in accordance with Article 10.4.1 of the Agreement.
- 8.2. The Insurance shall terminate in case the Insured or the son/daughter passes away or at 24:00 of the date when full reimbursement is made after the Insured has been diagnosed with malignant tumor. In such case, the insurance of the Insured and their son/daughter shall terminate at 24:00, on the same date.
- 8.3. The Policyholder is entitled to terminate long-standing Insurance by notifying the Insurer in writing. The notification about termination shall be sent to the Insurer 15 days prior to the date of payment of the next installment. In such case, the Policyholder shall pay earned premium of the current insurance period and additional 2 months premium to compensate for premature termination.
- 8.4. After terminating the insurance agreement by one parent, the other parent is entitled to request insurance of the son/daughter party to the terminated agreement, except for cases specified in Article 6.

9. REJECTION

- 9.1. The Policyholder/Insurer is entitled to reject an agreement within 14 (fourteen) days of concluding it, without paying a penalty or additional fees by sending “the application of rejection” at the legal address of the Insured or by submitting to the branches of the Insurer.
- 9.2. In case the Policyholder/Insured does not send the request to the Insurer regarding rejection, Policyholder/Insured is entitled to benefit from the rights established by the Agreement.
- 9.3. Rights determined in Item 9.1. of the Agreement does not exempt the Policyholder/Insured from the responsibility of reimbursement of the Insurance premium in accordance with Agreement Wording.
- 9.4. In case the Policyholder/Insured before expiration of the rejection term directly and clearly requests service from the Insurer and/or provider clinic in line with the Insurance Agreement Wording, the Policyholder/Insurer shall lose their right to rejection defined in Item 9.1.

- ანალურებას სადაზღვევო ხელშეკრულებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.
- 10.2. სადაზღვევო თანხა განისაზღვრება პოლისით.
- 10.3. სადაზღვევო თანხა თითოეულ დაზღვეულ შვილზე შეადგენს პოლისით განსაზღვრული სადაზღვევო თანხის 100%-ს.
- 10.4. წინამდებარე პირობების თანახმად, სადაზღვევო შემთხვევად ჩაითვლება დაზღვეულისთვის ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების პირველად დიაგნოსტირება დაზღვევის პერიოდის განმავლობაში.
- 10.5. ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზი დასმული უნდა იქნეს შესაბამისი სპეციალობის სერტიფიცირებული ექიმის მიერ.
- 10.6. სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირება წინამდებარე პირობების მე-7 მუხლში მოხსენიებული მოცდის პერიოდის განმავლობაში.
- 10.7. დაზღვევა დაფარავს ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების ყველა ფორმას, რომელიც შედის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) მე-10 გამოცემის C00-C97 კოდებში, მათ შორის ლეიკემიის, ავთვისებიანი ლიმფომის, კანის ლიმფომის, 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>)
- 10.8. ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს, მათ შორის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე.
- 10.9. სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირება, რომელიც წარმოადგენს დაზღვევამდე ან მოცდის პერიოდში დიაგნოსტირებული დაავადების პირდაპირ გართულებას ან მის მალიგნიზაციას.

11. მხარეთა ვალდებულებები:

- 11.1. დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია:
- 11.1.1. პოლისის გაფორმებისას შეატყობინოს მზღვეველს ყველა ის გარემოება, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ მზღვეველის გადანყვეტილებებზე უარი თქვას დაზღვევაზე ან გააფორმოს იგი შეცვლილი შინაარსით.
- 11.1.2. ხელშეკრულების გაფორმებისას აცნობოს მზღვეველს რისკის შეფასებასთან დაკავშირებული ყველა გარემოება, რომელიც მან იცოდა ან უნდა სცოდნოდა.
- 11.1.3. წარუდგინოს მზღვეველს ყველა ის დოკუმენტი, რომელიც აუცილებელია მზღვეველის ვალდებულების საფუძვლის, მოცულობის და სათანადო თანხის დასადგენად.
- 11.1.4. განუმარტოს ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილ პირებს, რომ შემთხვევის დადგომისას ანაზღაურების მომთხოვნი უფლებამოსილი პირ(ებ)ი 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 მზღვეველის ყველა მითითება რაც უკავშირდება სადაზღვევო შემთხვევის ან მოვლენის დადგენას. განუმარტოს ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილ პირებს რომ მათ მიერ ამ მუხლით გათვალისწინებული ვალდებულების დაუცველობის შემთხვევაში მზღვეველი უფლებამოსილია არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება.
- 11.1.5. გადაიხადონ სადაზღვევო პრემია შეთანხმებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.

