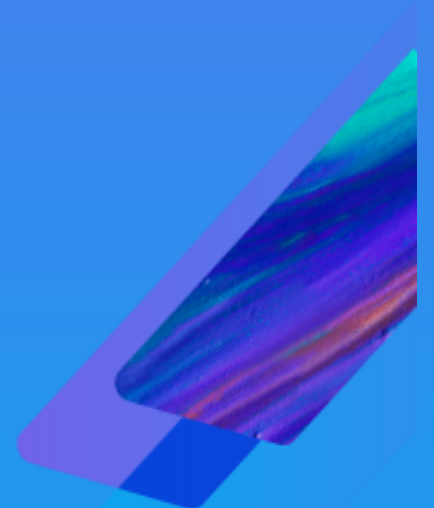




კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის პირობები

#TBCCI/02/19-a



კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის პირობები # TBCCI/02/19-a

ტერმინთა განმარტება

მზღვეველი - სს „თიბისი დაზღვევა“

დამზღვევი - ფიზიკური პირი, რომელმაც წინამდებარე პირობების საფუძველზე გააფორმა დაზღვევის ხელშეკრულება მზღვეველთან.

დაზღვეული - 65 წლამდე ასაკის ფიზიკური პირი და მისი 1 წლიდან 18 წლამდე ასაკის შვილი/შვილები, რომლებიც მითითებულნი არიან სადაზღვევო პოლისში. მშობლის გარეშე 18 წლამდე შვილების დაზღვევა დაუშვებელია.

მოსარგებლე - პირი, რომელიც უფლებამოსილია სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება და/ან პოლისით გათვალისწინებული მომსახურებები. წინამდებარე ხელშეკრულების მიზნებისთვის, მოსარგებლე განსაზღვრულია სადაზღვევო პოლისში. პირველი რიგის მოსარგებლეს წარმოადგენს დაზღვეული, ხოლო მისი გარდაცვალების შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება გაიცემა პოლისში მითითებულ მეორე რიგის მოსარგებლეზე. იმ შემთხვევაში, თუ პოლისში მეორე რიგის მოსარგებლე მითითებული არ არის, დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში ანაზღაურება გაიცემა მის კანონით მემკვიდრეზე/მემკვიდრეებზე.

სადაზღვევო პოლისი - მზღვეველსა და დამზღვევს შორის სადაზღვევო ხელშეკრულების დადების ფაქტის დამადასტურებელი და ამ ხელშეკრულების პირობების ამსახველი დოკუმენტი.

სადაზღვევო პრემია - დაზღვევის საფასური, რომელიც დამზღვევმა უნდა გადაუხადოს მზღვეველს სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული წესითა და ოდენობით.

სადაზღვევო თანხა/ლიმიტი - თანხის მაქსიმალური ოდენობა, რომლის ფარგლებშიც მზღვეველი ვალდებულია სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევისას, გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება პოლისით განსაზღვრულ მოსარგებლეზე. სადაზღვევო თანხის ოდენობა მითითებულია სადაზღვევო პოლისში.

სადაზღვევო ანაზღაურება - სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, მზღვეველის მიერ მოსარგებლისთვის შესაბამისი სადაზღვევო თანხის/ლიმიტის/ქველიმიტის ფარგლებში გასაცემი თანხა.

სადაზღვევო შამთხვევა - წინამდებარე სადაზღვევო ხელშეკრულებით განსაზღვრული, სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დამდგარი შემთხვევა, რომლის შედეგადაც წარმოიშვება მზღვეველის ვალდებულება გადაუხადოს მოსარგებლეს სადაზღვევო ანაზღაურება.

სადაზღვევო დაფარვა - სადაზღვევო პოლისში მითითებული შემთხვევათა ჩამონათვალი, რომელიც მიეკუთვნება სადაზღვევო შემთხვევას.

დაზღვევის ტერიტორია კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის დაფარვის მიმართებაში - მთელი მსოფლიო

სადაზღვევო პერიოდი - დროის შუალედი, რომლის განმავლობაშიც დაზღვევა ძალაშია.

პოლისის უწყვეტად განახლება - არსებული პოლისით განსაზღვრული სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვისას, ახალი პოლისის გაფორმება, რომლის სადაზღვევო პერიოდიც იწყება წინა პოლისის მოქმედების ბოლო დღის 24:00 საათზე.

მკურნალი ექიმი - შესაბამისი სამედიცინო პროფილის და საექიმო საქმიანობის უფლების სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე ექიმი, რომელიც მონაწილეობდა კრიტიკული დაავადების დიაგნოზის დასმაში და დაზღვეულის მკურნალობაში. თვით დაზღვეული არ შეიძლება ჩაითვალოს მკურნალ ექიმად.

დიაგნოზი - მკურნალი ექიმის მიერ დადგენილი სახელმწიფო სტანდარტების დაცვით დოკუმენტურად დაფიქსირებული დასკვნა, რომელშიც მითითებულია კრიტიკული დაავადების ზუსტი სახელწოდება, საერთაშორისო კოდი (ICD-10), ფორმა და სტადია.

სამედიცინო ჩანაწერები - დოკუმენტაცია დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, შედგენილი მკურნალი ექიმის და/ან ჯანდაცვის/სამედიცინო დაწესებულების სხვა წარმომადგენლის მიერ სახელმწიფო სტანდარტების დაცვით. დოკუმენტაცია უნდა მოიცავდეს საბოლოო დიაგნოზს/დიაგნოზებს, ფიზიკალური, ლაბორატორული, ინსტრუმენტული და სხვა კვლევების შედეგებსა და დასკვნებს და სამკურნალო რეკომენდაციებს.

დაზღვევამდე არსებული დაავადება - სადაზღვევო ხელშეკრულების გაფორმებამდე დიაგნოსტირებული, წინამდებარე დაზღვევით დაფარული კრიტიკული დაავადება ან/და

მასთან დაკავშირებული დაწყებული/ჩატარებული გამოკვლევები. დაზღვევამდე არსებული დაავადების შემთხვევაში, მზღვეველი თავისუფლდება ანაზღაურების გაცემის ვალდებულებისგან.

1. დაზღვევის საგანი და სადაზღვევო დაფარვაები

1.1. წინამდებარე დაზღვევა ითვალისწინებს:

- სადაზღვევო პერიოდში, მოცდის პერიოდის გასვლის შემდეგ პოლისით გათვალისწინებული პრე-ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, მოსარგებლეს პოლისში მითითებული სადაზღვევო თანხის 10%-ის გაცემას, ხოლო სხვა დანარჩენი კრიტიკული დაავადების მიმართებაში, მოცდის პერიოდის გასვლის შემდეგ, პოლისით გათვალისწინებული დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, მოსარგებლეს პოლისში მითითებული სადაზღვევო თანხის 100%-ის გაცემას, იმ პირობით, რომ დაზღვეული არ გარდაიცვლება გადარჩენის პერიოდში. გადარჩენის პერიოდი მოქმედებს მხოლოდ მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის და აორტო-კორონარული შუნტირების მიმართებაში;
- სადაზღვევო მომსახურების ორგანიზებას დანართი #1-ის მიხედვით

2. სადაზღვევო ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო დაფარვების განმარტებები

2.1. ავთვისებიანი ინვაზიური სიმსივნე (კიბო), კლინიკური სტადიები II, III, IV - ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დიაგნოსტიკებული ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება უკონტროლო ზრდით და შეღწევით ჯანმრთელ ქსოვილებში. კიბო ასევე მოიცავს ავთვისებიან ლიმფომასა და ავთვისებიან ძვლის ტვინის პათოლოგიებს, ლეიკემიის ჩათვლით. სადაზღვევო პერიოდში, 90-დღიანი მოცდის პერიოდის ამოწურვის შემდეგ, ასეთი დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში, მოსარგებლეს გადაეცემა სადაზღვევო თანხის 100%.

