

## ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულება

მედ პლუს

### 1. ტერმინის განმარტება:

**დაზღვევის ხელშეკრულება** - წინამდებარე ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებით და მისი დანართებით გათვალისწინებული პირობების ერთობლიობა, რომელიც წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთიან ხელშეკრულებას და ფორმდება მზღვეველსა და დამზღვევს შორის;

თუ ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებით სხვა რამ არ არის განსაზღვრული, ან მისი კონტექსტიდან სხვა რამ არ გამომდინარეობს, დაზღვევის ხელშეკრულებაში ან/და მასთან დაკავშირებულ სხვა ხელშეკრულებაში/ებში ქვემოთ მოცემულ ტერმინებს ექნება შემდეგი მნიშვნელობა:

**დამზღვევი** - პირი, რომელიც აფორმებს დაზღვევის ხელშეკრულებას მზღვეველთან ;

**მზღვეველი** - სს „სადაზღვევო კომპანია იმედი L“ (საიდენტიფიკაციო ნომერი: 204919008);

**დაზღვევის აგენტი**- პირი, რომელიც მოქმედებს მზღვეველის დავალებით და სახელით მისთვის მზღვეველის მიერ მინიჭებული უფლებამოსილების ფარგლებში;

**დაზღვეული** - 60 წლამდე პირი, რომლის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დაზღვევა;

**მოსარგებლე** - პირი, რომელიც დაზღვევის ხელშეკრულების და/ან კანონმდებლობის შესაბამისად უფლებამოსილია, მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება;

**დაზღვევის პირობები** - დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობები, რომელიც განსაზღვრავს სადაზღვევო დაფარვის პირობებსა და მისი განხორციელების წესებს;

**სადაზღვევო რისკი** - მოვლენა, რომელიც შეიცავს მისი დადგომის შესაძლებლობის და შემთხვევითობის ნიშნებს და რომლის გამოც ხდება დაზღვევა.

**სადაზღვევო დაფარვა** - დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების თანახმად სადაზღვევო ანაზღაურებას დაქვემდებარებული სამედიცინო მომსახურება/სადაზღვევო რისკი;

**სადაზღვევო ანაზღაურება** - თანხის ოდენობა, რომელსაც სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მზღვეველი უხდის დამზღვევს/დაზღვეულს დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად;

**თანაგადახდა** - დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პროცენტული წილი, რომლის გადახდასაც უზრუნველყოფს თავად დაზღვეული;

**დაზღვევის განაცხადი** - დაზღვევის ხელშეკრულების დადების მიზანშეწონილობის დადგენის მიზნით დასაზღვევი პიროვნების/უფლებამოსილი პირის მიერ შესავსები მზღვეველის მიერ მოთხოვნილი სამედიცინო კითხვარი, ასეთის შემთხვევაში, რომლის საფუძველზეც მზღვეველის მიერ ხდება სადაზღვევო რისკის შეფასება;

**საიდენტიფიკაციო/სადაზღვევო პლასტიკური ბარათი** - ბარათი, რომელსაც ფლობს დაზღვეული (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) დაზღვევის ხელშეკრულების საფუძველზე და რომელიც ასახავს მის სასარგებლოდ განხორციელებულ, დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ, სადაზღვევო დაფარვებს;

**ელექტრონული სადაზღვევო პოლისი - დოკუმენტი**, რომელზე ხელმოწერითაც დასტურდება **ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულების დადების ფაქტი**.

**ბარათი - ბარათი**, რომლის ღირებულების (სადაზღვევო პრემიის) **მზღვეველის** მიერ მიღების სანაცვლოდ ხორციელდება ერთი პირის დაზღვევა.

**სადაზღვევო შემთხვევა** - სადაზღვევო დაფარვით გათვალისწინებული სადაზღვევო რისკის ხდომილება (სამედიცინო მომსახურების მიღების საჭიროება და/ან ასეთის მიღება **დაზღვეულის** მიერ), რომელიც წარმოშობს **მზღვეველის** ვალდებულებას, გასცეს **სადაზღვევო ანაზღაურება დაზღვევის ხელშეკრულების** პირობების შესაბამისად;

**სამედიცინო დაწესებულება** - საქართველოს ტერიტორიაზე მოქმედი დაწესებულება, რომელსაც საქართველოს **კანონმდებლობის** შესაბამისად მინიჭებული აქვს/გააჩნია სამედიცინო საქმიანობის განხორციელების უფლებამოსილება.

**აყვანილი ექიმი** - დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი/ექიმი, რომლის მიერ შესაბამის **სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეულისათვის** გაწეული/გასაწევი სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აღემატება იმავე **სამედიცინო დაწესებულებაში** ანალოგიური/იგივე სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებისათვის დადგენილ მინიმალურ ტარიფს/ფასს;

**არასტანდარტული პალატა** - სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული პალატა, რომელშიც განთავსების ღირებულება აღემატება იმავე **სამედიცინო დაწესებულებაში** ანალოგიური/იგივე სამედიცინო მომსახურებისათვის განკუთვნილი ერთადგილიანი პალატისთვის დადგენილ მინიმალურ ტარიფს/ფასს;

**საინფორმაციო ფურცელი** - დაზღვევის ხელშეკრულების ზოგადი პირობებისა და გამონაკლისების ამსახველი დოკუმენტი, რომელიც ასევე განთავსებულია ვებ-გვერდზე [ტტკ.სს/იმედილ.გვ/ლეგალ-ინფო/გვ](http://ტტკ.სს/იმედილ.გვ/ლეგალ-ინფო/გვ).

**ხელშეკრულების მნიშვნელოვანი პირობები** - **დაზღვევის ხელშეკრულების** მნიშვნელოვანი პირობების,გამოკლისების, მზღვეველის საზედამხედველო ორგანოს მისამართისა და სხვა, **კანონმდებლობით** დადგენილი პირობების შემცველი **დაზღვევის ხელშეკრულებას** თანდართული დოკუმენტი.

**პრეტენზია** - მხარის მიერ, **მზღვეველისათვის** დაზღვევის ხელშეკრულების შესაბამისი დანართის ფორმატით წარმოდგენილი **პრეტენზია**, რომელიც შეიცავს დეტალურ ინფორმაციას, **დაზღვევის ხელშეკრულების** ფარგლებში გამოთქული უკმაყოფილების/პრეტენზიის თაობაზე.

**ანაზღაურების ლიმიტი (ლიმიტი)** - **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული თანხა, რომელიც წარმოადგენს **ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის** განმავლობაში **მზღვეველის** მიერ კონკრეტული **სადაზღვევო დაფარვისთვის** გასაცემი ჯამური სადაზღვევო ანაზღაურების მაქსიმუმს;

**ტერიტორიული ლიმიტი (სადაზღვევო დაფარვის არეალი)** **ჯანმრთელობის დაზღვევის დაფარვისათვის** - საქართველოს ტერიტორია (გარდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებისა);

**სადაზღვევო შესატანი (პრემია)** - **დამზღვევის** მიერ გადასახდელი თანხა, რომლის ოდენობა და გადახდის წესი განსაზღვრულია **დაზღვევის ხელშეკრულებით** და რომელიც წარმოადგენს სადაზღვევო მომსახურების საფასურს/ღირებულებას;

**პროვაიდერი** - კონკრეტული **სამედიცინო დაწესებულება**, მათ შორის, სტომატოლოგიური კლინიკა, და/ან ექიმი (ვიწრო პროფილის ექიმი-სპეციალისტი, ისევე როგორც, პერსონალური ექიმი), რომელიც **მზღვეველთან** გაფორმებული ხელშეკრულების საფუძველზე, **სადაზღვევო შემთხვევის** დადგომისას უზრუნველყოფს **დაზღვეულისთვის სამედიცინო ჩვენების** მიხედვით დაზღვევის ხელშეკრულებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების გაწევას;

**კონკრეტული პროვაიდერი - სამედიცინო დაწესებულება**, რომელთანაც შესაძლებელია მხოლოდ კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების მიღება;

**კონტრაქტორი** - დაწესებულება/კომპანია, რომელიც **მზღვეველთან** გაფორმებული ხელშეკრულებით დადგენილი პირობების შესაბამისად უზრუნველყოფს მზღვეელსა და **დამზღვევეს** შორის გაფორმებული **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული ფასდაკლებ(ებ)ის **დაზღვეულ(ებ)ზე** გავრცელებას;

**გამომუშავებული პრემია –სადაზღვევო პერიოდის** შიგნით აღებული კონკრეტული თარიღისათვის სადაზღვევო ხელშეკრულების შესაბამის გამომუშავებულ პრემიას შეადგენს **გამომუშავებული თვეების პრემიების** ჯამი;

**გამომუშავებული პრემია –სადაზღვევო პერიოდის** შიგნით აღებული კონკრეტული თარიღისათვის სადაზღვევო ხელშეკრულების შესაბამის გამომუშავებულ პრემიას შეადგენს **გამომუშავებული თვეების პრემიების** ჯამი;