10. INSURANCE COVERAGE AND INSURED EVENT:

- 10.1. In case the Insured is diagnosed with malignant tumor throughout the insurance period, the Insured shall provide single reimbursement under the Agreement in line with the procedures and in the amount set forth by the Agreement/Policy.
- 10.2. The Sum Insured is defined in the Policy.
- 10.3. The Sum Insured on each son/daughter constitutes 100% of the sum defined in the policy.
- 10.4. In line with the wording, the insured event is deemed the initial diagnosis of malignant tumor of the Insured throughout the Insurance Period.
- 10.5. Malignant tumor shall be diagnosed by a certified physician with corresponding specialty.
- 10.6. Malignant tumor diagnosed during the waiting period specified in Article 7 of the Wording shall not be deemed insurance event.
- 10.7. The insurance covers all forms of invasive malignant tumor, which are listed in the C00-C97 codes of the 10th edition of the International Classification of Diseases (ICD-10), including leukemia, malignant lymphoma, skin lymphoma, Hodgkin’s disease, bone marrow, and sarcoma, except for C44 Code (other malignant cancers of skin, except, melanoma). (Please see detailed information about the ICD-10 on the following link: <http://classifications.moh.gov.ge>)
- 10.8. Invasive malignant tumor diagnosis shall be confirmed, including based on histopathological examinations.
- 10.9. Malignant tumor diagnosis, which is direct complication or malignization of the diagnosis made prior to getting insured or during waiting period shall not be deemed an insurance event.

11. OBLIGATIONS OF THE PARTIES

- 11.1. Policyholder/Insured shall:
- 11.1.1. Upon signing of the policy, notify the Insurer about all the circumstances that might influence decision of the Insurer to refuse Insurance or conclude it with modified content.
- 11.1.2. Upon signing of the Agreement, notify the Insurer about all the circumstances related to the risk assessment that Insurer shall or should have known.
- 11.1.3. Submit all the documents to the Insurer necessary for definition of obligation basis of the Insurer, volume and relevant amount.
- 11.1.4. Explain to the persons authorized for receiving reimbursement that in case of the incident occurrence, person(s) authorized for requesting reimbursement shall be obliged to grant the Insurer authority to process any personal data, keep it according to the legislative rule and on its own discretion and if necessary, transfer it abroad to the public or private establishments/organizations, also, follow all the instructions of the Insurer, related to definition of the

- 11.1.6. მიანიჭოს მზღვეველს უფლება მოითხოვოს/გადაამონოს დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონალური მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის ეროვნულ სააგენტოში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციულ ორგანოში და კერძო სამართლის პირთან.
- 11.2. დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია:
- 11.2.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მის მიერ წინამდებარე შეთანხმებით დადგენილი ყველა ვალდებულების და მზღვეველის მოთხოვნების შესრულების შემდეგ მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება ამ შეთანხმებით და მის საფუძველზე გაცემული სადაზღვევო პოლისით დადგენილ შემთხვევებში, შეთანხმებით/პოლისით დადგენილი ოდენობითა და წესით.
- 11.2.2. დამზღვევი უფლებამოსილია, მზღვეველს ნებისმიერ დროს მოსთხოვოს მის შესახებ მონაცემთა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის გამოყენების შეწყვეტა ელექტრონული ან წერილობითი შეტყობინების გაგზავნის გზით. წერილობითი შეტყობინება უნდა გაიგზავნოს მზღვეველის იურიდიულ მისამართზე, ხოლო ელექტრონული შეტყობინება იგზავნება შემდეგ მისამართზე: info@gpih.ge.
- 11.3. მზღვეველი ვალდებულია:
- 11.3.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილი პირის მიერ წინამდებარე შეთანხმებით დადგენილი ყველა ვალდებულების და მზღვეველის მითითებების შესრულების შემდეგ, დოკუმენტაციის სრულყოფილად წარმოდგენიდან არაუგვიანეს 10 სამუშაო დღის ვადაში მიიღოს გადაწყვეტილება ანაზღაურების გაცემის თაობაზე ან მოტივირებულბადა უარი თქვას სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე.
- 11.3.2. დაიცვას და არ გაახშაუროს დამზღვევთან/დაზღვეულთან საქმიანი ურთიერთობების შედეგად მოპოვებული ინფორმაცია, გარდა საქართველოს კანონით პირდაპირ გათვალისწინებული შემთხვევებისა.
- 11.3.3. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემთხვევაში, სადაზღვევო შემთხვევის დადგენისა და სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობის განსაზღვრისათვის მოსარგებლის მიერ ყველა საჭირო დოკუმენტის წარმოდგენის შემდგომ ანაზღაურების გაცემაზე გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება.
- 11.4. მზღვეველი უფლებამოსილია:
- 11.4.1. დამზღვევის მიერ სადაზღვევო შესატანის გადახდის ვალდებულების დარღვევის შემთხვევაში, მზღვეველი წერილობით განუსაზღვრავს დამზღვევს გადახდის ორკვირიან ვადას, რომლის უშედეგოდ გასვლის შემდეგ მზღვეველი თავისუფლდება თავისი მოვალეობებისგან და ხელშეკრულების მოქმედება შეჩერდება. ამასთან სადაზღვევო ხელშეკრულების/პოლისის მოქმედება განახლდება მხოლოდ დამზღვევის მიერ პრემიის გადახდის შემდეგ, დავალიანების გადახდის დღის 24.00 საათზე დავალიანების დაფარვის შემდგომ. დავალიანების დაფარვის შემდგომ მზღვეველი დავალიანების პერიოდში დამდგარ შემთხვევებს აღარ განიხილავს სადაზღვევო შემთხვევად და ამ პერიოდში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ დაექვემდებარება. გრაფიკის დარღვევის დღიდან 45 კალენდარული დღის შემდეგ სადაზღვევო ხელშეკრულება ჩაითვლება ავტომატურად შეწყვეტილად და იგი არ დაექვემდებარება აღდგენას.
- insurance incident or event. Explain to the persons authorized to receive the reimbursement that in case of non-performing obligations considered by the present Article, the Insurer shall have a right for not issuing the Insurance Reimbursement.
- 11.1.5. Pay the insurance premium in amount and rule defined by the agreement/policy.
- 11.1.6. Grant the Insurer right to request/verify personal data of the Policyholder/Insured at the National Agency of Public Registry of the Ministry of Justice of Georgia, Data Exchange Agency, Public Service Development Agency, and all other administrative authority and persons of private law.
- 11.2. Policyholder/Insurer is entitled to:
- 11.2.1. Receive Insurance Reimbursement in the cases defined by the insurance policy issued by and based on the present Agreement in the amount and rule defined by the agreement/policy in case of occurrence the insurance incident after fulfilling all the obligations defined by the present Agreement and Insurer requirements.
- 11.2.2. Request the Insurer at any time to halt using personal data for the purposes of direct marketing by sending an online or written notification. The written notification shall be sent to the legal address of the Insurer, and online notification to the following address: info@gpih.ge
- 11.3. The Insurer shall:
- 11.3.1. Take decision regarding provision of reimbursement or refuse it within 10 working days after occurrence of an insured event and fulfilling all the instructions of the Insurer by the authorized party.
- 11.3.2. Provide reimbursement after occurrence of an insured event, taking a decision, determining amount of insurance reimbursement, submitting all the necessary documents by the Beneficiary.
- 11.4. The Insurer is entitled to:
- 11.4.1. Suspend validity of the agreement and do not reimburse insurance incidents after 14 calendar days from breaching of insurance premium payment schedule defined by the policy, without any notification, until full performance of financial liability by the Insured. The validity of the insurance agreement/policy shall be continued only after payment of the premium by the Insured, at 24:00 on the liability payment day. After covering the liability, the Insurer shall not review incidents occurred during the liability period as the insurance incident and insurance incident occurred during this period shall not be the subject to reimbursement. After 45 days from breaching payment schedule, the Insurance Agreement shall be automatically terminated and is not valid for renewal.
- 11.4.2. Not Insurance Reimbursement in case of falsification of documents required for determination of the insured event and/or receiving reimbursement, and also, revealing fact of submission the falsified information. And if the reimbursement is already issued, the beneficiary shall be obliged to return reimbursement to the Insurer unconditionally. Also, Insurance of such persons is subject to termination by the Insurer.
- 11.4.3. After occurrence of the insured event, request all notices from the beneficiary, which is necessary for determination of the volume of the insurance incident.
- 11.4.4. Request refund of the issued reimbursement amount, if it is found out that damage was not caused by the insurance incident.
- 11.4.5. In case of renewal of the long-term insurance agreement, suspend insurance based on the written notification received 1 (one) month prior from the