2.1.1. ავთვისებიანი ინვაზიური სიმსივნის გამონაკლისებს წარმოადგენს:

- კარცინომა in situ, კიბო in situ, არაინვაზიური კიბო (კლინიკური სტადია 0), პრე-ავთვისებიანი მდგომარეობები და დისპლაზია
- წინამდებარე ჭირკვლის კიბოს T2bN0M0-ზე ადრინდელი სტადიები (კლინიკური სტადიები 0 და I)

- ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული და ფოლიკულური კიბოს T2N0M0-ზე ადრინდელი სტადიები (კლინიკური სტადიები 0 და I)
- კანის ბაზალურ-უჯრედოვანი და ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომები და დერმატოფიბროსარკომა პროტუბერანს
- კიბო დიაგნოსტირებული სისხლში, ნერწყვში, განავალში, შარდში ან ნებისმიერ სხვა ადამიანურ სითხეში სიმსივნური უჯრედების და/ან სიმსივნესთან დაკავშირებული მოლეკულების აღმოჩენის საფუძველზე, თუ ეს აღმოჩენა არ არის დადასტურებული სხვა ცალსახა კლინიკური მტკიცებულებებით

2.2. ავთვისებიანი სიმსივნე პრე-ინვაზიურ სტადიაზე (კარცინომა in situ, კლინიკური სტადიები 0 და I) - კარცინომატოზური უჯრედების ფოკალური, ლოკალიზებული ავტონომიური ზრდა იმ ქსოვილის ფარგლებში, რომლისგანაც მოხდა მათი განვითარება, გარშემო ჯანსაღ ქსოვილში ან სხეულის გარშემო ნაწილებში შეღწევის გარეშე. არაინვაზიური კიბო უნდა იყოს დადასტურებული ფიქსირებული ქსოვილის მიკროსკოპული (ჰისტოპათოლოგიური დასკვნით) გამოკვლევით. დაფარული არაინვაზიური კიბოს შემთხვევები შემოიფარგლება შემდეგი სიმსივნეებით:

- ყველა პირველადი პრე-ინვაზიური კიბო (კარცინომა in situ) AJCC კლასიფიკაციის მიხედვით (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification). სადაზღვევო პერიოდში, 90-დღიანი მოცდის პერიოდის ამოწურვის შემდეგ ასეთი დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში მოსარგებლეს გადაეცემა სადაზღვევო თანხის 10% და სადაზღვევო პოლისი რჩება ძალაში, სადაზღვევო პერიოდის და/ან სადაზღვევო თანხის ამოწურვამდე.

2.2.1. ავთვისებიანი სიმსივნის პრე-ინვაზიურ სტადიაზე გამონაკლისებს წარმოადგენს:

- დისპლაზია და სხვა პრე-ავთვისებიანი მდგომარეობები
- კანის კიბო, გარდა მელანომა in situ-ს (კლინიკური სტადია 0) შემთხვევებისა
- კიბო დიაგნოსტირებული სისხლში, ნერწყვში, განავალში, შარდში ან ნებისმიერ სხვა ადამიანურ სითხეში სიმსივნური უჯრედების და/ან სიმსივნესთან დაკავშირებული მოლეკულების აღმოჩენის საფუძველზე, თუ ეს აღმოჩენა არ არის დადასტურებული სხვა ცალსახა კლინიკური მტკიცებულებებით

2.3. თავის ტვინის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას ან ინვაზს მუდმივ ნევროლოგიურ დეფიციტს - ნევროლოგის ან ნეიროქირურგის მიერ დიაგნოსტირებული და შესაბამისი გამოსახულებითი კვლევების (კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მაგნიტურ რეზონანსული კვლევა) შედეგებით დადასტურებული თავის ტვინის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც

მოიცავს თავის ტვინის, მენინგიალური გარსების ან კრანიალური ნერვების ინტრაკრანიალურ სიმსივნეებს, რომლებიც აზიანებენ თავის ტვინს. სიმსივნე უნდა მოითხოვდეს ნეიროქირურგიულ ჩარევას, ან იმ შემთხვევაში, თუ სიმსივნე ინოპერაბელურია, უნდა იწვევდეს მუდმივ ნევროლოგიურ დეფიციტს, რომელიც გრძელდება არანაკლებ 3 თვისა. ასეთი დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში, მოსარგებლეს გადაეცემა სადაზღვევო თანხის 100%. ეპილეპტიური გულყრები მუდმივ ნევროლოგიურ დეფიციტად არ ჩაითვლება.

2.3.1. თავის ტვინის კეთილთვისებიანი სიმსივნის გამონაკლისებს წარმოადგენს:

- ცისტა
- გრანულომა
- სისხლძარღვოვანი მალფორმაცია (ანომალია)
- ჰემატომა
- აბსცესი
- ზურგის ტვინის სიმსივნე
- 10 მმ-ზე ნაკლები ზომის პიტუიტარული ჯირკვლის სიმსივნე

2.4. მიოკარდიუმის ინფარქტი - მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის საბოლოო დიაგნოზი: სისხლძარღვის ობსტრუქციით (დახურვით) გამოწვეული გულის კუნთის კვდომა, რომელიც დადასტურებულია გულის ბიომარკერების ტიპური პათოლოგიური აწევით და/ან დაწევით (ტროპონინი I, ტროპონინი T ან კრეატინ-კინაზა MB) არანაკლებ ნორმის ზედა ზღვრის 99%-ზე ერთი დონით მეტით და ამავდროულად ჩამოთვლილთაგან ერთერთი პუნქტის დაკმაყოფილების შემთხვევაში:

- მწვავე კარდიალური სიმპტომები და სტენოკარდიისთვის დამახასიათებელი ნიშნები
- ეკგ-ზე ახლად გამოხატული რომელიმე ცვლილება: ST-ს ელევაცია ან დეპრესია, T-ს ინვერსია, პათოლოგიური Q ან მარცხენა ჰისის კონის ტოტის ბლოკადა
- გამოსახვითი კვლევებით დადასტურებული გულის ჯანსაღი კუნთის ახლად აღმოცენებული კვდომა ან კედლის მოძრაობის პათოლოგია
- ანგიოგრაფიის დროს დაფიქსირებული ინტრაკორონარული თრომბი

2.4.1. სხვა მწვავე კორონარული სინდრომები, მათ შორის არასტაბილური სტენოკარდია, წარმოადგენს გამონაკლისს.

- 2.5. ამოტომ-კომონარული შუნტირება - ერთი ან მეტი შევიწროვებული ან ბლოკირებული კორონარული არტერიის გამო ღია გულზე შუნტირების ჩატარება. ასეთ შემთხვევაში, მოსარგებლეს გადაეცემა სადაზღვევო თანხის 100%.
კანის ზედაპირიდან შეჭრით კორონარული ჩარევები, როგორცაა ანგიოპლასტიკა და ნებისმიერი სხვა კათეტერების ან ლაზერის გამოყენებით ინტრა-არტერიული ჩარევები, არ იფარება.
- 2.6. ინსულტი, რომელიც იწვევს მუდმივ/შეუქცევად ნევროლოგიურ დეფიციტს - სისხლის არასათანადო მიწოდებით ან სისხლჩაქცევით გამოწვეული თავის ტვინის ქსოვილის კვდომა, რომელიც იწვევს:
- ინსულტისთვის დამახასიათებელი ახალი ნევროლოგიური სიმპტომების უეცარ გამოვლენას
 - კლინიკური გამოკვლევებით დაფიქსირებულ ახალ ობიექტურ ნევროლოგიურ დეფიციტს, რომელიც უწყვეტად გამოვლინდა ინსულტის დიაგნოსტიკიდან არანაკლებ 60 (სამოცი) დღის განმავლობაში
 - კლინიკურ დიაგნოზთან შესაბამისობაში კომპიუტერული ტომოგრაფიის ან მაგნიტურ-რეზონანსური კვლევით დაფიქსირებული ახალი ცვლილებები
- 2.6.1. ინსულტის გამონაკლისებს წარმოადგენს:
- გარდამავალი იშემიური ინსულტი
 - თავის ტვინის ან სისხლძარღვის ტრავმული დაზიანება
 - დაზღვევამდე არსებულ თავის ტვინის დაზიანებულ უბანში ხელმეორე სისხლჩაქცევა
 - წარმოსახვით კვლევებზე აღმოჩენილი თავის ტვინის პათოლოგია, რომელსაც თან არ ახლავს მასთან ცალსახად დაკავშირებული კლინიკური სიმპტომატიკა ან ნევროლოგიური ნიშნები
- 2.7. დამბლა - ზურგის ან თავის ტვინის ტრავმით ან დაავადებით გამოწვეული ორი ან მეტი კიდურის ფუნქციის სრული დაკარგვა, რომელიც ნევროლოგის მიერ შეფასდა როგორც მუდმივი. ასეთი დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში, მოსარგებლეს გადაეცემა სადაზღვევო თანხის 100%.
- 2.8. სიბრმავე - ოფთალმოლოგის დასკვნით დადასტურებული დაავადებით ან უბედური შემთხვევით გამოწვეული მხედველობის შეუქცევადი დაკარგვა ორივე თვალში, რომლის კორექცია შეუძლებელია სამედიცინო ჩარევით. ასეთი დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში, მოსარგებლეს გადაეცემა სადაზღვევო თანხის 100%.