**მოცდის პერიოდი** – პერიოდი, რომელიც აითვლება **ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის** დაწყების თარიღიდან და რომლის განმავლობაშიც **დაზღვეულს** არ აუნაზღაურდება ამ პერიოდში დამდგარ შემთხვევასთან დაკავშირებული ხარჯები;

**პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი – დაზღვეულის** იდენტიფიცირებისათვის აუცილებელი დოკუმენტი:  
**ა)საქართველოს მოქალაქის შემთხვევაში:** საქართველოს მოქალაქის პირადობის მოწმობა და/ან პასპორტი;**ბ)უცხო ქვეყნის მოქალაქეობის მქონე პირის შემთხვევაში:** უცხო ქვეყნის მოქალაქის საერთაშორისო პასპორტი ან საქართველოს სახელმწიფოს მიერ ემიტირებული ბინადრობის მოწმობა;**გ) მოქალაქეობის არქონე პირის შემთხვევაში:** საერთაშორისო პასპორტი ან საქართველოს სახელმწიფოს მიერ ემიტირებული ბინადრობის მოწმობა/დროებითი საიდენტიფიკაციო დოკუმენტი;**დ)14 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქე არასრულწლოვანი პირის შემთხვევაში:** დაბადების მოწმობა და ერთ-ერთი მშობლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;**ე) 14 წლამდე ასაკის უცხო ქვეყნის მოქალაქე არასრულწლოვანი პირის შემთხვევაში:** დაბადების მოწმობა და პასპორტი და ერთ-ერთი მშობლის პასპორტი;**ვ) 14 წელს ზევით ასაკის საქართველოს მოქალაქე არასრულწლოვანი პირის შემთხვევაში:** საქართველოს მოქალაქის პირადობის მოწმობა ან პასპორტი და ერთ-ერთი მშობლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი.**ზ) 14 წელს ზევით ასაკის უცხო ქვეყნის მოქალაქე არასრულწლოვანი პირის შემთხვევაში:** დაბადების მოწმობა და პასპორტი და ერთ-ერთი მშობლის პასპორტი.

**კანონმდებლობა** - საქართველოს მოქმედი საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები და საქართველოს ნორმატიულ აქტთა სისტემაში მოქცეული საერთაშორისო ხელშეკრულებები დაშეთანხმებები;

**მიმართვა/საგარანტიო წერილი – მზღვეველის** და/ან პერსონალური ექიმის მიერ გაცემული დოკუმენტი, რომელიც დამოწმებულ უნდა იქნას **მზღვეველის** მიერ უფლებამოსილი პირის და/ან პერსონალური ექიმის ხელმოწერითა და **მზღვეველის** და/ან **სამედიცინო დაწესებულების** ბეჭდით, რომელიც **დაზღვეულს** ანიჭებს უფლებამოსილებას, მიიღოს ასეთ დოკუმენტში მითითებული და **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული კონკრეტული მომსახურება **ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის** დასრულებამდე;

**სამედიცინო ჩვენება** - ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რომელიც საქართველოში და/ან მსოფლიოში დამკვიდრებულ სამედიცინო პრაქტიკაზე, შესაბამის გაიდლაინებსა და პროტოკოლებზე დაყრდნობით კონკრეტულ/შესაბამის საექიმო სპეციალობაში/სუბსპეციალობაში (პროფილის) საქმიანობის უფლების მქონე ექიმის (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი) დანიშნულებით საჭიროებს სამედიცინო ჩარევას (მკურნალობას ან კვლევას) და დასტურდება წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციით (მაგ: ამბულატორიული პაციენტის ბარათი, სტაციონარული ბარათი და/ან ფორმა #100 და ა.შ.) და ამავდროულად, ნებისმიერი სამედიცინო დოკუმენტაცია თანხვედრაშია ერთმანეთთან და დიაგნოზ(ებ)თან;

**ჰოსპიტალური მომსახურება** – სტაციონარული მკურნალობა, რომლის ხანგრძლივობაც, **სამედიცინო ჩვენების** მიხედვით, აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს;

**ამბულატორიული მომსახურება** – სამედიცინო მომსახურება, რომელიც, **სამედიცინო ჩვენების** მიხედვით, არ საჭიროებს სამედიცინო დაწესებულებაში 24 (ოცდაოთხი) საათზე მეტი ხნით დაყოვნებას.

**დღის სტაციონარი** - დაზღვევის ხელშეკრულების დანართი #1-ით გათვალისწინებული დაავადებ(ებ)ის სტაციონარული მკურნალობა, მიუხედავად იმისა, სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება თუ არა 24 (ოცდაოთხი) საათს;

**აგრეგირებული ლიმიტი** - ბარათში მითითებული თანხა, რომელიც წარმოადგენს ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში მზღვეველის მიერ დაზღვეულის სასარგებლოდ გასაცემი ჯამური სადაზღვევო ანაზღაურების მაქსიმუმს ბარათში მითითებული ყველა ან რომელიმე სადაზღვევო დაფარვისთვის.

**მზღვეველის ელექტრონული პოლისი** - მზღვეველის ელექტრონული პოლისი <https://profile.imedil.ge/login/ge>, რომელიც დაზღვეულ პირთა შესაბამისი წესით რეგისტრაციის შემთხვევაში, ელექტრონული პოლისით განსაზღვრული მომსახურებ(ებ)ის მიღების საშუალებას იძლევა.

## 2. ხელშეკრულების საგანი:

2.1 წინამდებარე დაზღვევის ხელშეკრულება და მისი დანართები არეგულირებს ურთიერთობებს, რომელიც წარმოიშობა მზღვეველს, დამზღვევს და დაზღვეულს შორის, დაზღვევის ხელშეკრულებით და მისი დანართებით განსაზღვრული პირობების შესაბამისად;

2.2 წინამდებარე დაზღვევის ხელშეკრულებით და მისი დანართებით განსაზღვრული პირობების შესაბამისად, მზღვეველი ვალდებულია, შესაბამისი სადაზღვევო პრემიის მიღების სანაცვლოდ, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას უზრუნველყოს დაზღვეული პირისთვის დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა;

## 3. ხელშეკრულების მოქმედების ვადა:

**ხელშეკრულების მოქმედების ვადა (საერთო სადაზღვევო პერიოდი)** - იწყება პოლისის გაცემიდან 48 საათში და სადაზღვევო პერიოდი მითითებულია სადაზღვევო პოლისის შესაბამის გრაფაში.

## 4. დაზღვევის ხელშეკრულების სპეციალური პირობა:

სადაზღვევო პოლისის საბეჭდ ფორმაზე ხელმოწერით/სადაზღვევო პრემიის გადახდით დამზღვევი/დაზღვეული აცხადებს, რომ გაცნობილია დაზღვევის ხელშეკრულების ქვემოთ მოცემულ ყველა დანართს და სრულად ეთანხმება მის პირობებს.

### დაზღვევის ხელშეკრულების შემადგენელი ნაწილებია:

დანართი #1 - სადაზღვევო დაფარვების, მომსახურების მიღების, ანაზღაურების გაცემის პირობები;

დანართი #2 - დაზღვევის სტანდარტული პირობები;

დანართი #3 - თანხმობა პერსონალურ მონაცემთა დამუშავების თაობაზე;

დანართი #4 - პრეტენზიის ფორმა;

დანართი #5 - ხელშეკრულებაზე უარის თქმის განცხადება;

დანართი #6 - პერსონალურ მონაცემთა დამუშავებაზე უარის გაცხადების ფორმა;

**მზღვეველის კონტრაქტორი/პროვაიდერი დაწესებულებების სია** - რომელიც განთავსებულია შემდეგ ელექტრონულ მისამართზე [imedil.ge/legal-info/providersMedMax-MedPlus/ge](https://imedil.ge/legal-info/providersMedMax-MedPlus/ge); ამასთან, მოცემულ დანართში პერიოდულად და ცალმხრივად შესაძლებელია მზღვეველის მიერ შევიდეს შესაბამისი ცვლილება, რომლის თაობაზეც ინფორმაცია მიეწოდება დამზღვევს/დაზღვეულს.

**კონფიდენციალურობის განაცხადი** - რომელიც განთავსებულია მზღვეველის შემდეგ ელექტრონულ მისამართზე: <https://imedil.ge/legal-info/privacy-statement/ge>.

წინამდებარე ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულების სტანდარტული პირობები წარმოადგენს ფაქტის კონსტატაციის აქტის შესაბამისად კონსტატირებული პირობების ანალოგს (რაც ასევე შესაბამის აქტთან ერთად განთავსებულია ვებ- გვერდზე: <https://imedil.ge/legal-info/ge>. ამასთან, სტანდარტულ პირობებში ნებისმიერი

სახის/ხასიათის ცვლილება დასაშვებია მხოლოდ ცვლილების ფაქტის კონსტატაციის გზით და მხოლოდ მზღვეველის მიერ, შესაბამისად ყველა სხვა წინამდებარე პირობებისაგან განსხვავებული პირობები, რომელთა ცვლილება არ განხორციელებულა დადგენილი წესით, არ წარმოშობს მხარეთათვის რაიმე სახის უფლება-მოვალეობებსა თუ პასუხისმგებლობას. ამასთან, პროვაიდერი დაწესებულების სიაში ცვლილება შედის ცვლილების თაობაზე დამზღვევის შეტყობინებისთანავე.