- 11.4.2. არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ფაქტის და/ან ანაზღაურების მიღებისათვის აუცილებელი დოკუმენტების გაყალბების, ასევე, ყალბი ინფორმაციის წარმოდგენის ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში. ხოლო თუ ანაზღაურება უკვე გაცემულია, მოსარგებლე ვალდებულია უპირობოდ დაუბრუნოს იგი მზღვეველს. ამასთან ყოველი ასეთი პირის დაზღვევა მზღვეველის მხრიდან ექვემდებარება გაუქმებას.
- 11.4.3. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ მოსახოვოს მოსარგებლეს ყოველგვარი ცნობა, რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის მოცულობის დასადგენად.
- 11.4.4. მოითხოვოს გაცემული ანაზღაურების დაბრუნება, თუ აღმოჩნდა, რომ ზარალის დადგომა არ იყო გამოწვეული სადაზღვევო შემთხვევით.
- 11.4.5. მრავალწლიანი დაზღვევის ხელშეკრულების განახლებისას შეწყვიტოს დაზღვევა დამზღვევის 1 (ერთი) თვით ადრე წერილობითი ინფორმირების საფუძველზე და სრულად დაუბრუნოს დამზღვევს იმ მომენტისთვის გამოუმუშავებელი პრემია-ასეთის არსებობის შემთხვევაში, თუ მხარეები თანახმა არიან არსებულზე.
- 11.4.6. სადაზღვევო ანაზღაურებიდან გამოქვითოს მიმდინარე წლის გამოუმუშავებელი პრემია.
- 11.4.7. მოითხოვოს/გადაამონმოს დაზღვეულის პერსონალური მონაცემები საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს საჯარო რეესტრის ეროვნულ სააგენტოში, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს სამოქალაქო რეესტრის სააგენტოში, მონაცემთა გაცვლის სააგენტოში, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში და ყველა სხვა ადმინისტრაციულ ორგანოში და კერძო სამართლის პირთან.

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

- 11.4.6. Deduct the unearned premium of the current year from the Insurance Reimbursement.
- 11.4.7. Request/verify personal data of the Policyholder/Insured at the National Agency of Public Registry of the Ministry of Justice of Georgia, Data Exchange Agency, Public Service Development Agency, and all other administrative authority and persons of private law.