2.9. დაზღვევამდე არსებული დაავადებების/მდგომარეობების გამონაკლისები დაზღვეული შვილების შემთხვევაში:

2.9.1. წინამდებარე პირობებით არ იფარება დაზღვევამდე არსებული დაავადებები შემდეგი კრიტერიუმების შესაბამისად:

- დაავადება/ჯანმრთელობის პრობლემა აღმოცენდა დაზღვეულის შვილის დაბადებისთანავე ან დიაგნოსტირდა 1 წლის ასაკამდე
- დაავადების/ჯანმრთელობის პრობლემის შესახებ დაზღვეულისთვის ცნობილი იყო დაზღვევის ძალაში შესვლამდე.
- ჯანმრთელობის ამ პრობლემასთან დაკავშირებით დაზღვეულ შვილს დასჭირდა ექიმის კონსულტაცია დაზღვევის ძალაში შესვლამდე
- დაზღვევის ძალაში შესვლამდე აღმოცენებული დაზღვეულის შვილის დაავადება ან ჯანმრთელობის პრობლემა, რომლის გამოც გონიერი მშობელი მიმართავდა ექიმს

3. ძირითადი პირობები და დაზღვევის პროცედურა

- 3.1. დაზღვეულის ასაკი დაზღვევის ძალაში შესვლის თარიღისთვის არ უნდა იყოს 18 წელზე ნაკლები და 61 წელზე მეტი.
- 3.2. სადაზღვევო ხელშეკრულების გაფორმებისას დაზღვეულს აქვს უფლება უფასოდ დააზღვიოს მისი 18 წლამდე ასაკის შვილი/შვილები
- 3.3. დაზღვევას არ ექვემდებარებიან პირები, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ მოვლას (დახმარებას ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო აქტივობის შესასრულებლად), მაგრამ ეს შეზღუდვა არ ვრცელდება პირებზე, რომლებიც აღმოჩნდნენ აღნიშნულ მდგომარეობაში წინამდებარე ხელშეკრულების ძალაში შესვლის შემდეგ
- 3.4. დაზღვევის ხელშეკრულების ძალაში შესვლის წინაპირობაა დაზღვეულმა ხელი მოაწეროს განაცხადს/კითხვარს, რომლითაც ის ადასტურებს განაცხადში/კითხვარში ჩამოთვლილი დაავადებების/ჯანმრთელობის პრობლემების არ არსებობას და/ან მათთან დაკავშირებული კვლევების ჩატარებას, ხელშეკრულების გაფორმდებამდე და/ან ხელშეკრულების გაფორმების პერიოდში. ამავე განაცხადზე/კითხვარზე ხელმოწერით დაზღვეული ადასტურებს, რომ არ ფლობს სხვა სადაზღვევო კომპანიის/კომპანიების ავთისებიანი სიმსივნეებისგან და/ან კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის მოქმედ პოლისს/პოლისებს. ეს განაცხადი/კითხვარი წარმოადგენს სადაზღვევო ხელშეკრულების განუყოფელ ნაწილს. პირველ კითხვაზე დადებითი პასუხის გაცემის შემთხვევაში, დასაზღვევი პირი დაზღვევას არ ექვემდებარება. მეორე, მესამე და/ან მეოთხე კითხვებზე დადებითი პასუხების

გაცემის შემთხვევაში, განაცხადი ექვემდებარება ინდივიდუალურ განხილვას, რომლის შედეგადაც მზღვეველს უფლება აქვს უარი განაცხადოს განმცხადებლის დაზღვევაზე ან დააზღვიოს იგი განსხვავებული პირობებით ან/და გაზრდილი სადაზღვევო პრემიით. დაზღვეულის მხრიდან განაცხადში ან კითხვარში არასწორი/მცდარი ინფორმაციის დაფიქსირების შემთხვევაში, წინამდებარე ხელშეკრულება ჩაითვლება ძალადაკარგულად, სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცემა, ხოლო დაზღვეულის მიერ გადახდილი პრემია უკან დაბრუნებას არ ექვემდებარება.

- 3.5. სადაზღვევო თანხას ირჩევს დაზღვეული და ის შეიძლება იყოს ლარში ან აშშ დოლარში.
- 3.6. თუ დაზღვეულის შვილი/შვილები დაზღვეულია/დაზღვეულნი არიან იდენტური პირობებით, მეორე მშობლის კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის პოლისის საფუძველზე, შვილის მიმართებაში სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, სადაზღვევო ანაზღაურების ოდენობა განისაზღვრება ორივე პოლისით გათვალისწინებული სადაზღვევო თანხების ჯამით (გარდა პრე-ინვაზიური სიმსივნის შემთხვევისა, როდესაც ანაზღაურდება სადაზღვევო თანხების ჯამის მხოლოდ 10%).
- 3.7. წინამდებარე ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით დაზღვეული/დამზღვევი აცხადებს წინასწარ თანხმობას და ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, მზღვეველმა ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულებისგან და ნებისმიერი სხვა მესამე პირისგან გამოითხოვოს დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერები და სხვა სამედიცინო ინფორმაცია, ასევე ნებისმიერი პერსონალური ინფორმაცია.

4. სადაზღვევო პრემია და მისი გადახდის წესი

- 4.1. სადაზღვევო პრემია გადაიხდება ლარში, ერთჯერადად ან მრავალჯერადად. სადაზღვევო პრემიის გადახდის პერიოდულობა, ვადები და სხვა არსებითი პირობები მითითებულია სადაზღვევო პოლისში;
- 4.2. იმ შემთხვევაში, თუ სადაზღვევო თანხა არჩეულია აშშ დოლარში, სადაზღვევო პრემია ანგარიშდება დოლარში, მაგრამ გადაიხდება ლარში, პრემიის გადახდის დღეს ეროვნული ბანკის კურსით.
- 4.3. შესაბამისი სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებული პირველი ან ერთჯერადი სადაზღვევო პრემიის დამზღვევის მიერ გადახდამდე, მზღვეველი თავისუფალია ნაკისრი ვალდებულების შესრულებისაგან;
- 4.4. მრავალჯერადი გადახდების შემთხვევაში, პოლისში მითითებული სადაზღვევო პრემიის გადახდის გრაფიკის დარღვევის/ვადაგადაცილებისას (აქ იგულისხმება პოლისში მითითებული გრაფიკით გათვალისწინებული ნებისმიერი გადახდა, გარდა პირველი გადახდისა), დამზღვევს დამატებით აქვს ორკვირიანი ვადა გადახდის

შესასრულებლად. ამასთან, თუ პრემია არ იქნება გადახდილი ამ თოთხმეტდღიან პერიოდში, თოთხმეტი დღის გასვლის შემდეგ დამდგარი ზარალები არ ანაზღაურდება, ხოლო პოლისში მითითებული გადახდის თარიღის გადაცილებიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის გასვლისთანავე (ოცდამეათე კალენდარული დღის 24 საათზე), მზღვეველის მიერ ცალმხრივად შეწყდება სადაზღვევო ხელშეკრულება/პოლისი.