სტანდარტული პირობების ცვლილებისას, სტანდარტული პირობების ახალ პირობებთან შესაბამისობაში მოყვანა განხორციელდება ფაქტის კონსტატაციის გზით და შესაბამისი აქტი სახეცვლილ პირობებთან ერთად აიტვირთება მითითებულ ვებ-გვერდზე, ვებ-გვერდზე იარსებებს ყველა ის აქტი (შესაბამისი თარიღის მითითებით), რომელთა საშუალებითაც განხორციელდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებაში ცვლილებების შეტანა, ხოლო რაც შეეხება სტანდარტულ პირობებს, (მოიაზრებს ფაქტის კონსტატაციის აქტის გარეშე პირობებს რომელიც ყოველ ჯერზე კონსტატირებული პირობების ანალოგია) ვებ-გვერდზე ყოველ ჯერზე მოხდება მათი განახლება, ამასთან, თითოეული ხელშეკრულების სტანდარტული პირობა მოქმედებს, ფაქტის კონსტატაციის შესახებ ახალ აქტში მითითებულ თარიღამდე და ა.შ ყოველი ახალი სტანდარტული პირობის კონსტატირებამდე.

*ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულების დანართი N1*

სადაზღვევო დაფარვების, მომსახურების მიღების, ანაზღაურების გაცემის პირობები და ბარათის ტიპები

*მედ პლუსი*

**1. ბარათის ტიპები**

დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დაფარვები	მედ პლუსი	
	მზღვეველის წილი	ლიმიტი
24 საათიანი სატელეფონო მომსახურება	100%	ულიმიტო
პირადი ექიმის მომსახურება	100%	ულიმიტო
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	100%	ულიმიტო
<b>ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურება</b>		
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	5000 ლარი
გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში საგარანტიო წერილით (მოცდის პერიოდი 12 თვე)	80%	4000 ლარი
დღის სტაციონარი პროვაიდერ კლინიკებში საგარანტიო წერილით (მოცდის პერიოდი 12 თვე)	50%	
ორსულობა პერსონალური ექიმის მიმართებით კონკრეტულ პროვაიდერ კლინიკაში მზღვეველის მითითებით	50%	500 ლარი
<b>ამბულატორიული მომსახურება</b>		
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	100%	ულიმიტო
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება პერსონალური ექიმის მიმართებით ერთ კონკრეტულ კლინიკაში	60%	1000 ლარი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება პერსონალური ექიმის მიმართებით პროვაიდერ კლინიკებში	50%	1000 ლარი
მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება მიმართვა/საგარანტიო წერილით „ჯიპისის“ და „ფარმადეპოს სააფთიაქო ქსელში“	50%	1000 ლარი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება გამონაკლისების გარეშე სს „მეგა ლაბში“ და ევექსის პოლკლინიკებში	50%	ულიმიტო
<b>დაავადებათა პროფილაქტიკა</b>		

ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები	100%	ინდ. სადაზღვევო პერიოდში ერთხელ
<b>სტომატოლოგიური მომსახურება</b>		
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება	100%	800 ლარი
გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში*	50%	1000 ლარი
იმპლანტაცია შპს დენტაგრამში (იმპლანტი შევიცარია "SGS")	60%	1500 ლარი
იმპლანტაცია შპს „დენტალ სთარში“ (იმპლანტი შევიცარია "SGS")	60%	1500 ლარი
გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში**	50%	უღირს
ოდონტოვიზიოგრამა, ორთოპანტომოგრამა, დენტალური კომპიუტერული ტომოგრამა შპს დენტალ ჰაუსში და შპს საერთაშორისო სტომატოლოგიის ცენტრ „ISO“-ში	40%	500 ლარი
ორთოპედიული და ორთოდონტული სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში	ფასდაკლება 10-60%	

\* შესაბამისი კლინიკები, კონტრაქტორი დაწესებულებების ჩამონათვალში <https://imedil.ge/legal-info/providersMedMax-MedPlus/ge>

მითითებულია როგორც „ძირითადი“ სტომატოლოგიური პროვაიდერები.

\*\*შესაბამისი კლინიკები, კონტრაქტორი დაწესებულებების ჩამონათვალში <https://imedil.ge/legal-info/providersMedMax-MedPlus/ge> მითითებულია როგორც „დამატებითი“ სტომატოლოგიური პროვაიდერები.

\*\*\*შესაბამისი კლინიკები კონტრაქტორი დაწესებულებების ჩამონათვალში <https://imedil.ge/legal-info/providersMedMax-MedPlus/ge> მითითებულია როგორც „პრიორიტეტული პროვაიდერი“.

- 1.1 ენდოპროთეზირებისას, აგრეთვე, სხვა მაკორეირებელი დანიშნულების სამედიცინო მოწყობილობების საშუალებით ჩასატრეხელი ოპერაციების დროს, დადგენილია გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების შემდეგი ქველიმიტი (რომელიც, ყოველგვარი ეჭვის გამოსარიცხად, ბართით განსაზღვრული გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტის შემადგენელია ნაწილია): 1,000.00 (ერთი ათასი) ლარი - სტენტისათვის, 1,000.00 (ერთი ათასი) ლარი - ხელოვნური ბროლისათვის და 2,000.00 (ორი ათასი) ლარი - პროტეზის, იმპლანტებისა და სხვა დამხმარე საშუალებებისთვის.
  - 1.2 *ყოველგვარი ეჭვის გამოსარიცხად, პირი დაზღვეულად ითვლება მხოლოდ მისთვის განკუთვნილ/შემენილ ბარათში გათვალისწინებული სადაზღვევო დაფარვების/მომსახურების სახეების მიხედვით;*
  - 1.3 *შესაბამისი ლიმიტით/ქველიმიტით გათვალისწინებული მდგომარეობების/დაავადებების მკურნალობის ხარჯები ანაზღაურდება მხოლოდ ამ ლიმიტით/ქველიმიტით გათვალისწინებული ოდენობიდან (მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი ზღვრული ოდენობა). ერთი ლიმიტის/ქველიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში სხვა მომსახურების ქველიმიტის და/ან ლიმიტის გამოყენება დაუშვებელია.*
2. ძირითადი სადაზღვევო დაფარვების, მომსახურების მიღების, ანაზღაურების გაცემის პირობები