12. გამონაკლისები:

- 12.1. სადაზღვევო თანხა არ გაიცემა იმ შემთხვევაში, როცა დაზღვეულს დაზღვევამდე დიაგნოსტირებული აქვს ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება.
- 12.2. სადაზღვევო თანხა არ იქნება გადახდილი თუ მისი გადახდის მოთხოვნა გამომდინარეობს ქვემოთ მოცემული რომელიმე დაავადებიდან, რომელიც გამოკვლეული ან დიაგნოსტირებული იქნება დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმების თარიღამდე ან მოცდის პერიოდში:
- სიმსივნე, კიბო, ლეიკემია, ლიმფომა, კანის პათოლოგიური ცვლილება ან ხალეების ნებისმიერი ფორმა, რომელსაც ახლავს სისხლდენა, ტკივილი, ფერის შეცვლა ან ზომის მომატება.
 - მსხვილი ნაწილავის პოლიპოზი, ნაწილავის ანთება (კრონის დაავადება ან წყლოვანი კოლოტი), თირკმლის პოლიკისტოზი, სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადებები, აზბესტოზი, B, C, D, E ფორმის ჰეპატიტი, ანდიქლის ციროზის რომელიმე ფორმა.
- 12.3. მზღვეველი არ იქნება ვალდებული გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა, თუ ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირების საჭირო ღონისძიებები დაწყებულია მოცდის პერიოდის განმავლობაში.
- 12.4. სადაზღვევო შემთხვევად არ ჩაითვლება ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირება, რომელიც წარმოადგენს დაზღვევამდე ან მოცდის პერიოდში დიაგნოსტირებული დაავადების პირდაპირ გართულებას ან მის მალიგნიზაციას.
- 12.5. მზღვეველი არ იქნება ვალდებული გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა, არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტირებისას. წინამდებარე პირობების თანახმად შემდეგი არ ჩაითვლება ინვაზიურ ავთვისებიანი სიმსივნურ დაავადებად:

12. EXCLUSIONS

- 12.1. The Insurance Reimbursement shall not be issued in case when the Insured was diagnosed with the malignant tumour before the insurance.
- 12.2. The Sum Insured shall not be paid if it is requested for the below listed diseases, which are examined or diagnosed before the Insurance Agreement conclusion:
- Tumour, cancer, leukaemia, lymphoma, skin pathological changes or any form of moles, followed by bleeding, pain, change of colour or increase of size;
 - Large bowel polyposis, inflammatory bowel (Crohn's disease or ulcerative colitis), polycystic kidney, benign breast diseases, asbestosis, B, C, D, E Hepatitis or any form of liver cirrhosis;
- 12.3. The Insurer shall not pay the insurance amount, if the examinations required for diagnosis of the malignant tumour disease has been started during the waiting period;
- 12.4. Malignant tumor diagnosis, which is direct complication or malignization of the diagnosis made prior to getting insured or during waiting period shall not be deemed an insurance event.

- არაინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება, პრენინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება, დისპლაზია და ყველა კიბოსწინარე მდგომარეობები;
 - პროსტატის კიბო, თუ მას არა აქვს მიღწეული TNM კლასიფიკაციის T2N0M0 სტადია;
 - კანის ნებისმიერი პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება (C44 კოდი ICD- 10-ის მიხედვით-კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეები), გარდა ავთვისებიანი მელანომისა, რომელიც სცილდება ეპიდერმისს (IA-ზე მაღალი სტადია);
 - ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კიბო, რომელიც ლოკალიზებულია ერთ ორგანოში;
 - ნებისმიერი სიმსივნე და ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადება აივ ინფექციის არსებობისას.
- 12.6. სადაზღვევო თანხა არ გაიცემა:
- სადაზღვევო თანხის ამონურვის შემდეგ.
 - როცა დაზღვეული უარს აცხადებს იმ ექიმისა და მედიკოსთა გუნდის კონფიდენციალურობის ვალდებულებიდან გათავისუფლებაზე, რომლებმაც დასვეს დიაგნოზი, რაც ხელს უშლის მზღვეველს აუცილებელი ინფორმაციის შეგროვებაში;
- 12.7. მზღვეველის ნებისმიერი ვალდებულება გამორიცხება დაზღვეულის და/ან დამზღვევის მხრიდან არასწორი ინფორმაციის მიწოდების, თაღლითობის ან არაკეთილსინდისიერი ქმედების განხორციელების შემთხვევაში.
- 12.8. მზღვეველი აღარ იქნება ვალდებული გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა ახალი პოლისით და/ან პოლისის დანართით წინა პოლისის ამონურვის შემდეგ, თუ გადახდა უკვე განხორციელებული იყო წინა პოლისით და/ან პოლისის დანართით.
- 12.9. სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცემა დაზღვეულის/ანაზღაურებაზე უფლებამოსილი პირის მიერ ხელშეკრულებით/პოლისით განსაზღვრული ნებისმიერი ვალდებულების დარღვევისას.