5. სადაზღვევო პერიოდი და ხელშეკრულების მოქმედების ვადები

- 5.1. სადაზღვევო ხელშეკრულება ფორმდება 1 წლის ვადით, მისი 5 წლამდე პერიოდით ავტომატური გაგრძელების პირობით. სადაზღვევო პერიოდი მითითებულია სადაზღვევო პოლისში.
- 5.2. დაზღვევა შეიძლება გაგრძელდეს მხარეთა შეთანხმებით, თუმცა ავტომატურად შეწყდება, როდესაც დაზღვეულს შეუსრულდება 65 წელი, ხოლო დაზღვეული შვილის/ების შემთხვევაში, როდესაც მას/მათ შეუსრულდებათ 18 წელი.
- 5.3. დაზღვევა ძალაში შედის პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის საწყისი თარიღის 00:00 საათზე, იმ პირობით, თუ დამზღვევის მიერ გადახდილი იქნება პოლისში მითითებული სადაზღვევო პრემიის პირველი შენატანი ან სადაზღვევო პრემია სრულად. სადაზღვევო ხელშეკრულების მოქმედება წყდება პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის ბოლო დღის 24:00 საათზე.
- 5.4. დაზღვევის მოქმედება შესაძლოა შეწყდეს ამ მუხლით გათვალისწინებული წესით, დამზღვევის ან მზღვეველის ინიციატივით
 - 5.4.1. მზღვეველის მხრიდან გაფრთხილებისა და დამზღვევისათვის დამატებითი ვადის დაწესების გარეშე, დაზღვევის ვადაზე ადრე შეწყვეტა შესაძლებელია შემდეგ შემთხვევებში:
 - 5.4.1.1. თუ მზღვეველის მიერ შესაბამისი სადაზღვევო პოლისით ნაკისრი ვალდებულებები მთლიანად შესრულებულია;
 - 5.4.1.2. იმ სადაზღვევო წლის ამოწურვისას, როცა დაზღვეული 65 წლის გახდება
 - 5.4.1.3. დაზღვეულის გარდაცვალების ან მისთვის სადაზღვევო თანხის სრულად ანაზღაურების შემთხვევაში
 - 5.4.1.4. ამ პირობების 4.3, 4.4 და 5.3 ქვეპუნქტებით გათვალისწინებულ შემთხვევაში
 - 5.4.1.5. შესაბამისი პოლისით გათვალისწინებული ვადის გასვლით;
 - 5.4.2. დაზღვევა ასევე შეწყდება:

- 5.4.2.1. მზღვევლის მხრიდან დამზღვევისათვის 14 (თოთხმეტი) კალენდარული დღით ადრე შეტყობინების გაგზავნის გზით, მზღვევლის ინიციატივით, ნებისმიერ დროს.
 - 5.4.2.2. თუ მზღვეველი კანონმდებლობით განსაზღვრული წესით წყვეტს საქმიანობას;
 - 5.4.2.3. მხარეთა წინასწარი წერილობითი შეთანხმებით;
 - 5.4.2.4. საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ სხვა შემთხვევებში.
- 5.4.3. თუ დამზღვევს სურს დაზღვევის მოქმედების შეწყვეტა, მან ამის თაობაზე უნდა აცნოს მზღვეველს. ხელშეკრულება შეწყდება, მზღვეველისათვის წერილობითი ფორმით მიმართვიდან 5 (ხუთი) კალენდარული დღის ვადაში, თუ შეწყვეტამდე ადგილი არ ქონია სადაზღვევო შემთხვევას:
- 5.4.3.1. უკან დასაბრუნებელი პრემიის არსებობის შემთხვევაში, დამზღვევს დაუბრუნდება გაუქმების თარიღისთვის ჯამური პრემიიდან გამოუმუშავებელი ნაწილი, 10%-ის გამოკლებით;
 - 5.4.3.2. დავალიანების არსებობის შემთხვევაში, მზღვეველი უფლებამოსილია დამზღვევს მოთხოვოს დავალიანების დაფარვასთან ერთად გაუქმების თარიღისთვის გამოუმუშავებელი პრემიის 10%-ის გადახდა.
- 5.4.4. დამზღვევის ინიციატივით დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტისას, თუ შეწყვეტამდე ადგილი ქონდა სადაზღვევო შემთხვევას, გამოუმუშავებელი სადაზღვევო პრემია უკან დაბრუნებას არ ექვემდებარება; დავალიანების არსებობისას კი, დამზღვევი ვალდებულია წლიური პრემია სრულად გადაიხადოს.
- 5.4.5. დაზღვევის მოქმედება ყველა დაზღვეულის მიმართებაში წყდება ძირითადი დაზღვეულისთვის სადაზღვევო თანხის 100%-ის ანაზღაურებისას და არ ექვემდებარება განხლებას
- 5.4.6. თუ ანაზღაურება სადაზღვევო თანხის 100%-ის ოდენობით გაიცა დაზღვეულის შვილზე/შვილებზე, სადაზღვევო პოლისი აგრძელებს მოქმედებას, მაგრამ სადაზღვევო დაფარვა ამ კონკრეტული შვილის/შვილების მიმართებაში წყდება და არ ექვემდებარება განახლებას.

6. მოცდის და გადარჩენის პერიოდი

- 6.1. მოცდის პერიოდი - პერიოდი, რომლის განმავლობაშიც სადაზღვევო ხელშეკრულებით დაფარული კრიტიკული დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ ექვემდებარება ანაზღაურებას. წინამდებარე პირობებით, მოცდის პერიოდი შეადგენს პირველ 90 (ოთხმოცდაათი)

დღეს სადაზღვევო ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან. მოცდის პერიოდი არ შეეხება იმ დაზღვეულებს, ვისაც სადაზღვევო წლის ამოწურვის შემდეგ უწყვეტად აქვთ გაფორმებული კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის ხელშეკრულება იმავე დაფარვებით და ლიმიტებით, რაც წინა პოლისით იყო გათვალისწინებული.

- 6.2. მოცდის პერიოდი ასევე არ მოქმედებს იმ შემთხვევაში, თუ წინამდებარე ხელშეკრულებით დაზღვეულის შვილი გახდება 18 წლის და უწყვეტად დამოუკიდებლად გააფორმებს მზღვეველთან ახალ სადაზღვევო ხელშეკრულებას იდენტური დაფარვებით.
- 6.3. სადაზღვევო ხელშეკრულების შეწყვეტის შემდეგ ხელახალი დაზღვევისას და/ან გაფართოებული სადაზღვევო დაფარვის არჩევის შემთხვევაში, მოცდის პერიოდის ათვლა დაიწყება თავიდან.
- 6.4. გადარჩენის პერიოდი - პერიოდი კრიტიკული დაავადების დიაგნოსტიკის თარიღიდან, რომლის განმავლობაშიც დაზღვეული უნდა იყოს ცოცხალი. გადარჩენის პერიოდში დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცემა.
- 6.5. წინამდებარე პირობებით, გადარჩენის პერიოდი შეადგენს 30 დღეს დაავადების დიაგნოსტიკის თარიღიდან და მოქმედებს შემდეგ კრიტიკულ დაავადებებზე: მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი და აორტო-კორონარული შუნტირება.

7. მხარეთა ვალდებულებები:

7.1. დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია

- 7.1.1. პოლისის გაფორმებისას აცნობოს მზღვეველს ყველა ის ინფორმაცია/გარემოება, რომელიც მან იცის ან უნდა იცოდეს და რომელსაც შეუძლია მოახდინოს გავლენა მზღვეველის მიერ რისკის შეფასებაზე ან/და მზღვეველის გადაწყვეტილებაზე უარი თქვას დაზღვევაზე ან შეცვალოს დაზღვევის პირობები;
- 7.1.2. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან არაუგვიანეს 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღისა წარუდგინოს მზღვეველს ყველა ის დოკუმენტი, რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის დასარეგულირებლად
- 7.1.3. გადაიხადოს სადაზღვევო პრემია პოლისით გათვალისწინებული გრაფიკით და ოდენობით.