- 2.1 **24 (ოცდაოთხი) საათიანი ქოლ ცენტრი** – ითვალისწინებს **მზღვეველის** მიერ გაწეულ სადღეღამისო სატელეფონო კონსულტაციას, დაზღვევასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდებას და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას. დაზღვევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციის მისაღებად და/ან სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებისათვის **დაზღვეულს** შეუძლია, დაუკავშირდეს **მზღვეველის** 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს სატელეფონო ნომერზე – **(995 32) 2-922-222**; ქოლ ცენტრში შეტყობინების განუხორციელებლობა არ შეიძლება, გახდეს ანაზღაურებაზე უარის თქმის მიზეზი, თუ **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული ყველა სხვა პირობა დაკმაყოფილებულია.
- 2.2 **პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურება** - ითვალისწინებს **პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურების** ხარჯების ანაზღაურებას. **პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურება** მოიცავს: კონსულტაციას, **დაზღვეულის** ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგსა და სამედიცინო ბარათის გახსნას, **სადაზღვევო შემთხვევის** კოორდინაციასა და მართვას, **სამედიცინო ჩვენებისას მიმართვის** გაცემას დამატებითი კონსულტაციების და/ან გამოკვლევების ჩასატარებლად, მკურნალობის დანიშვნას და მკურნალობის ტაქტიკის შეთანხმებას კონკრეტული პროფილის სპეციალისტებთან, **საგარანტიო წერილის** გამოწერას, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დასამკვიდრებლად სამედიცინო რეკომენდაციების გაცემას;
- 2.2.1 პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურების** მიღება შესაძლებელია მხოლოდ **მზღვეველის** მიერ მითითებულ **სამედიცინო დაწესებულებებში**;
- 2.3 **სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მომსახურება** – ითვალისწინებს ტერიტორიული პრინციპით (ქალაქის/რაიონული ცენტრის ფარგლებში) საქართველოს ტერიტორიაზე არსებული ნებისმიერი ლიცენზირებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გაწეული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, საქართველოს ტერიტორიაზე ტრანსპორტირების ხარჯების ჩათვლით;
- 2.3.1 **სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებისას** - **დაზღვეული** (ან წარმომადგენელი) უკავშირდება **მზღვეველის** ქოლ ცენტრს. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროების შემთხვევაში, **დაზღვეულის** ტრანსპორტირების (თბილისში, ასევე, რაიონ(ებ)იდან უახლოეს სათანადო პროფილის **სამედიცინო დაწესებულებაში**) ორგანიზებას ახდენს **მზღვეველი**, რომელიც ასევე უზრუნველყოფს **სამედიცინო დაწესებულებისათვის** ხარჯების ანაზღაურებას. ასეთ შემთხვევებში, საკმარისია, **დაზღვეულმა** პირმა წარადგინოს **ბარათი** და **პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი** და იგი თავისუფლდება მომსახურების ღირებულების გადახდისაგან;
- 2.3.2 იმ შემთხვევაში, თუ **დაზღვეულს** თავად მოუწევს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახება, იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ასანაზღაურებლად მიმართავს **მზღვეველს**. ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, **დაზღვეულის ბარათსა** და **პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან** ერთად **მზღვეველთან** წარმოდგენილი იქნას:
- 2.3.2.1 სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის ექიმის ჩანაწერი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ;
- 2.3.2.2 ფინანსთა სამინისტროს მიერ დადგენილი ფორმით სტამბური წესით დაბეჭდილი ჩეკთან გათანაბრებული დოკუმენტის დედანი.
- 2.4 **დაავადებათა პროფილაქტიკა** – ითვალისწინებს პროფილაქტიკური ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას:
- 2.4.1 **ლაბორატორიულ - ინსტრუმენტული გამოკვლევები** მოიცავს: **პერსონალური ექიმის კონსულტაციას**, სისხლის საერთო ანალიზს, შარდის საერთო ანალიზს, ე.კ.გ.-ს, გლუკოზის დონის განსაზღვრას სისხლში.
- 2.4.2 **ვაქცინაცია და იმუნიზაცია** – ითვალისწინებს **ბარათში** მითითებული ლიმიტის ფარგლებში **პერსონალური ექიმის მიმართვით** ჩატარებული გეგმური იმუნიზაციისა და ვაქცინაციის ხარჯების ანაზღაურებას.
- 2.4.3 **ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები** ტარდება მხოლოდ **მზღვეველის** მიერ მითითებულ **სამედიცინო დაწესებულებებში**;
- 2.5 **ჰოსპიტალური მომსახურება** – ითვალისწინებს **სამედიცინო ჩვენებით** ქირურგიული და კონსერვატიული **ჰოსპიტალური მკურნალობის** (საწოლდღეების, სამკურნალო დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების, მედიკამენტების, პარენტერალური და ენტერალური კვების) ხარჯების ანაზღაურებას. **ჰოსპიტალური მომსახურება** მოიცავს:
- 2.5.1 **გადაუდებელ ჰოსპიტალურ მომსახურებას**, რომელიც ითვალისწინებს **დაზღვეულის** ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში ჩასატარებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთობლიობას, რომლის დროში გადავადების პირობებში გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი ან მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება.
- 2.5.2 **გეგმურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას**, რომელიც ითვალისწინებს **სამედიცინო ჩვენებით** ქირურგიული და კონსერვატიული **ჰოსპიტალური მკურნალობის** ხარჯების ანაზღაურებას, მათ შორის, ამ მომსახურების **ლიმიტიდან** დაიფარება:

- **ონკოქირურგია;**
- **ინტერვენციული კარდიოლოგია/კარდიოქირურგია;**

**გინეკოლოგია**

- ✓ ჰისტეროსკოპია (დიაგნოსტიკა, მანიპულაციები, ოპერაციები)
- ✓ კონიზაცია
- ✓ აბლაცია
- ✓ დიაგნოსტიკური გამოფხეკა (გარდა შეწყვეტილი ორსულობისა)
- ✓ ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთა და დრენაჟი
- ✓ საშოს კისტის ამოკვეთა
- ✓ ლაპარასკოპიული სალპინგექტომია
- ✓ ლაპარასკოპიული კისტექტომია

**მამოლოგია**

- ✓ სარმევე ჯირკვლის ნაწილობრივი ამოკვეთა (კეთილთვისებიანი დაავადებების დროს)
- ✓ **კარდიოვასკულარული სისტემა:**
- ✓ სტიმულატორები
- ✓ კარდიოვერსია

**ოტორინოლარინგოლოგია:**

- ✓ ადენოიდექტომია
- ✓ ტონზილექტომია
- ✓ ადენოტონზილექტომია
- ✓ ნაზალური პოლიპექტომია
- ✓ კონხოტომია
- ✓ სექტოპლასტიკა
- ✓ ქრონიკული სინუსიტი - ენდოსკოპიური ოპერაცია
- ✓ მირინგოტომია
- ✓ ჰაიმოროტომია
- ✓ სექტოპლასტიკა, ნიჟარების დეზინტეგრაცია

**ნებისმიერი სახის ოფთალმოლოგიური ოპერაციები/მანიპულაციები**

**გასტროენტეროლოგია:**

- ✓ თრომბოზული ჰემოროიდის ამოკვეთა/ლიგირება
- ✓ პილონიდალური კისტის ამოკვეთა
- ✓ დერმოიდული კისტის დრენირება
- ✓ პერიანალური დაზიანების, კონდილომას ამოკვეთა
- ✓ გაურთულებელი ფიზურექტომია
- ✓ პოლიპექტომია სწორი ნაწლავიდან
- ✓ ენდოსკოპიური პაპილოტომია/სფინქტეროტომია
- ✓ ვარიკოზული ვენების (კუჭის, საყლაპავის) გეგმური ენდოსკოპიური ლიგირება
- ✓ ენდოსკოპიური გასტროსტომია
- ✓ ენდოსკოპიური პოლიპექტომია
- ✓ ენდოსკოპიურად უცხო სხეულის ამოღება

**გენიტურინარული ტრაქტი:**

- ✓ ტროაკარული ეპიცისტოსტომია
- ✓ ცირკუმციზიო
- ✓ ლაგამის ჩაკვეთა
- ✓ ლითოტრიფსია
- ✓ ეპიდიდიმექტომია (**მოზდილთა ასაკში**)
- ✓ ცისტოლითოტომია ტრანსლუმინალური

### **ყბა-სახის ქირურგია:**

- ✓ ჰაიმორის ღრუში შემაჯავლი კისტის ამოკვეთა
- ✓ ქვედა ყბის არხში ჩაზრდილი კისტის ამოკვეთა
- ✓ სახის რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა
- ✓ სუბპერიოსტალური აბსცესის გაკვეთა
- ✓ პერიოსტიტის ოპერაციული მკურნალობა
- ✓ ხმოვანი იოგების სიმსივნის ენდოსკოპიური ქირურგია
- ✓ ცისტექტომია
- ✓ ალვეოლოტის მკურნალობა გამოფხეკის გზით

### **ქირურგია შერეული:**

- ✓ რბილი ქსოვილების ნაწიბურების და სიმსივნური წარმონაქმნების ამოკვეთა, კრიოთერაპია, ელექტროკოაგულაცია, ქიმიური დესტრუქცია
- ✓ თითის ამპუტაცია (უბედური შემთხვევით განპირობებული ამპუტაციის გარდა)
- ✓ რბილი ქსოვილების კისტების და აბსცესების დრენირება
- ✓ ქვემო კიდურის ვარიკოზული ვენების სტრიპინგი ან ლიგაცია
- ✓ ლიმფური კვანძების ამოკვეთა
- ✓ ზედაპირული ჭრილობის მარტივი დამუშავება/აღდგენა/უცხო სხეულის ამოღება
- ✓ კრიოთერაპია
- ✓ კათეტერული აბლაცია
- ✓ თორაკოცენტუზი
- ✓ სანაღვლე გზების დრენირება
- ✓ ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაციები
- ✓ ლაპაროცენტუზი
- ✓ ხორხის დაზიანებული უბნის ამოკვეთა
- ✓ ხახის დაზიანებული უბნის ამოკვეთა ან კვლევა

### **ორთოპედია, ტრავმატოლოგია:**

- ✓ ჩაქუჩისებრი თითი - ძირითადი ფალანგის თავის რეზექცია
- ✓ მასტენოზირებელი ლიგამენტიტი - მყესბუდის გახსნა
- ✓ მყესების ტენოლიზი
- ✓ მიოტომია/ტენოტომია/კავსულოტომია
- ✓ მაჯის ან მტევნის ტენოსინევექტომია
- ✓ მაჯის ან მტევნის მყესის ფურცლის/ფენის კვეთა ან ნაწილობრივი ამოკვეთა
- ✓ მტევნის/ტერფის თითების რბილქსოვილოვანი სიმსივნეების ამოკვეთა
- ✓ მტევნის, წინამხრის, ტერფის, წვივის ძვლების, მტევნის და კოჭ-წვივის სახსრების ეგზოსტოზების, ან ოსტეოფიტების ამოკვეთა.
- ✓ ფიქსატორის დემონტაჟი ადგილობრივი, რეგიონული ან ხანმოკლე ზოგადი ანესთეზიით
- ✓ მტევნის და ტერფის ფალანგების ქირურგია (ამპუტირებული ფალანგის მიკროქირურგიული აღდგენის გარდა).