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

- Non-invasive malignant tumour disease, pre-invasive malignant tumour disease, dysplasia and all pre-cancer conditions;
- Prostate cancer, if it does not reach T2NOMO stage of the TNM classification;
- Any form of skin primary malignant tumour diseases (C44 Code according to the ICD-10 – malignant skin cancers), except for malignant melanoma, which exceeds epidermis (stage higher than IA);
- Papillary thyroid cancer localized in one organ;
- Any tumour and malignant tumour disease during HIV infection.

12.6. The Sum Insured shall not be provided:

- After depletion of insurance amount;
- When the Insured refuse release from confidentiality on the doctor or group of medics, who made a diagnosis, which prevents the Insurer from gathering necessary information;

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

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

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

13. ქმედება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას:

- 13.1. დაზღვეული სადაზღვევო პერიოდში დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების შემთხვევაში, დიაგნოსტირებიდან რაც შეიძლება მოკლე ვადაში (გამომდინარე მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან) მზღვეველის სერვის ცენტრში წარადგენს ანაზღაურების მოთხოვნის განაცხადს, დაზღვევის პოლისს და დიაგნოზის დამადასტურებელ დოკუმენტაციას (მათ შორის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევების პასუხები, სამედიცინო ისტორია, სამედიცინო ფორმა #100).
- 13.2. ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების საბოლოო დიაგნოზი, დადასტურებული მკურნალი ექიმი-სპეციალისტის მიერ, უნდა შეესაბამებოდეს დაავადების განსაზღვრებას, რომელიც მოცემულია წინამდებარე ხელშეკრულებაში.
- 13.3. დაზღვეული წარადგენს სრულ სამედიცინო ჩანაწერებს, საიდანაც მზღვეველის ვალდებულება დადგინდება მტკიცებულებებით, რადიოლოგიური, ჰისტოპათოლოგიური, ლაბორატორიული, კლინიკური და სხვა შედეგების ჩათვლით.
- 13.4. წინამდებარე ხელშეკრულებით დადგენილი უფლებები არ გადაეცემა მესამე პირს. მხოლოდ დაზღვეულს შეუძლია სადაზღვევო თანხის ან არის რომელიმე ნაწილის მიღება. თუ დაზღვეული არ არის ქმედუნარიანი, თანხა გადაეცემა მის კანონიერ წარმომადგენელს/მეურვეს. თუ სადაზღვევო შემთხვევა მოხდა დაზღვევის პერიოდში და გაცხადებული იქნა ვიდრე დაზღვეული იყო ცოცხალი, მაგრამ მოთხოვნა არ იქნა დაკმაყოფილებული მის გარდაცვალებამდე, მაშინ სადაზღვევო თანხა ან მისი რამე ნაწილი, რომელიც უნდა მიეღო დაზღვეულს წინამდებარე პირობების თანახმად, გადახდილი იქნება პოლისში დადგენილი მოსარგებლისთვის ან

13. ACTION TO TAKE DURING OCCURRENCE OF INSURED EVENT

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

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

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

- გარდაცვლილის მემკვიდრეებისათვის კანონმდებლობით დადგენილი წესით.
- 13.5. მეორე აზრის მოძიება - მოსახურების მისაღებად: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სერვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია "მედიგაიდის" წარმომადგენელს საქართველოში -კლინიკა კურაციოს, სპეციალურ ნომერზე: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საჭიროების შესახებ. კლინიკა კურაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახლესი 1 სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, კურაციოს ექიმი მედიგაიდის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად ირჩევს მომსახურების გამწვევ 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

14. დავების გადაწყვეტა:

- 14.1. მხარეებმა ყველა ღონე უნდა იხმარონ, რათა შეთანხმებით მოაგვარონ ყველა უთანხმოება და დავა, წარმოქმნილი მათ შორის ხელშეკრულების ან მასთან დაკავშირებული სხვა საკითხების მიმართ.
- 14.2. თუ მხარეები ვერ შეძლებენ სადავო საკითხების შეთანხმებით მოგვარებას, ნებისმიერ მხარეს დავის გადაწყვეტის მიზნით შეუძლია დადგენილი წესის მიხედვით მიმართოს სასამართლოს.
- 14.3. გამომდინარე იქედან, რომ მხარეთა მიერ ხელშეკრულების შესრულების ადგილად მიჩნეულია მზღვეულის ადგილსამყოფელი, დავის განხილვა მოხდება მისი ადგილსამყოფელის მიხედვით არსებულ საერთო სასამართლოში.

15. ფორს-მაჟორე:

- 15.1. წინამდებარე ხელშეკრულების საფუძველზე არც ერთი მხარე არ აგებს პასუხს მეორე მხარის წინაშე და თავისუფლდება პასუხისმგებლობისაგან საკუთარი ვალდებულებების შეუსრულებლობის ან არასათანადოდ შესრულების გამო, თუ ამის მიზეზი გახდა საგანგებო ხასიათის მქონე გადაუალბავი ძალა, რომლის წარმოშობაზე ხელშეკრულების მონაწილე მხარეები პასუხს არ აგებენ და რომლის არსებობის ან წარმოშობის შესახებ წინამდებარე ხელშეკრულების დადების მომენტში არ შეეძლოთ სცოდნოდათ.
- 15.2. ფორს-მაჟორული მოვლენა დადასტურებული უნდა იქნეს კომპეტენტური ორგანოს მიერ.
- 15.3. ფორს-მაჟორული გარემოებების წარმოშობის შესახებ მხარემ დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოს მეორე მხარეს.
- 15.4. ფორს-მაჟორული გარემოებების შეწყვეტისთანავე მხარეები დაუყოვნებლივ აგრძელებენ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას.