7.2. დამზღვევი/დაზღვეული უფლებამოსილია

- 7.2.1. მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების თანახმად

7.3. მზღვეველი ვალდებულია

- 7.3.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, დამზღვევის/დაზღვეულის/მოსარგებლის მიერ სრულყოფილი დოკუმენტაციის წარმოდგენიდან 15 (თხუთმეტი) სამუშაო დღის ვადაში მიიღოს გადაწყვეტილება ანაზღაურების გაცემაზე და გასცეს მოსარგებელზე შესაბამისი ანაზღაურება ან უარი თქვას სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე, წინამდებარე პირობების შესაბამისად.
- 7.3.2. დაიცვას და არ გაახმაუროს დამზღვევთან/დაზღვეულთან სადაზღვევო ხელშეკრულების ფარგლებში მოპოვებული ინფორმაცია, გარდა საქართველოს კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

7.4. მზღვეველი უფლებამოსილია

- 7.4.1. სადაზღვევო შემთხვევის შესწავლისას, მოსთხოვოს დაზღვეულს/მოსარგებელს ნებისმიერი დოკუმენტი, რომელიც აუცილებელია სადაზღვევო შემთხვევის დასადგენად და ანაზღაურებაზე გადაწყვეტილების მისაღებად;
- 7.4.2. მოითხოვოს მოსარგებლისგან ანაზღაურებული თანხის დაბრუნება, თუ დადგინდა, რომ სადაზღვევო შემთხვევა არ დამდგარა.
- 7.4.3. სადაზღვევო ანაზღაურებიდან გამოქვითოს მიმდინარე წლის გამოუმუშავებელი პრემია და სადაზღვევო ანაზღაურების მომენტისათვის დამზღვევის დავალიანების თანხა.
- 7.4.4. არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება და გააუქმოს სადაზღვევო პოლისი სადაზღვევო შემთხვევასთან და/ან ანაზღაურებასთან დაკავშირებული გაყალბებული დოკუმენტების/ყალბი ინფორმაციის წარმოდგენის ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში. ხოლო თუ სადაზღვევო ანაზღაურება უკვე გაცემულია, დაზღვეული/მოსარგებლე ვალდებულია უპირობოდ დაუბრუნოს ის მზღვეველს.

8. კრიტიკული დაავადებისგან დაზღვევის საერთო გამოწვევის პირობები

- 8.1. წინამდებარე პირობების თანახმად, დაზღვეულისთვის კრიტიკული დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ ექვემდებარება გაცემას, ხოლო გაცემული ანაზღაურების შემთხვევაში, ექვემდებარება უკან დაბრუნებას, თუ კრიტიკული დაავადება, პირდაპირ ან არაპირდაპირ, გამოწვეულია/დაკავშირებულია შემდეგ/ი მოვლენებით/მოვლენებთან:

- 8.1.1. ომში (გამოცხადებული ან გამოუცხადებელი), სამოქალაქო ომში, აჯანყებაში, რევოლუციაში, გაფიცვაში, ხელისუფლების სამხედრო გადატრიალებაში დაზღვეულის ნებაყოფლობითი მონაწილეობა;
- 8.1.2. დაზღვეულის თვითმკვლელობა და თვითდაზიანება;
- 8.1.3. საავიაციო რისკები, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც დაზღვეული წარმოადგენს რეგულარული ან ჩარტერული ავიარეისის მგზავრს;

- 8.1.4. ნარკოტიკული ნივთიერებების, ტოქსიკური, ფსიქოტროპული ან ალკოჰოლური ნივთიერებების გამოყენება;
- 8.1.5. დაზღვეულის მონაწილეობა შემდეგი მაღალი რისკის მატარებელ აქტივობებში: საბრძოლო სახეობები, აკვალანგით ყვინთვა, კლდეზე ცოცვა, ალპინიზმი, პარაშუტით ხტომა, ავტო და მოტო რბოლა, მღვიმეებისა და გამოქვაბულების შესწავლა, მთაში ველოსიპედებით მოგზაურობა, ექსტრემალური სპორტის სახეობები წყალზე, სხვა ექსტრემალური სპორტის სახეობები, ავიაცია და მასთან დაკავშირებული სპორტის სახეობები და სხვა;
- 8.1.6. დაზღვეულის მონაწილეობა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებულ კანონსაწინააღმდეგო ქმედებებში;
- 8.1.7. ამ დოკუმენტით გათვალისწინებული, მზღვეველის მიერ ზარალის შესაფასებლად აუცილებელი საბუთების სრულყოფილად წარმოუდგენლობა;
- 8.1.8. თუ დაზღვევის პროცესში დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ არასწორად და/ან არაზუსტად და/ან არასრულად იქნა ინფორმაცია მოწოდებული დაზღვეულის შესახებ, რასაც შეიძლება არსებითი გავლენა ჰქონოდა რისკის შეფასებაზე;
- 8.1.9. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, სრულად და დროულად არ იყო გადახდილი სადაზღვევო პრემია ან მისი ნაწილი, სადაზღვევო პოლისში მითითებული გრაფიკის მიხედვით;
- 8.1.10. თუ სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებით დამზღვევის და/ან მოსარგებლის მიერ მზღვეველისათვის მიწოდებული დოკუმენტაცია/ინფორმაცია არ შეესაბამება რეალურ ფაქტობრივ გარემოებებს.

9. სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემის საფუძველი

- 9.1. დამზღვევი/დაზღვეული/მოსარგებლე ვალდებულია სადაზღვევო პერიოდში სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებული კრიტიკული დაავადების დიაგნოსტიკებიდან არაუგვიანეს 1 (ერთი) თვის განმავლობაში, აცნობოს ამის შესახებ მზღვეველს (ცხელი ხაზის ნომერზე +995 32 242 22 22) და წარუდგინოს შემდეგი დოკუმენტები: ანაზღაურების მოთხოვნის განაცხადი, დაზღვეულის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი, სადაზღვევო პოლისი და დიაგნოზის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია (სამედიცინო ფორმა iv-100/ა, სამედიცინო ისტორია, ჰისტომორფოლოგიური კვლევის დასკვნა, საჭიროების შემთხვევაში სხვა კვლევების შედეგები და წარმოსახვითი კვლევების სურათები).
- 9.2. მკურნალი ექიმის მიერ დადასტურებული კრიტიკული დაავადების საბოლოო დიაგნოზი უნდა შეესაბამებოდეს დაავადების განსაზღვრებას და კრიტერიუმებს, როგორც მოცემულია წინამდებარე ხელშეკრულებაში.
- 9.3. კონკრეტული შემთხვევიდან გამომდინარე, მზღვეველი იტოვებს უფლებას მოითხოვოს წინამდებარე მუხლში ჩამოთვლილი საბუთებისგან განსხვავებული,

დამატებითი საბუთების წარმოდგენა, კონკრეტული სადაზღვევო შემთხვევის გარემოებების ზუსტად დადგენის მიზნით (მ.შ. შვილის/შვილების დაბადების მოწმობა(ებ)).

- 9.4. კონკრეტული შემთხვევიდან გამომდინარე, მზღვეველი იტოვებს უფლებას, დიაგნოზის ან სხვა გარემოების დაზუსტების მიზნით, ჩაატაროს/მოითხოვოს დამატებითი მოკვლევა/ექსპერტიზა.
- 9.5. 9.1 და 9.3 მუხლებში განსაზღვრული ყველა აუცილებელი დოკუმენტაციის მიღების შემდგომ, მზღვეველი 15 (თხუთმეტი) სამუშაო დღის ვადაში გასცემს დაზღვეულზე წინამდებარე დაზღვევის პირობების შესაბამისად განსაზღვრულ სადაზღვევო ანაზღაურებას ან უარს ეტყვის მოსარგებლეს ანაზღაურებაზე.
- 9.6. პოლისში მითითებული სადაზღვევო თანხის ვალუტის მიუხედავად, მზღვეველი სადაზღვევო ანაზღაურებას გასცემს ლარში, ანაზღაურების გადახდის დღეს ეროვნული ბანკის გაცვლითი კურსის შესაბამისად.
- 9.7. თუ დაზღვეული არის ქმედუნარო, სადაზღვევო თანხა გადაეცემა მის კანონიერ წარმომადგენელს/მეურვეს. თუ სადაზღვევო შემთხვევა დადგა სადაზღვევო პერიოდში და გაცხადებული იყო ვიდრე დაზღვეული იყო ცოცხალი, მაგრამ სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცა დაზღვეულზე მის გარდაცვალებამდე, ასანაზღაურებელი თანხა გადაეცემა პოლისში მითითებულ მეორე რიგის მოსარგებლეს.