### **ადგილობრივი, რეგიონული და ხანმოკლე ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ჩატარებული შემდეგი**

#### **ოპერაციები:**

- ✓ სიმსივნური კერების და მალფორმაციების გეგმიური ემბოლიზაცია
- ✓ [სათესლე ვენის ენდოვასკულარული ემბოლიზაცია](#)
- ✓ ვარიკოზული ვენების ლიგირება, კროსექტომია, მინიფლუბექტომია, სტრიპინგი და ფლუბექტომია
- ✓ სათესლე პარკის ნაწილობრივი ამოკვეთა
- ✓ ჰემოროიდული კვანძების ლიგირება, ლიფტინგი და ფიქსაცია სწორი ნაწლავის კუნთოვან კედელზე HAL-RAR მეთოდით
- ✓ [ანალური სფინქტერის გაფართოება/დეჟუსია და კვეთა/გაჭრა](#)

✓ ჰიგრომის (განგლიონი) ამოკვეთა

• **დღის სტაციონარი:** მოიცავს მხოლოდ შემდეგ ჩარევებს/მანიპულაციებს/ქირურგიულ ოპერაციებს:

(ამასთან, აღნიშნული ჩარევების/მანიპულაციების/ქირურგიული ოპერაციების შემდგომი გართულებების ხარჯები (იგულისხმება, როგორც **დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან** გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები), იმის მიხედვით, ამ გართულებებით განპირობებული სამედიცინო მომსახურება იქნება **ჰოსპიტალურ**, თუ **ამბულატორიულ** პირობებში გაწეული, დაიფარება ბარათით გათვალისწინებული შესაბამისი მომსახურების ლიმიტიდან, შესაბამისი მომსახურებისთვის ბარათით დადგენილი თანაგადახდით. ამასთან, ნებისმიერი სხვა ქირურგიული ოპერაცია, რომელიც არ ხვდება **დღის სტაციონარის** ჩამონათვალში, დაიფარება ბარათით გათვალისწინებული გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტიდან, გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურებისთვის ბარათით დადგენილი თანაგადახდით).

**2.5.3 გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევაში - დაზღვეული** (ან წარმომადგენელი) სურვილისამებრ, 24 (ოცდაოთხი) საათის განმავლობაში უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს, შეტყობინება უნდა მოიცავდეს შემდეგი სახის ინფორმაციას: **დაზღვეულის** სახელი და გვარი, **ბარათის** ნომერი, **სამედიცინო დაწესებულების** დასახელება, ჰოსპიტალში მოთავსების დრო. **დაზღვეულის** უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ სრულყოფილი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ **მზღვეველი** გასცემს **საგარანტიო წერილს 1** (ერთ) სამუშაო დღეში მხოლოდ **პროვადერ სამედიცინო დაწესებულებებში**, რომლის საფუძველზეც **დაზღვეული** უზრუნველყოფილი იქნება შესაბამის სტაციონარში მომსახურებით. ასეთ დროს **დაზღვეული** იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ **თანაგადახდის** თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი **ბარათი** ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანხის დარჩენილი ნაწილის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.

**2.5.4 გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების, ასევე დღის სტაციონარული მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული მზღვეველთან** წარმოადგენს საჭირო სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციას, რის საფუძველზეც, **დაზღვევის ხელშეკრულების** პირობების შესაბამისად, **მზღვეველი** გასცემს **საგარანტიო წერილს 3** (სამი) სამუშაო დღეში მხოლოდ **პროვადერ სამედიცინო დაწესებულებებში**, რაც უზრუნველყოფს **დაზღვეულის** მიერ შესაბამის **სამედიცინო დაწესებულებაში** სამედიცინო მომსახურების მიღებას. ასეთ დროს **დაზღვეული** იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ **თანაგადახდის** თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი **ბარათი** ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანხის დარჩენილი ნაწილის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება. არაპროვადერ კლინიკებში მიღებული მომსახურება და, ასევე, საგარანტიო წერილის გარეშე პროვადერ კლინიკებში მიღებული მომსახურება არ ექვემდებარება ანაზღაურებას.

**2.5.5 გეგმური ან გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას, მზღვეველისგან საგარანტიო წერილის** მისაღებად **დაზღვეულმა** ან მისმა წარმომადგენელმა **დაზღვეულის ბარათის** და **პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტთან** ერთად **მზღვეველს** უნდა წარუდგინოს:

2.5.5.1 ფორმა #IV-100/ა;

2.5.5.2 სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;

2.5.5.3 ანგარიშფაქტურა.

**2.5.6 გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას, არაპროვადერ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეულმა** თავად უნდა გადაიხადოს მომსახურების სრული ღირებულება და **მზღვეველთან** წარმოადგინოს ფორმა #IV-100/ა, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია, ანგარიშფაქტურა, თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი. **მზღვეველი** კი **დაზღვევის ხელშეკრულების** პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

**2.6 ამბულატორიული მომსახურება** – ითვალისწინებს შესაბამისი **სამედიცინო ჩვენებისას** ექიმ სპეციალისტის კონსულტაციის, ლაბორატორიული და/ან ინსტრუმენტული გამოკვლევების, ასევე, ამბულატორიული მანიპულაციების ხარჯების ანაზღაურებას.

**ამბულატორიული მომსახურება** მოიცავს:

**2.6.1 გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებას პერსონალური ექიმის მიმართებით პროვადერ კლინიკებში დაზღვევის ხელშეკრულების** პირობების შესაბამისად;

**2.6.2 გეგმური ამბულატორიული მომსახურება გამონაკლისების გარეშე სს „მეგა ლაბში“ და ევექსის პოლიკლინიკებში** - იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებას მიიღებს სს „მეგა ლაბში“ და ევექსის პოლიკლინიკებში (კლინიკაში არსებული რესურსის შესაბამისად), მასზე არ გავრცელდება წინამდებარე დანართის 3.1.1 - 3.1.7, 3.1.11, 3.1.12 და 3.1.16 ქვეპუნქტებით დადგენილი გამონაკლისები. (მზღვეველის მიერ ანაზღაურება განხორციელდება შესაბამის ბარათში მითითებული ლიმიტისა და თანაგადახდის გათვალისწინებით);

**2.6.3 გადაუდებელ ამბულატორიულ მომსახურებას**, რომლითაც ივარება მხოლოდ:

- ა) ტრავმა;
- ბ) ჰიპერტონული კრიზი;
- გ) ჰიპერთერმია;
- დ) ჰიპოთერმია;
- ე) თერმული დაზიანება;
- ვ) სისხლდენა;
- ზ) თირკმლის, აბდომინალური და ნაღვლკენჭოვანი კოლიკა;
- თ) ბრონქული და კარდიალური ასთმური შეტევა;
- ი) მოწამვლა (გარდა ნარკოტიკულისა);
- კ) ალერგიული რეაქცია (ანაფილაქსია, ჭინჭრის ციება, კვინკე);
- ლ) დეჰიდრატაცია;
- მ) აბსცესი (ქირურგიული მკურნალობა);
- ნ) კრუპის სინდრომი და ცრუ კრუპი;
- ო) გადაუდებელი ვაქცინაცია (ანტიტეტანური, ანტირაბიული, ანტიგიურზინი და ბოტულიზმი) (სრული კურსი);
- პ) პაროქსიზმული ტაქიკარდია.
- ჟ) უცხო სხეული სასუნთქ გზებში;
- რ) ტკივილი გულმკერდის არეში - ექიმის კონსულტაცია, ეკგ, კარდიოექსკოპია, ტროპონინი, ტკივილის მედიკამენტური კუპირება;

ამასთანავე, შესაძლებელია, დაიფაროს სხვა კონკრეტული შემთხვევებიც, რომლებიც არ ხდება ზემოაღნიშნულ ჩამონათვალში, მაგრამ, დაავადების/მდგომარეობის სიმძიმიდან გამომდინარე, საჭიროებს გადაუდებელ ამბულატორიულ სამედიცინო ჩარევას. ასეთი შემთხვევების ხარჯები ანაზღაურდება ბარათით განსაზღვრული გეგმური ამბულატორიული დაფარვისათვის დადგენილი ლიმიტიდან (თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია ბარათით) აღნიშნული დაფარვისათვის დადგენილი თანაგადახდის პროცენტის გათვალისწინებით (თუ ბარათით ასეთი თანაგადახდა გათვალისწინებულია). ამასთან, ყოველგვარი ეჭვის გამოსარიცხად, მიუხედავად აღნიშნულისა, ასეთ შემთხვევებზე გავრცელდება ამ დანართის 2.6.4 პუნქტით დადგენილი გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების მიღებისათვის დადგენილი წესი და პირობები.