16. დამატებითი პირობები:

- 16.1. დამზღვევი წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელისმონერით ადასტურებს, რომ ხელშეკრულება არ შეიცავს ბუნდოვან ან უჩვეულო დებულებებს და რომ იგი სრულად გაეცნო და ეთანხმება პირობებს. დამზღვევი ხელშეკრულებაზე ხელმონერით აგრეთვე ადასტურებს, რომ ყველა დანართსა და ცვლილებას გააჩნია მისთვის სავალდებულო ძალა.
- 16.2. დამზღვევი წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელისმონერით ადასტურებს, რომ თანახმაა ან/და დაზღვეულისგან მოპოვებული აქვს შესაბამისი თანხმობა, რომ დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონული მონაცემები დამუშავდეს მზღვეველის მიერ პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის და ასევე, დაზღვეულის მიერ სხვადასხვა სამედიცინო დანახვებულში დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მომსახურებასთან

- 13.4. The rights defined by the present Agreement shall not be transferred to the third parties. Only the Insured may receive the insurance amount or its part. If in the Insured is not capable, the amount shall be transferred to its legal representative/trustee. If the insurance incident occurred during the insurance period and was announced when the Insured was alive, but the request was not satisfied until his/her death, then the insurance amount or its part, which should have been taken by the Insured according to the present conditions, shall be paid to the beneficiary defined by the policy or to an inheritor of the deceased according to the rule defined by the applicable legislation.
- 13.5. Seeking the second opinion – to receive the service: the Insured shall call the representative of international service provider organization Mediguide – Clinic Curatio on a specific number: 032 2 431010, where the Insured notifies them of being in need of service. Clinic Curatio shall contact the Insured within 1 working day. After collecting necessary medical information, a doctor of Curation through the help of Mediguide shall find world's three leading clinic, and the Insured shall select desired one. Medical documentation regarding the service shall be provided to the clinic in Georgian or English language. Clinic Curatio shall ensure provision of service under conditions of seeking second opinion within 15 days of notifying them.

14. DISPUTE SETTLEMENT

- 14.1. Any disagreement or dispute between the Parties related to the issues arising from the agreement or related topics, shall be settled in an amicable way.
- 14.2. In case the parties fail to agree on the issues, any party has a right to refer to the Court for dispute settlement according to the defined rule.
- 14.3. As the parties consider location of the Insurer as the place for the Agreement execution, a dispute shall be resolved in the General Court according to its location.

15. FORCE-MAJEURE

- 15.1. Based on the present Agreement, none of the Parties are liable towards the other party and are released from the responsibility for execution or improper execution of its obligations, if it was caused by an insuperable force of emergency character for arising of which the Parties of the Agreement are not responsible for and they could not know of its existence or arising at upon signing of the present Agreement.
- 15.2. The force-majeure circumstance shall be confirmed by a competent authority.
- 15.3. The party shall immediately inform the other Party about arising of the force-majeure circumstances.
- 15.4. Upon termination of force-majeure circumstances, the Parties shall immediately continue fulfilment of the undertaken obligations.