10. შეტყობინებები და კომუნიკაცია

- 10.1. მხარეები თანხმდებიან, რომ წინამდებარე დაზღვევის პირობებით გათვალისწინებული მიზნებისთვის, საკომუნიკაციო საშუალებად შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს სადაზღვევო პოლისში მითითებული მისამართი ან/და მობილური ტელეფონის ნომერი, რაც გულისხმობს იმას, რომ მზღვეველის მიერ ამ მისამართზე გაგზავნილი წერილი ან მობილურ ტელეფონის ნომერზე გაგზავნილი შეტყობინება (მათ შორის მოკლე ტექსტური შეტყობინება) ჩაითვლება მზღვეველის მიერ გაკეთებულ ოფიციალურ წერილობით შეტყობინებად; შეტყობინების ტელეფონის ნომერზე გაგზავნის შემთხვევაში, მზღვეველის მიერ შეტყობინების გაგზავნის დღე ჩაითვლება ადრესატისათვის შეტყობინების ჩაბარების დღედ.
- 10.2. მზღვეველის მხრიდან დამზღვევისათვის/დაზღვეულისათვის შეტყობინების გაგზავნა მოხდება სადაზღვევო პოლისში მითითებულ ფაქტობრივ მისამართზე ან მისამართის შეცვლის თაობაზე, ამ პირობებით გათვალისწინებული წესის შესაბამისად, მზღვეველისათვის გაცხადებულ ბოლო მისამართზე. ასეთ მისამართზე გაგზავნილი ნებისმიერი შეტყობინება/კორესპონდენცია ჩაითვლება დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ მიღებულად, თუნდაც ადრესატი ამ მისამართზე აღარ იმყოფებოდეს ან მისამართი არასწორად/არაზუსტად იყოს გაცხადებული მზღვეველისათვის.

11. ღაკათა გადაწყვეტა

11.1. წინამდებარე დაზღვევის პირობებთან დაკავშირებით მხარეთა შორის წამოჭრილი ნებისმიერი ღავა და უთანხმოება გადაწყდება მოლაპარაკების გზით. საკითხის მოლაპარაკების საფუძველზე გადაწყვეტის შეუძლებლობის შემთხვევაში, ღავა განიხილება და გადაწყდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, საქართველოს საერთო სასამართლოსათვის მიმართვის გზით.

12. კონფიდენციალობა

12.1. მხარეთა მიერ ერთმანეთისათვის ნებისმიერი ფორმით (ზეპირი ან წერილობითი) მიწოდებული ყველა ინფორმაცია ითვლება კონფიდენციალურად და არ შეიძლება მისი მესამე პირისათვის გადაცემა მეორე მხარის წინასწარი თანხმობის გარეშე, გარდა საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობითა და წინამდებარე პირობებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

12.2. მზღვეველი უფლებამოსილია, განხორციელებული დაზღვევის ფარგლებში მიღებული პერსონალური მონაცემები დაამუშაოს: ა) სადაზღვევო მომსახურების გაწევის მიზნით, ბ) დამზღვევის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებლობის შემთხვევაში, მზღვეველის ინტერესების დაცვის მიზნით და გ) ზარალის დარეგულირების მიზნებისათვის, მათ შორის ნებისმიერი კერძო თუ საჯარო დაწესებულებიდან, გამოითხოვოს სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია და დოკუმენტაცია;

12.3. მზღვეველი ასევე უფლებამოსილია, მისთვის მიწოდებული პერსონალური ინფორმაცია დაამუშაოს, ასევე, პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის - ახალი სადაზღვევო პროდუქტებისა და მომსახურების შესათავაზებლად. მონაცემთა სუბიექტს, უფლება აქვს ნებისმიერ დროს მოსთხოვოს მზღვეველს მის შესახებ მონაცემთა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის გამოყენების შეწყვეტა იმავე ფორმით, რა ფორმითაც ხორციელდება პირდაპირი მარკეტინგი - მზღვეველისათვის წერილობითი ან სატელეკომუნიკაციო საშუალებებით მიმართვის გზით.

ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნისა და სამედიცინო მომსახურების საზღვარგარეთ ორგანიზება მთელი მსოფლიოს მასშტაბით

წინამდებარე დანართი წარმოადგენს კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის პირობების განუყოფელ ნაწილს.

ტერმინთა განმარტებები

მოცდის პერიოდი - სადაზღვევო ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან პირველი 90 დღის განმავლობაში წინამდებარე დანართში აღწერილი მომსახურება არ ფინანსდება.

დაზღვეულის მკურნალი ექიმი - შესაბამისი სამედიცინო პროფილის და საექიმო საქმიანობის უფლების სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე ექიმი, რომელსაც დაზღვეულისთვის გაწეული აქვს კონსულტაცია/კონსულტაციები, დანიშნული და ჩატარებული აქვს კვლევები და რომლის მიერაც არის დასმული პირველადი დიაგნოზი.

სამუშაო დღე - საქართველოში და აშშ-ში ოფიციალური სამუშაო დღეები

სამუშაო საათები - საქართველოში ოფიციალური სამუშაო საათები

დიაგნოზი - დაზღვეულის მკურნალი ექიმის მიერ მისი გასინჯვისა და გამოკვლევების შედეგად დაზღვეულისთვის დასმული დიაგნოზი. დიაგნოზი უნდა მოიცავდეს დაავადების სახელწოდებას ან სავარაუდო პათოლოგიას.

სამედიცინო ჩანაწერები - მკურნალი ექიმის და/ან ჯანდაცვის/სამედიცინო დაწესებულების სხვა წარმომადგენლის მიერ დადგენილი სახელმწიფო სტანდარტების დაცვით შედგენილი დოკუმენტაცია დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დოკუმენტაცია უნდა მოიცავდეს საბოლოო დიაგნოზს/დიაგნოზებს, ფიზიკალური, ლაბორატორული, ინსტრუმენტული და სხვა კვლევების შედეგებს, დასკვნებს და სამკურნალო რეკომენდაციებს.

ექიმი - ექიმი, რომელიც ფლობს აშშ-ში ან სხვა ქვეყანაში საექიმო საქმიანობის უფლების ლიცენზიას/სერტიფიკატს.

„მედიგაიდ ინტერნეიშნალ“ (მედიგაიდი) - მზღვეველის პარტნიორი ორგანიზაცია, რომელიც ახორციელებს წინამდებარე პირობებით გათვალისწინებული და მზღვეველის

მიერ დაფინანსებული ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოძიების და სამედიცინო მომსახურების საზღვარგარეთ ორგანიზებას.

სამედიცინო შემთხვევა, რომელიც ექვემდებარება განხილვას - დაავადება ან ჯანმრთელობის გაუარესება, რომლის გამოც დაზღვეულს აქვს უფლება მოითხოვოს მისი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვა ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მისაღებად. განხილვას ექვემდებარება ყველა სამედიცინო შემთხვევა, გარდა შემდეგი გარემოებებისა:

- არ არის დასმული დიაგნოზი - ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოთხოვნამდე დაზღვეულს უნდა ქონდეს ოფიციალური დიაგნოზი, წინააღმდეგ შემთხვევაში საბუთები ვერ განიხილება
- დაზღვეულს არ მიუმაართავს მკურნალი ექიმისთვის ბოლო 12 თვის განმავლობაში - შემთხვევის შესაფასებლად საჭიროა ბოლო 1 წლის მონაცემები
- მწვავე ან სისოცხლისათვის საშიში ჯანმრთელობის გაუარესება - როდესაც ჯანმრთელობის გაუარესება მოითხოვს მყისიერ სამედიცინო ჩარევას და შეუძლებელია მისი გადადება ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოლოდინში
- პრობლემის შესასწავლად აუცილებელია ექიმის მიერ პაციენტის არაღმსახურებელი პერსონალური შეფასება.

„მედიგაიდის“ ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნა - ნიშნავს კომპანია „მედიგაიდ ინტერნეიშენალის“ მიერ უზრუნველყოფილი მსოფლიო წამყვანი სამედიცინო ცენტრში მოღვაწე ექიმის წერილობითი დასკვნა, მისი დიაგნოზის და სამკურნალო რეკომენდაციებით, რომელიც მიეწოდება დაზღვეულს და დაზღვეულის მკურნალ ექიმს. დასკვნა იწერება მსოფლიო წამყვანი სამედიცინო ცენტრის ენაზე და ითარგმნება ქართულ ენაზე.

მსოფლიოს წამყვანი სამედიცინო ცენტრი - ნიშნავს ცნობილ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც სამედიცინო წრეებში აღიარებულია ერთერთ სპეციალიზირებული სამედიცინო დახმარების გამწვევ წამყვან კლინიკად.