**2.6.4 გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში - დაზღვეული** (ან წარმომადგენელი) სურვილისამებრ, მომსახურების მიღებამდე ან მიღებისას უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს. შეტყობინება უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი და გვარი, ბარათის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, მიმართვის დრო. პროვადერ კლინიკაში დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება. არაპროვადერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს შემდეგი წესით: ა) თუ კონკრეტული შემთხვევა ხვდება 2.6.3 პუნქტში მითითებულ გადაუდებელი ამბულატორიის ჩამონათვალში, ანაზღაურება განხორციელდება ბარათით განსაზღვრული გადაუდებელი ამბულატორიული დაფარვისათვის დადგენილი ლიმიტიდან (თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია ბარათით) აღნიშნული დაფარვისათვის დადგენილი თანაგადახდის პროცენტის გათვალისწინებით (თუ ბარათით ასეთი თანაგადახდა გათვალისწინებულია); ბ) თუ კონკრეტული შემთხვევა არ ხვდება 2.6.3 პუნქტში მითითებულ გადაუდებელი ამბულატორიის ჩამონათვალში, მაგრამ, დაავადების/მდგომარეობის სიმძიმიდან გამომდინარე, საჭიროებს გადაუდებელ ამბულატორიულ სამედიცინო ჩარევას, ანაზღაურება განხორციელდება ბარათით განსაზღვრული გეგმური ამბულატორიული დაფარვისათვის დადგენილი

ლიმიტიდან (თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია ბარათით) აღნიშნული დაფარვისათვის დადგენილი თანაგადახდის პროცენტის გათვალისწინებით (თუ ბარათით ასეთი თანაგადახდა გათვალისწინებულია). ამასთან, იმ შემთხვევაში, თუ გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე პროვაიდერი და არაპროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებებისთვის დადგენილია განსხვავებული თანაგადახდა, ანაზღაურება განხორციელდება არაპროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებებისთვის დადგენილი თანაგადახდის პროცენტის გათვალისწინებით.

2.6.5 გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ჟოლ ცენტრს და/ან მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს მზღვეველის მიერ მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი (პერსონალური) ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. თუკი დაზღვეული პერსონალური ექიმის მიმართვის საფუძველზე ამბულატორიულ მომსახურებას იტარებს პროვაიდერ კლინიკაში, ასევე, იმ შემთხვევაში, თუ პროვაიდერ კლინიკაში სპეციალისტის მიერ დამატებითი სამედიცინო კვლევა დადასტურებულია პერსონალური ექიმის მიერ შესაბამისი მიმართვის გაცემით, დაზღვეული პირი იხდის მომსახურების ღირებულების მხოლოდ ბარათით ამ შემთხვევისათვის განსაზღვრულ თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებაში. პერსონალური ექიმის მიერ მიმართვა გაიცემა მხოლოდ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, გარდა პროვაიდერებისა, მიმართვა გაიცემა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტული გამოკვლევა არ ტარდება კონკრეტულ პროვაიდერ კლინიკებში. ასეთ შემთხვევაში, თუკი დაზღვეული პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის საფუძველზე ამბულატორიულ მომსახურებას იტარებს არაპროვაიდერ კლინიკაში, დაზღვეულ პირს თავად მოუწევს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდა, ასეთ შემთხვევაში, ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს მზღვეველს. გაწეული ხარჯების ანაზღაურება მოხდება ბარათში პროვაიდერი კლინიკისთვის განსაზღვრული თანაგადახდის წილის მიხედვით. იმ შემთხვევაში, თუ პროვაიდერ/არაპროვაიდერ კლინიკაში ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება არ არის დადასტურებული პერსონალური ექიმის მიერ შესაბამისი მიმართვის გაცემით, მომსახურების ხარჯები არ ექვემდებარება ანაზღაურებას.

გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება ასევე შესაძლებელია დისტანციურად - პირადი (პერსონალური) ექიმის მიერ გაცემული ელექტრონული მიმართვების საშუალებით მზღვეველის იმ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებიც ახორციელებენ მომსახურების გაწევას ელექტრონული მიმართვების საფუძველზე (შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებების ჩამონათვალი მოცემულია <https://imedil.ge/legal-info/providersMedMax-MedPlus/ge> ლინკზე). ელექტრონული მიმართვის მოთხოვნა შესაძლებელია მზღვეველის <https://profile.imedil.ge/login/ge> ელექტრონული პოლისით.

2.6.6 2.6.2 პუნქტით განსაზღვრული მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს. პირადი (პერსონალური) ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვით. დაზღვეულს შეუძლია აღნიშნული მომსახურების მიღება მხოლოდ პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის საფუძველზე. პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის საფუძველზე დაზღვეული პირი იხდის მომსახურების ღირებულების მხოლოდ ამ შემთხვევისათვის ბარათით განსაზღვრულ თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებისათვის. პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის გარეშე მიღებული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

2.6.7 როგორც გეგმური, ასევე გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისას, თუ დაზღვეული თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილ იქნას:

2.6.7.1 ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);

2.6.7.2 თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

2.6.7.3 პერსონალური ექიმის მიმართვა (გეგმური მომსახურების მიღების შემთხვევაში);

2.7 წამლ(ებ)ის (შემდგომში „მედიკამენტები“) ღირებულების ანაზღაურება – ითვალისწინებს დაზღვეულის ამბულატორიული მკურნალობისას, შესაბამისი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, პერსონალური/პირადი ექიმის მიერ დანიშნული და საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით გამოწერილი მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას. მედიკამენტების შეძენის მიზნით დაზღვეული მიმართავს პერსონალურ ექიმს, რომელიც ნიშნავს საჭირო მედიკამენტებს ან სხვა სპეციალისტის

დანიშნულებას ათანხმებს სპეციალისტთან და გამოწერს საგარანტიო წერილს, რომლის საფუძველზეც, ამავე საგარანტიო წერილში მითითებულ ავთიაქებში, დაზღვეული გადაიხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანხას. ავთიაქში დაზღვეულმა ან უფლებამოსილმა მესამე პირმა საგარანტიო წერილთან ერთად უნდა წარადგინოს ბარათი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. საგარანტიო წერილის გარეშე შეძენილი მედიკამენტები და ასევე, საგარანტიო წერილში მითითებული საავთიაქო ქსელების გარდა სხვა ავთიაქში შეძენილი მედიკამენტები არ ექვემდებარება ანაზღაურებას.

**2.7.1** იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მიერ **დაზღვეულს** დანიშნული აქვს მედიკამენტური მკურნალობა ხანგრძლივ (1 თვეზე მეტი) პერიოდზე, **მზღვევლის** მიერ საგარანტიო წერილზე გამოიწერება მხოლოდ მედიკამენტების ის რაოდენობა, რაც საჭირო იქნება 1 (ერთი) თვის მკურნალობის კურსისათვის და მომდევნო პერიოდის მკურნალობის კურსისთვის საჭირო მედიკამენტებისთვის **საგარანტიო წერილის** მოთხოვნის უფლება **დაზღვეულს** ექნება 1 (ერთი) თვიანი კურსის დასრულებამდე არაუმეტეს 10 (ათი) დღით ადრე მომართვის შემთხვევაში. შესაბამისად, **საგარანტიო წერილზე** გამოიწერება მხოლოდ მკურნალობის 1 (ერთი) თვიანი (მაგრამ არაუმეტეს **ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის** დასრულების ვადისა) კურსის მედიკამენტები;

**დაზღვეულს მედიკამენტებზე საგარანტიო წერილის მიღება ასევე შეუძლია დისტანციურად** - პირადი (პერსონალური) ექიმის მიერ გაცემული ელექტრონული საგარანტიოების საშუალებით. ელექტრონული საგარანტიო წერილის მოთხოვნა შესაძლებელია მზღვევლის <https://profile.imedil.ge/login/ge> ელექტრონული პოლისით.

**2.8** **ორსულობა** - ბარათით გათვალისწინებული ორსულობა ივარება იმ შემთხვევაში, თუ **მომსახურებას** მიიღებს კონკრეტულ პროვაიდერ კლინიკაში მზღვევლის მითითებით (კლინიკაში არსებული რესურსის შესაბამისად). ასევე ორსულობისთვის დადგენილი ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ დაზღვეული ისარგებლებს გეგმური ამბულატორიული მომსახურებით გამონაკლისების გარეშე კონკრეტულ პროვაიდერ კლინიკაში მზღვევლის მითითებით.

**2.8.1** მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს. პირადი (პერსონალური) ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს **დაზღვეულს** საჭირო კვლევებითა და **მიმართვით**. **დაზღვეულს** შეუძლია აღნიშნული მომსახურების მიღება მხოლოდ პირადი (პერსონალური) ექიმის **მიმართვის** საფუძველზე. პირადი (პერსონალური) ექიმის **მიმართვის** საფუძველზე **დაზღვეული** პირი იხდის მომსახურების ღირებულების მხოლოდ ამ შემთხვევისათვის **ბარათით** განსაზღვრულ **თანაგადახდის** წილს, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება **მზღვევლის** მიერ პირდაპირ **სამედიცინო დაწესებულებისათვის**. პირადი (პერსონალური) ექიმის **მიმართვის** გარეშე მიღებული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

**2.9** **სტომატოლოგიური მომსახურება** - ითვალისწინებს სტომატოლოგიური მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას ან **მზღვევლის პროვაიდერ** სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში შესაბამისი ფასდაკლებით უზრუნველყოფას. სტომატოლოგიური მომსახურება მოიცავს:

**2.9.1** **გადაუდებელ სტომატოლოგიური მომსახურებას** – რაც ითვალისწინებს პირველად სტომატოლოგიურ დახმარებას (კბილის მწვავე ტკივილის გაყუჩება (ანესთეზია), მწვავე პულპიტის დროს არხის გახსნას და რენტგენის ხარჯების ანაზღაურებას, კბილის მწვავე ტკივილის დროს კბილის ამოღებას (ექსტრაქცია) მხოლოდ შემდეგი დიაგნოზების შემთხვევაში: პულპისაგან განვითარებული მწვავე აპიკალური პერიოდონტიტი (ICD10 - K 04.4), ქრონიკული აპიკალური პერიოდონტიტი (ICD10 - K 04.5), პერიაპიკალური აბსცესი ღრუს გარეშე (ICD10 - K 04.7);

**2.9.1.1** **გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად** - **დაზღვეული** (ან წარმომადგენელი) სურვილისამებრ წინასწარ უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურების ორგანიზებას. **პროვაიდერ** სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიმართვისას **დაზღვეული** იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ **თანაგადახდის** თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი **ბარათი** ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება; ხოლო სხვა ლიცენზირებულ დაწესებულებაში მიმართვისას – **დაზღვეული** იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და შემდგომ ანაზღაურებლად მიმართავს **მზღვეულს**.