- დაკავშირებული, განსაკუთრებული მონაცემების შემცველი შეტყობინებების დაგზავნის მიზნით.
- 16.3. დამზღვევი წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელისმონერით ადასტურებს, რომ თანახმაა ან/და დაზღვეულისგან მოპოვებული აქვს შესაბამისი თანხმობა, რომ დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონალური მონაცემების გადაცემა მასთან აფილირებული/დაკავშირებული კომპანიებისთვის პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისთვის.
- 16.4. სანქციების პირობა - მზღვეველი არ მოახდენს სადაზღვევო ანაზღაურებას ან რაიმე მომსახურების განვას დამზღვევისათვის ან მესამე პირისათვის თუ ამგვარი ანაზღაურება/მომსახურება, ან დამზღვევის საქმიანობა არღვევს საერთაშორისო ან ადგილობრივი სავაჭრო თუ სხვა ეკონომიკური სანქციების მოთხოვნებს. სანქციების რიცხვს მიეკუთვნება: ადგილობრივი, ევროკავშირის, გაერთიანებული ერების, აშშ-ის და გაერთიანებული სამეფოს; ან ნებისმერი სხვა სანქცია რომელიც შეეხება დამზღვევის/მოსარგებლეს/დაზღვეულს, იმ პირობით რომ ამით არ ირღვევა მზღვეველის ეროვნული კანონმდებლობა.
- 16.5. მზღვეველი უფლებამოსილია უარი თქვას სადაზღვევო მომსახურების განხორციელებაზე ან შეწყვიტოს ამგვარი ურთიერთობა, თუ დაზღვეული/დამზღვევი/ბენეფიციარი უარს აცხადებს მზღვეველისთვის „საგადასახადო საკითხებში ადმინისტრაციული ურთიერთდახმარების შესახებ“ 1988 წლის 25 იანვრის კონვენციის ფარგლებში „ფინანსური ანგარიშების შესახებ ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ“ კომპეტენტური უწყებების მრავალმხრივი შეთანხმებით (CRS MCAA) ან საქართველოსა და შესაბამის იურისდიქციას შორის ფინანსური ანგარიშების თაობაზე ინფორმაციის ავტომატური გაცვლის შესახებ შესაბამისი შეთანხმებით დადგენილი მოთხოვნებიდან გამომდინარე ინფორმაციის მიწოდებაზე.
- 16.6. ხელშეკრულების თანახმად, სახელშეკრულებო პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და ამ ხელშეკრულებასთან დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია მესამე პირს (პირებს) გადაეცემა(თ) მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წინასწარი წერილობითი თანხმობის შემთხვევებში.
- 16.7. ხელშეკრულებაში ცვლილებების და დამატებების შეტანა ხდება წერილობით, ორივე მხარის ხელმოწერით და ძალაშია ხელმოწერის შემდგომ.
- 16.8. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში, რასაც არ ითვალისწინებს წინამდებარე ხელშეკრულება, მხარეები ხელძღვანელობენ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით.
- 16.9. წინამდებარე ხელშეკრულების თანახმად, სახელშეკრულებო პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და ამ ხელშეკრულებასთან დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია მესამე პირს (პირებს) გადაეცემა(თ) მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წინასწარი წერილობითი თანხმობის შემთხვევებში.
- 16.10. მზღვეველის მიერ ოფიციალური შეტყობინება დამზღვევს შეიძლება გაეგზავნოს მის მიერ მითითებულ მობილურის ტელეფონის ნომერზე მოკლე ტექსტური შეტყობინების (SMS) სახით.
- 16.11. დამზღვევი პასუხს აცხადებს ხელშეკრულებაში მითითებული მისამართის და ყველა სხვა საიდენტიფიკაციო მონაცემის სისწორეზე, ასევე ვალდებულია ხელშეკრულებაში მითითებული მონაცემების (მისამართი, ტელეფონის ნომერი და ა.შ.) ცვლილებების შესახებ აცნობოს მეორე მხარეს.
- 16.12. დამზღვევის მიერ ხელშეკრულებაში მითითებულ მისამართზე მიწოდებული (გაგზავნილი) ნებისმიერი სახის წერილობითი შეტყობინება ორჯერ ან (ვერ) ჩაბარების შემთხვევაში ჩაითვლება ჩაბარებულად.

16. ADDITIONAL PROVISIONS:

- 16.1. By signing the present Agreement, the Policyholder confirms that the Agreement does not include vague or unusual provisions and that she/he is fully acknowledges and agrees with the Agreement conditions. By signing the Agreement, the Policyholder also acknowledges obligatory character of all the annexes and amendments.
- 16.2. By signing the Agreement, the Policyholder confirms that they agree and/or the Insured has given them corresponding consent to process the personal information of the Policyholder/Insured for the purposes of direct marketing and to send out messages to medical establishments containing special data related to the insurance agreement.
- 16.3. By signing the Agreement, the Policyholder confirms that they agree and/or the Insured has given them corresponding consent regarding processing personal data of the Policyholder/Insured for the purposes of direct marketing of affiliated/associated companies.
- 16.4. Sanctions – the Insurer shall not provide insurance reimbursement or service to the Policyholder or third party in case, such reimbursement/service or insurance activity violates requirements of international or local trade or other economic sanctions. The sanctions include: local, EU, UN, USA, UK or any other sanctions concerning Policyholder/Insured/Beneficiary on conditions that this does not violate national legislations of the Insurer.
- 16.5. The Insurer is entitled to refuse provision of insurance service or suspend such relationship in case the Policyholder/Insured/Beneficiary refuses to provide information to the Insurer under the requirements of January 25, 1988 Convention on Mutual Administrative Assistance in Tax Matters, Multilateral Competent Authority Agreement (CRS MCAA) of Automatic Exchange of Financial Account Information or agreement between Georgia and relevant jurisdiction on Automatic Exchange of Financial Account Information.
- 16.6. In line with the Agreement, the Agreement Wording has confidential character and any information related to it shall be transferred to third party(ies) in accordance with the procedure of the enacted legislation, moreover, in case of preliminary written agreement between the parties.
- 16.7. Any amendment or addition to the Agreement shall be made in written, with the signatures from both Parties and shall be valid after its signing.
- 16.8. In the cases not considered by the present Agreement, the Parties follow the applicable legislation of Georgia.
- 16.9. In line with the Agreement, the Agreement Wording has confidential character and any information related to it shall be transferred to third party(ies) in accordance with the procedure of the enacted legislation, moreover, in case of preliminary written agreement between the parties.
- 16.10. Official notification from the Insurer shall be sent to the mobile telephone number indicated by the Policyholder through the short message service (SMS).
- 16.11. Policyholder shall be responsible for accuracy of address and any other identification data given in the Agreement, also, she/he shall be responsible for notifying the other Party about changes of the indicated date (address, telephone number, etc.).
- 16.12. Any written notification delivered (sent) to the address indicated by the Policyholder shall be deemed delivered in case of non-acceptance in twice times.