ასისტანსი - სპეციალიზირებული მომსახურების მიმწოდებელი კომპანია, რომელიც უზრუნველყოფს სადღეღამისო სატელეფონო კონსულტაციას, სამედიცინო ჩანაწერების მოძიებას და სხვა ტიპის კომუნიკაციას, ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნისა და საზღვარგარეთ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებასთან დაკავშირებით. ასისტანსის ოპერატორები საუბრობენ ქართულად.

1. ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნა

1.1. მომსახურების პროცესი და დაფარული ხარჯები:

- 1.1.1. ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოსაძიებლად დაზღვეული უკავშირდება 24-საათიან უფასო ცხელ ხაზს (შემდგომში „ასისტანსი“) ნომერზე +995 577 33 01 01. დაზღვეულის იდენტიფიცირების შემდეგ, დაზღვეული აფიქსირებს მისი მკურნალი ექიმის მიერ დასმულ დიაგნოზს, რომელზეც მას სურს ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოძიება.
- 1.1.2. დაზღვეულის მიერ ასისტანსში პირველი ზარის განხორციელებიდან 3 სამუშაო დღის განმავლობაში, მისი დიაგნოზიდან გამომდინარე, „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ არჩევს ამ დარგში საუკეთესო სამ მსოფლიო წამყვან სამედიცინო ცენტრს და უგზავნის დაზღვეულს ამ ჩამონათვალს. მოცემული სიიდან დაზღვეული მისი მკურნალი ექიმის დახმარებით ირჩევს ერთ კონკრეტულ სამედიცინო ცენტრს, რომლისგანაც მას სურს ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოძიება.
- 1.1.3. დაზღვეული ხელს აწერს „მედიგაიდ ინტერნეიშენალის“ მიერ მისთვის მიწოდებულ თანხმობის ფორმას, რომლითაც დაზღვეული ადასტურებს „მედიგაიდ ინტერნეიშენალის“ უფლებას მოიძიოს სამედიცინო ჩანაწერები დაზღვეულის სამედიცინო პრობლემასთან დაკავშირებით. თანხმობის ფორმა დაზღვეულს ეგზავნება ასისტანსში პირველი ზარის განხორციელებიდან 12 სამუშაო საათის განმავლობაში.
- 1.1.4. დაზღვეულის მიერ სამედიცინო კლინიკის შერჩევის და მის მიერ ხელმოწერილი თანხმობის ფორმის მიღების შემდეგ, „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ დაზღვეულის მკურნალი ექიმის დახმარებით იძიებს ყველა საჭირო სამედიცინო ჩანაწერს სამედიცინო ცენტრში გადასაცემად.
- 1.1.5. არჩეული წამყვანი სამედიცინო ცენტრის მიერ დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერების მიღებიდან 10 სამუშაო დღეში დაზღვეული და მისი მკურნალი ექიმი მიიღებენ ცენტრის მიერ წერილობით გამოტანილ დამოუკიდებელ დასკვნას მის საწყის დიაგნოზთან დაკავშირებით და რეკომენდაციებს ჩასატარებელი მკურნალობის შესახებ, სამედიცინო კონფიდენციალურობის ყველა კანონის და რეგულაციის დაცვით. ეს რეკომენდაციები მოიცავს მკურნალობის და მოვლის ოპტიმალურ ვარიანტებს უახლესი აპრობირებული მიდგომებისა და საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით.
- 1.1.6. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო დაწესებულების ან/და სამედიცინო პერსონალის უარის გამო „მედიგაიდ ინტერნეიშენალის“ ასისტანსი ვერ ახერხებს დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერების მოძიებას, აღნიშნული ჩანაწერების მოძიების ვალდებულება გადადის დაზღვეულზე. „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ არ არის პასუხისმგებელი ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის უზრუნველყოფაზე, თუ მკურნალი ექიმი, შესაბამისი სამედიცინო

დაწესებულება ან დაწესებულების პერსონალი არ მიაწვდის „მედიგაიდ ინტერნეიშენალს“ შემთხვევასთან დაკავშირებულ სამედიცინო ჩანაწერების და სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების ასლებს.

1.1.7. დაზღვეულის სურვილისამებრ, მედიგაიდი კომუნიკაციას განახორციელებს ტელეფონით, ფაქსით, ელექტრონული ფოსტით, ფოსტით, FedEx-ის ან DHL-ის საშუალებით.

1.1.8. „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ ფარავს ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოსაპოვებლად დაკავშირებული შემდეგი მომსახურებების ხარჯებს:

- დაზღვეულის დიაგნოზის შესაბამისად მსოფლიოს წამყვანი სპეციალიზირებული სამედიცინო ცენტრის მოძიება, რომელიც წინამდებარე პირობებით გათვალისწინებულ ვადებში მოამზადებს ალტერნატიულ სამედიცინო დასკვნას
- მკურნალი ექიმის ან სამედიცინო დაწესებულების ანაზღაურება დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერების მოძიებისათვის, მათი ასლების დამზადებასა და ერთიან პაკეტში თავმოყრისთვის
- სამედიცინო ჩანაწერების თარგმნა იმ ენაზე, რომელზეც იწარმოება საქმიანობა მსოფლიოს წამყვან ცენტრში
- სამედიცინო ჩანაწერების პაკეტის გადაგზავნა არჩეულ მსოფლიოს წამყვან სამედიცინო ცენტრში და განხილვის შემდეგ ამ პაკეტის უკან დაბრუნება ექპრეს ფოსტის საშუალებით
- სამედიცინო ფაილების და/ან გამოსახულებების ელექტრონული გადაგზავნა, პერსონალური მონაცემების კონფიდენციალურობის ყველა კანონისა და ნორმატიული დოკუმენტის დაცვით
- ექიმების ტელეკონფერენციები
- მსოფლიოს წამყვანი სამედიცინო ცენტრის მიერ სამედიცინო ჩანაწერების განხილვა, ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნისა და სამკურნალო რეკომენდაციების მომზადება
- ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის თარგმნა ქართულ ენაზე
- ასისტანსის მომსახურება

1.1.9. „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ და მზღვეველი არ აგებენ პასუხს წინამდებარე კონტრაქტით განსაზღვრული მომსახურების შეფერხებაზე და/ან გაუწევლობაზე, თუ ის განპირობებულია/გამომწვეულია ძაბვის ვარდნით, ელექტროენერგიის და/ან ტელეკომუნიკაციების და/ან ინტერნეტის შეფერხებით ან გათიშვით, სახელმწიფოს მიერ დაწესებული შეზღუდვებით, ხანძრით, წყალდიდობით, აჯანყებით, გაფიცვით, ტერორისტული აქტით, მიწისძვრით, აფეთქებით, ემბარგოთი, პერსონალის ან მატერიალური

რესურსების დეფიციტით, ტრანსპორტის შეფერხებით ან ნებისმიერი სხვა მოვლენით, რომელიც „მედიგაიდ ინტერნეიშენალის“ და/ან მზღვეველის კონტროლს არ ექვემდებარება.

1.1.10. წინამდებარე ხელშეკრულება არ ითვალისწინებს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების კოორდინირებას.

1.1.11. წინამდებარე ხელშეკრულებით სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნა ერთსა და იგივე დიაგნოზთან დაკავშირებით მომზადდება მხოლოდ ერთხელ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პირველი ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნაში გაწერილი სამკურნალო რეკომენდაციების ზედმიწევნის შესრულების მიუხედავად დაზვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა დასკვნით პროგნოზირებულ ვადაში და ეს გაუმჯობესება მოსალოდნელი იყო სამკურნალო რეკომენდაციის თანახმად. ასეთ შემთხვევაში „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ უზრუნველყოფს განმეორებითი ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოძიებას ახალი გარემოებების გათვალისწინებით.

2. საზღვარგარეთ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება

2.1. წინამდებარე პირობების თანახმად მზღვეველის პროვაიდერი კომპანია „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ უზრუნველყოფს დაზღვეულისთვის ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მიხედვით რეკომენდირებული მკურნალობის ორგანიზებას საქართველოს საზღვრებს გარეთ დაზღვეულის მიერ არჩეულ სამედიცინო დაწესებულებაში და ამ მკურნალობასთან დაკავშირებული მგზავრობის და სასტუმროში განთავსების ორგანიზებას.