**2.9.1.2** თუ **დაზღვეული** თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, **დაზღვეულის ბარათსა** და **პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან** ერთად **მზღვევლთან** წარმოდგენილი იქნას:

**2.9.1.2.1** ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა, მომსახურების მიღებამდე და მომსახურების მიღების შემდეგ ჩატარებული რენტგენოგრაფიები და სხვა);

- 2.9.1.2.2 თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
- 2.9.2 გეგმურ სტომატოლოგიურ მომსახურებას პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში** – რაც ითვალისწინებს: სტომატოლოგის კონსულტაციას, დიაგნოსტიკურ რენტგენოგრაფიას, კბილის დაბეჭენას, გეგმურ სტომატოლოგიურ ქირურგიულ მკურნალობას, პროფესიულ გაწმენდას, პაროდონტიისა და ლორწოვანი გარსის მწვავე და ოდონტოგენური წარმოშობის დაავადებების მკურნალობას;
- 2.9.2.1 **გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული** მიმართავს **მზღვეველის** მიერ წინაწარ განსაზღვრულ პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებს. **მზღვეველის** არაპროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში მიღებული გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება გარდა იმ რეგიონებისა სადაც **მზღვეველი** ვერ უზღუნველყოფს პროვაიდერი სტომატოლოგიური კლინიკით უზრუნველყოფას. ასეთ შემთხვევაში არაპროვაიდერ ლიცენზირებულ დაწესებულებაში მიმართვისას – **დაზღვეული** იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და შემდგომ ასანაზღაურებლად მიმართავს **მზღვეველს**.
- 2.9.2.2 თუ **დაზღვეული** თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, **დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან** ერთად **მზღვეველთან** წარმოდგენილი იქნას:
- 2.9.2.2.1 ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა, მომსახურების მიღებამდე და მომსახურების მიღების შემდეგ ჩატარებული რენტგენოგრაფიები და სხვა);
- 2.9.2.2.2 თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
- 2.9.3 იმპლანტაციას შპს "დენტაგრამში" (ს/ნ 205223783) და შპს „დენტალ სტარში“ (ს/ნ 402003265)** - რაც ითვალისწინებს იმპლანტაციის ხარჯების ანაზღაურებას, ამასთან, თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიის ისეთი ხარჯები, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოპედიული სამუშაოებისთვის და იმპლანტაციისთვის მოსამზადებლად, არ ექვემდებარება ანაზღაურებას.
- 2.9.3.1 **იმპლანტაციას - დაზღვეული** მიმართავს **მზღვეველის** მიერ წინაწარ განსაზღვრულ და **ბარათში** მითითებულ პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებს, სადაც მომსახურება ხორციელდება შესაბამისი **ბარათით** დადგენილი **ლიმიტისა და თანაგადახდის** ფარგლებში.
- 2.9.3.2 შპს "დენტაგრამის" (ს/ნ 205223783) და შპს „დენტალ სტარის“ (ს/ნ 402003265) გარდა, სხვა კლინიკებში მიღებული მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 2.9.4 ფასდაკლება ორთოდონტიასა და ორთოპედიაზე პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში:** ითვალისწინებს **მზღვეველის** სტომატოლოგიურ კლინიკებში 10-60% ფასდაკლებას;
- 2.10 დოკუმენტაციის მზღვეველისათვის** წარმოდგენისა და ანაზღაურების მოთხოვნის მაქსიმალური ვადა განისაზღვრება შესაბამისი თანხების **დაზღვეულის** (ან წარმომადგენლის) მიერ გადახდიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღით. აღნიშნული ვადის გასვლის შემდეგ **დაზღვეული** არ არის უფლებამოსილი **მზღვეველისაგან** მოითხოვოს შესაბამისი **სადაზღვევო ანაზღაურება**.
- 2.11 მზღვეველი სადაზღვევო ანაზღაურების** გაცემას ნაღდი ანგარიშსწორების გზით განახორციელებს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გასაცემი თანხის/ანაზღაურების ოდენობა არ აღემატება 200 (ორასი) ლარს. აღნიშნული თანხაზე მეტ თანხაზე ანგარიშსწორება **მზღვეველის** მიერ ხორციელდება უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, **ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული ყველა აუცილებელი დოკუმენტის მიღებიდან 10 (ათი) სამუშაო დღის განმავლობაში.
- 2.12 სადაზღვევო ანაზღაურების** გაცემა, გარდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებით განსაზღვრული წესისა, ასევე შესაძლებელია მზღვეველის <https://profile.imedil.ge/login/გეოლოკატორული პოლისის საშუალებით>.
- 2.12.1** სადაზღვევო ანაზღაურების **ელექტრონული პოლისის** საშუალებით მოთხოვნისას, ანგარიშსწორება განხორციელდება უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, **ელექტრონულ პოლისში** ელექტრონულად ატვირთული დოკუმენტაციის საფუძველზე, ხელშეკრულებით განსაზღვრულ ვადაში.
- 2.12.2 ელექტრონულ პოლისში** ატვირთული თანხის ლიმიტი არ არის განსაზღვრული.
- 2.12.3** დაზღვეული ვალდებულია შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაციის ჩეკი და ქვითარი სათანადო მდგომარეობაში შეინახოს 6 თვის ვადაში, რადგანაც გამონაკლის შემთხვევებში მზღვეველმა შეიძლება მოითხოვოს და დაზღვეული ვალდებულია მოთხოვნიდან 3 (სამი) სამუშაო დღის ვადაში წარმოადგინოს კონკრეტული საბუთის/დოკუმენტის/ჩეკის/ქვითრის ორიგინალი, წინააღმდეგ შემთხვევაში მზღვეველი უფლებამოსილია მოითხოვოს დაზღვეულისაგან ანაზღაურებული თანხის უკან დაბრუნება, თუ ანაზღაურება უკვე გაცემულია ან არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება.

**2.13 მოცდის პერიოდი** - გეგმურ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე, ონკოქირურგიაზე, დღის სტაციონარულ მომსახურებაზე, გეგმურ კარდიოქირურგიულ და გეგმურ ინტერვენციულ კარდიოლოგიურ მომსახურებაზე გავრცელდება 12 (თორმეტი) თვიანი მოცდის პერიოდი. კონკრეტულ დაზღვეულთან მიმართებაში ამ პუნქტით გათვალისწინებულ სადაზღვევო დაფარვებზე/სამედიცინო მომსახურებებზე მოცდის პერიოდის გავრცელებისას/დაანგარიშებისას გათვალისწინებული იქნება მზღვეველთან გაფორმებული წინამორბედი დაზღვევის ხელშეკრულებ(ებ)ით (მიუხედავად დამზღვევისა) გათვალისწინებული ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდ(ებ)ი თუ წინა და მომდევნო დაზღვევას შორის პერიოდი არ აღემატება 1 (ერთი) თვეს;

### **3. გამონაკლისები**

#### **3.1 დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების თანახმად, არ იფარება/არ ანაზღაურდება:**

**3.1.1** სექსუალური დარღვევების, იმპოტენციის, უნაყოფობის, უშვილობის, კონტრაცეფციის და კონტრაცეპტივის, არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული აბორტის ხარჯები, კლიმაქსთან დაკავშირებული ხარჯები; რეპროდუქტოლოგიური პრობლემატიკის გამოკვლევასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები; ორსულობის დროს სანაყოფე სითხის დიაგნოსტიკასთან, ნაყოფის გენეტიკურ კვლევასთან დაკავშირებული ხარჯები;

**3.1.2** ფსიქიკური და/ან ქცევითი აშლილობების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები, კერძოდ: ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით; ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი; შიზოფრენია, შიზოტიპური აშლილობანი; ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობანი; აფექტური აშლილობანი; ფიზიოლოგიური და ფიზიკური დარღვევებით გამოწვეული ქცევის პათოლოგია; პიროვნული და ქცევითი დარღვევები (ფსიქოპათიები); გონებრივი ჩამორჩენილობა, ფსიქიკური განვითარების დარღვევები; ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობანი;