MSO - ნავიგატორის დამატებით შიქნისას:

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

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

- სამედიცინო მდგომარეობის შესაბამისი მკურნალობის რეკომენდაციას (გართულებული შემთხვევების გარეშე, რომელსაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ძირითადი მკურნალობის მიმდინარეობის დროს) და ხარჯების ანგარიშგაქტურის მიწოდებისას.
- მოთხოვნის შემთხვევაში მოგზაურობის და განთავსების ხარჯების დაანგარიშებას
- სამკურნალო დაწესებულებაში სერვისის ადგილზე მიღების ორგანიზაციას
- სამედიცინო პროვაიდერსა და MSO-ს შორის შემთხვევის რეგულირებას
- შემთხვევის ხარჯთაღმკვეთ მართვას
- დანიშნული მედიკამენტების სააფთიაქო ქსელებში მოძიებას
- ტრანსპორტირების, სასტუმრო ხარჯების და სამედიცინო მეთვალყურეობის კოორდინაციის ორგანიზებას
- სხვა დამატებით მოთხოვნებს, რომელიც შეთანხმდება დაზღვეულსა და მედიკაიდის 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.
- საშიროა, დაზღვეულის ფიზიკური გამოკვლევა: სადაზღვევო შემთხვევიდან გამომდინარე, ზოგიერთი მდგომარეობა საჭიროებს პაციენტის ფიზიკურ გამოკვლევას, რომლის გარეშეც შეუძლებელია შემთხვევის განხილვა (მაგ. ფსიქიური დაავადებები).
- მომსახურების ფარგლებში, სამედიცინო პროვაიდერთან ურთიერთობისას გათვალისწინებულია ქართლიდან შესაბამის ენაზე და პირიქით თარგმნის ხარჯებიც. პაციენტის საქართველოში ყოფნის დროს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული დოკუმენტაციის ქართულ ან ინგლისურ ენაზე კურაციოს ექიმისთვის მიწოდებას უზრუნველყოფს დაზღვეული. შესაბამის ენაზე დოკუმენტაციის თარგმნას უზრუნველყოფს მედიკაიდი.

MSO – WHEN PURCHASING NAVIGATOR

Service includes:

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

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

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

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

AN EVENT IS DEEMED EXCEPTION IN CASE:

- The initial, formal diagnosis has not been made: insurance service may be used, in case, the diagnosis has been made by a specialist of the relevant field and recommendations appropriate for such diagnosis has been given.
- The insured has not been examined by a physician: the event is subject to review, when the medical documentation of the Insured reflects the most recent data. Only in such case, the treatment recommendations shall be provided.
- The Insured needs to be examined physically: due to the insured event, some cases need to be physically examined, without which the event cannot be reviewed (e.g. mental diseases).
- Within the service, and in relations with the medical provider, costs of translation from Georgian to the necessary language and vice versa have been included. The Insured shall provide medical documents related to the medical service to a physician of Curatio in Georgian Language. Mediguide shall provide translation of the documents into English language.

მოსახურების მისაღებად: დაზღვეული სამუშაო საათებში უკავშირდება სერვისის მომწოდებელი საერთაშორისო ორგანიზაცია "მედიგაიდის" წარმომადგენელს საქართველოში - კლინიკა კურაციოს, სპეციალურ ნომერზე: 032 2 431010, სადაც აკეთებს განაცხადს მომსახურების საჭიროების შესახებ. კლინიკა კურაციო დაზღვეულს დაუკავშირდება უახლესი 1 სამუშაო დღის ვადაში. საჭირო სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, კურაციოს ექიმი მედიგაიდის დახმარებით უზრუნველყოფს მსოფლიო წამყვანი სამი კლინიკის მოძიებას, საიდანაც დაზღვეული თავად ირჩევს მომსახურების გამწვევ 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.

მომსახურების წლიური პრემია: 48 ლარი
არასრულწლოვანი შვილის დაზღვევისას 96 ლარი

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

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

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

დანართი # 1

დაზღვევის ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განაცხადი

წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით, ვადასტურებ, რომ, მე

სახელი, გვარი, პირადი ნომერი _____

მსურს ვისარგებლო „მზღვეველის მიერ სადაზღვევო მომსახურების განწვევისას მომხმარებელთა უფლებების დაცვის შესახებ ინსტრუქციის შესახებ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის უფროსის 2017 წლის 3 აპრილის N18 ბრძანებით დამტკიცებულ „მზღვეველის მიერ სადაზღვევო მომსახურების განწვევისას მომხმარებელთა უფლებების დაცვის შესახებ ინსტრუქციის“ მუხლი 4-ის 1-ლი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული ხელშეკრულებაზე უარის თქმის უფლებით და გთხოვთ, დაუყოვნებლივ გააუქმოთ დაზღვევის ხელშეკრულება _____ და მის ფარგლებში გაცემული პოლისი _____.

ნომერი

ნომერი

ხელმოწერა _____

თარიღი _____

ANNEX #1

Application to Reject Agreement

By signing the application, I hereby confirm that I

Name, Surname Personal Number

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

Number

number

Signature _____

Date _____