2.2. თუ დაზღვეულის სამედიცინო ჩანაწერების განხილვის დროს მსოფლიოს წამყვანი ცენტრის სპეციალისტებმა საჭიროდ ჩათვალეს დამატებითი კვლევების ჩატარება, მზღვეველის პროვაიდერი კომპანია „მედიგაიდ ინტერნეიშენალი“ უზრუნველყოფს ამ კვლევების საზღვარგარეთ ჩატარების ორგანიზებას, დაზღვეულის მიერ არჩეულ კლინიკაში.

2.3. საზღვარგარეთ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება შესაძლებელია მხოლოდ ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მიღების შემდეგ.

2.4. წინამდებარე ხელშეკრულებით სამედიცინო მომსახურების (გამოკვლევებისა, კონსულტაციების და მკურნალობის), მგზავრობისა და სასტუმროს ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

2.5. მომსახურების პროცესი:

- 2.5.1. დაზღვეული უკავშირდება „ასისტანს“ და აფიქსირებს სურვილს ჩაიტაროს სამედიცინო მომსახურება საზღვარგარეთ კონკრეტულ რეგიონში/ქვეყანაში ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის რეკომენდაციების მიხედვით.
- 2.5.2. დაზღვეულისგან წერილობითი თანხმობის მიღების შემდეგ, მედიგაიდი აწვდის თავის პარტნიორს (შემდგომში „მედიგაიდის პარტნიორი“), რომელიც მოღვაწეობს დაზღვეულის მიერ არჩეულ რეგიონში და უზრუნველყოფს კომუნიკაციას სამედიცინო დაწესებულებებთან, ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის ასლს.
- 2.5.3. მედიგაიდის პარტნიორი უკავშირდება დაზღვეულს, სთავაზობს მას კლინიკების ჩამონათვალს, აწვდის სამედიცინო მომსახურების განფასებებს და დაზღვეულის სურვილის შემთხვევაში, მგზავრობის და სასტუმროში განთავსების განფასებებს. სამედიცინო მომსახურების წინასწარი განფასება არ მოიცავს მკურნალობის პროცესში მოსალოდნელი/მოულოდნელი გართულებების მკურნალობასთან დაკავშირებულ ხარჯებს. დაზღვეული ირჩევს კლინიკას, რომელშიც სურს სამედიცინო მომსახურების მიღება.
- 2.5.4. მედიგაიდის პარტნიორი უფორმებს დაზღვეულს მომსახურების ხელშეკრულებას და დაზღვეული ურიცხავს მას აღნიშნული ხელშეკრულებით განსაზღვრულ თანხას, რომელიც წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებაში გასაწევი სამედიცინო მომსახურების წინასწარ განსაზღვრულ ღირებულებას ან მის ნაწილს.
- 2.5.5. მედიგაიდის პროვაიდერი უზრუნველყოფს შემდეგ მომსახურებას:
 - სამედიცინო დაწესებულებაში ამბულატორული ვიზიტების და ჰოსპიტალში განთავსების ორგანიზება
 - სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული საგადასახადო მოთხოვნების დარეგულირება
 - დაზღვეულის მოთხოვნით სამედიცინო მომსახურების ოპტიმიზაციის მიზნით მკურნალობის პროცესის მეთვალყურეობა
 - სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერისას დანიშნული მედიკამენტების გადახედვა, რაც გულისხმობს გადამოწმებას არის თუ არა დანიშნული მედიკამენტები დარეგისტრირებული და გაყიდვაში საქართველოში და საჭიროების შემთხვევაში საქართველოში მკურნალობის გასაგრძელებლად მათი გარკვეული მარაგების შექენის ორგანიზებას
 - ქვეყანაში ჩასვლის და დახვედრის, საქართველოში დაბრუნების, ადგილზე გადაადგილების, დაზღვეულის და/ან მისი თანხმლები პირის კლინიკასთან ახლომდებარე სასტუმროში განთავსების, სამედიცინო ევაკუაციის ორგანიზება

კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის პირობების დანართი #1

- მედიკაიდის პროვაიდერი არ არის პასუხისმგებელი შესაბამისი დაგეგმილი ტრანსპორტირების ფასების ცვლილებაზე, რეისების გადადებასა და გაუქმებაზე ან განრიგის სხვა ცვლილებებზე
- დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში ცხედრის ტრანსპორტირების საქართველოს საერთაშორისო აეროპორტამდე ან გარდაცვალების ადგილას დაკრძალვის/კრემაციის ორგანიზება. მედიკაიდის პროვაიდერი არ იღებს პასუხისმგებლობას ამ მომსახურების რაიმე კონკრეტულ ვადებში უზრუნველყოფაზე.

განაცხადი კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევაზე

თარიღი: _____

ვადასტურებ, რომ ყველა ქვემოთ მოყვანილი ინფორმაცია არის უტყუარი და წარმოადგენს სიმართლეს.

ვადასტურებ, რომ ჩემთვის არასოდეს დაუსვამთ:

- არცერთი ფორმის ავთვისებიანი სიმსივნის; კიბოს; ლეიკემიის; ლიმფომის ან სხვა ფორმის ავთვისებიანი დაავადების;
- სტენოკარდიის; გულის იშემიური დაავადების; მიოკარდიუმის ინფარქტის; გულის არითმიის, რომელიც საჭიროებს მკურნალობას; გულის შუილის; რევმატიზმის; გულის უკმარისობის; ან სხვა ფორმის გულის დაავადების,
- დიაბეტის;
- ინსულტის, აფაზიის (მეტყველების, კითხვის ან წერის პრობლემა);
- ეპილექსიის ან დამბლის დიაგნოზი

ვადასტურებ, რომ ამჟამად არ ვიტარებ გამოკვლევებს ზემოთ ჩამოთვლილ დაავადებებთან დაკავშირებით.

ვადასტურებ, რომ არ ვფლობ სხვა სადაზღვევო კომპანიის/კომპანიების ავთვისებიანი სიმსივნისგან და/ან კრიტიკული დაავადებებისგან მოქმედ სადაზღვევო პოლისს.

დაზღვეულის სახელი, გვარი
პირადი ნომერი

ხელმოწერა

კრიტიკული დაავადებებისგან დაზღვევის კითხვარი

თარიღი: _____

დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ მიუთითოთ დაბალეზი

1. გიმკურნალიათ ოდესმე გულის დაავადების, ინსულტის, დიაბეტის, მომატებული არტერიული წნევის ან ავთვისებიანი სიმსივნის გამო?

დიახ

არა

2. ბოლო 3 წლის განმავლობაში მიგიღიათ, ან იღებთ თუ არა ამჟამად მედიკამენტები აბების, ინჰალატორის ან სხვა სახით (კონტრაცეპტივების გარდა) ზედიზედ 14 და მეტი დღის განმავლობაში რაიმე დაავადების სამკურნალოდ?

დიახ

არა

3. ბოლო 10 წლის განმავლობაში გქონიათ ან გაქვთ თუ არა დაავადება/ჯანმრთელობის პრობლემა, რომელიც საჭიროებს ექიმის რეგულარულ კონტროლს (წელიწადში ერთხელ მაინც)?

დიახ

არა

4. მივიმართავთ თუ არა ბოლო 12 თვის განმავლობაში ექიმისთვის, ან ხომ არ აპირებთ მიმართოთ მას უახლოეს მომავალში, ჯანმრთელობის პრობლემის გამო, გარდა უმნიშვნელო შემთხვევებისა, როგორცაა გაცემა ან გრიპი.

დიახ

არა

ვადასტურებ, რომ არ ვფლობ სხვა სადაზღვევო კომპანიის/კომპანიების ავთვისებიანი სიმსივნისგან და/ან კრიტიკული დაავადებებისგან მოქმედ სადაზღვევო პოლისს.

ვადასტურებ, რომ ჩემს მიერ ზემოთ მითითებული ინფორმაცია არის უბყუარი და წარმოადგენს სიმართლას.

ვაცხადებ თანხმობას ეს კითხვარი გადაეცეს განსახილველად სს „თიბისი დაზღვევა“-ს

დაზღვეულის სახელი, გვარი
პირადი ნომერი

ხელმოწერა