**3.1.3** რეფრაქციული ანომალიების ლაზერული კორექციის, ინტრაოკულარული ლინზების იმპლანტაციის, სათვალის, კონტაქტური ლინზებისა და სმენის აპარატის შექმნასთან დაკავშირებული ხარჯები;

**3.1.4** შაქრიან ან უშაქრო დიაბეტთან, თირკმლის და/ან ღვიძლის ქრ. უკმარისობასთან, სისტემურ დაავადებებთან (კერძოდ: კვანძოვანი პოლიარტერიტი, მანეკროზებელი ვასკულოპათიები, სისტემური წითელი მგლურა, დერმატოპოლიმიოზიტი, სისტემური სკლეროზი, შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური დაზიანებები) დაკავშირებული ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურებას ექვემდებარება ამ პუნქტში მითითებული დიაგნოზების და/ან მათი გართულებებით განპირობებული ურგენტული სტაციონარული და ურგენტული **ამბულატორიული მომსახურება**, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, მათ შორის, ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა და პირველადი დიაგნოსტიკა);

**3.1.5** B და C ჰეპატიტებთან, აივ-ინფექციასთან, შიდსთან და მათ გართულებებთან დაკავშირებული გამოკვლევებისა და მკურნალობის ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურებას ექვემდებარება პირველადი დიაგნოსტიკა);

**3.1.6** გონორეის, ათამანგის, შანკრიდის, ვენერიული გრანულომით გამოწვეული დონოვანოზის, ქლამიდიოზის, სასქესო ორგანოების ჰერპესის, სასქესო ორგანოების პაპილომავირუსის, ციტომეგალოვირუსის, ტრიქომონიაზის, კანდიდოზით გამოწვეული ვულვოვაგინიტის და ბალანოპროსტიტის გამოკვლევის და მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება (მაგრამ ანაზღაურდება პირველადი დიაგნოსტიკა);

**3.1.7** ალტერნატიული (ტრადიციული და/ან არატრადიციული) მედიცინის, აკუპუნქტურის, პლაზმაფერეზის, ოზონოთერაპიის, ჰომეოპათიის, მეზოთერაპიის, ლოგოპედიის, ექიმ-ჰომეოპათის, სამკურნალო ვარჯიშისა და სამკურნალო მასაჟის, ლაზეროთერაპიის/ფიზიოთერაპიის (გარდა ბარათით გათვალისწინებულისა), რეაბილიტაციური და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის, ზრდის ფაქტორის (PRP) ინექციის, PET

კვლევის, მონოკლონური ანტისხეულებით მკურნალობის/თერაპიის, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები; წონის კორექციასთან დაკავშირებული ხარჯები; ბარიატრიული ქირურგია;

- 3.1.8** საზღვარგარეთ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები, რაც ცდება დადგენილი დაზღვევის ტერიტორიის ფარგლებს; **კანონმდებლობით** დადგენილ მოთხოვნათა შეუსაბამო ან/და სათანადო ლიცენზიის/ნებართვის არმქონე სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საქმიანობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის; თვითმკურნალობის და მისი გართულების ხარჯები; იმუნიზაციის, ვაქცინაციის ხარჯები (გარდა ანტიტეტანურისა, ანტირაბიულისა, ბოტულიზმისა, ანტიგიურზინისა და **ზარათით** გათვალისწინებულისა). კანონმდებლობით განსაზღვრული სათანადო კომპეტენციის მქონე უწყების მიერ არარეგისტრირებული მედიკამენტების, აგრეთვე, ბიოლოგიურად აქტიური დანამატების, ჰომეოპათიური სამკურნალწამლო საშუალებების, იმუნომოდულატორების, იმუნოსტიმულატორებისა და იმუნოდეპრესანტების ხარჯები; ასევე, ნებისმიერი არასამკურნალწამლო (ბანდაჟი, კორსეტი, სუპინატორი, სამედიცინო დანიშნულების საგანი, სტომატოლოგიაში გამოყენებადი დამხმარე საშუალებები და სხვა), ჰიგიენური და კოსმეტიკური საშუალებების (მათ შორის, ნებისმიერი სახის კბილის პასტა, შამპუნი, საპონი) ღირებულება/ხარჯები, პირის ღრუს სავლები საშუალებების ღირებულება/ხარჯები;
- 3.1.9** სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენისას ან თვითდაშვებით მიღებული დაზიანებების მკურნალობის ხარჯები, სამოქალაქო ომში, ნებისმიერი სახის საომარი მოქმედებების დროს, ანტისახელმწიფოებრივ გამოსვლებში, შეიარაღებულ დაპირისპირებაში, ტერორისტულ აქტებში მონაწილეობის შედეგად მიღებულ დაზიანებათა მკურნალობის ხარჯები, რადიაციული დასხივებისას მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები, მღვიმეებისა და გამოქვაბულების გამოკვლევისათვის, აგრეთვე, ფეთქებად ნივთიერებათა განადგურებაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული შემთხვევების ხარჯები, ეპიდემიებით, პანდემიებით, გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 3.1.10** ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანიასა და ტოქსიკომანიასთან დაკავშირებული ხარჯები; ასევე, ისეთ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები, რომლებიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ შედეგად მოყვა ნარკოტიკული და/ან ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნას; ასევე ალკოჰოლური, ნარკოტიკული და/ან ტოქსიკური ნივთიერებ(ებ)ის ზემოქმედების ქვეშ სატრანსპორტო საშუალების მართვისას მომხდარი ავტოსაგზაო შემთხვევით გამოწვეული მდგომარეობების/დაავადებების სამედიცინო მომსახურების/მკურნალობის ხარჯები;
- 3.1.11** ნებისმიერი პროფესიული სპორტის სახეობებში ან სპორტსმენის სახით სპორტულ სახეობებში (სპორტულ შეჯიბრში, წვრთნაში, საჩვენებელ გამოსვლაში და სხვა) მონაწილეობისას დამდგარ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურებას ექვემდებარება ამ პუნქტში მითითებული შემთხვევებით გამოწვეული დაავადებებით და/ან მათი გართულებებით განპირობებული ურგენტული სტაციონარული და ურგენტული **ამბულატორიული მომსახურება**, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, მათ შორის, ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა);
- 3.1.12** თანდაყოლილი და/ან გენეტიკური დაავადებების, თანდაყოლილი და/ან გენეტიკური პათოლოგიებისა და დეფექტების, მათი გართულებების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები. (მაგრამ ანაზღაურებას ექვემდებარება ამ პუნქტში მითითებული დაავადებების, მდგომარეობების, დიაგნოზების და/ან მათი გართულებებით განპირობებული ურგენტული სტაციონარული და ურგენტული **ამბულატორიული მომსახურება**, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, მათ შორის, ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა);
- 3.1.13** ეგზოპროთეზირების (სტომატოლოგიის ჩათვლით) და ორთოპედიული ენდოპროტეზირების (გარდა ტრავმებისა), ტრანსპლანტაციის (ტრანსპლანტების ჩათვლით), ასევე დეფიბრილატორთან ან გულის რესინქრონიზაციული თერაპიის აპარატით აღჭურვილი იმპლანტირებადი რითმის ხელოვნური წარმმართველის ხარჯები; თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიის ისეთი ხარჯები, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოპედიული ან/და ორტოდონტიული სამუშაოებისათვის მოსამზადებლად (გარდა **ზარათით** გათვალისწინებულისა); აგრეთვე ზოგადი ან მალხენი აირით ანესთეზია სტომატოლოგიური მომსახურებისას;
- 3.1.14** აბლაციის ხარჯები (ინტერვენციულ კარდიოლოგიაში);
- 3.1.15** ჰოსპიტალური მომსახურებისას დამატებითი ან/და ექსკლუზიური მომსახურებების (არასტანდარტული პალატა, აყვანილი ექიმი და სხვა) ხარჯები;
- 3.1.16** არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული მომსახურების ხარჯები.

- 3.1.17 გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ კვლევასთან (მათ შორის, გაგზავნასთან) დაკავშირებული ხარჯები, მიუხედავად იმისა, საზღვარგარეთ გაგზავნის ორგანიზებას განახორციელებს თავად დაზღვეული თუ საქართველოში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულება (ეს შეზღუდვა არ ვრცელდება მზღვეველის პროვაიდერ კლინიკებზე)
- 3.1.18 ტელემედიცინასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 3.1.19 **დაზღვეულის** მიერ ინდივიდუალური განაცხადის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) შევსებისას განუცხადებელი (დამალული) დაავადებების და მათი გართულებების მკურნალობის ხარჯები.
- 3.1.20 თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.
- 3.1.21 როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე, ავთვისებიანი ონკოლოგიური პრობლემატიკის დიაგნოსტიკის, ქიმიო და სხივური მკურნალობის, ჰორმონოთერაპიის, აგრეთვე, ამ პროცედურებთან დაკავშირებულია გამოკვლევებისა და მედიკამენტების ხარჯები.
- 3.1.22 ორსულობა-მშობიარობის ხარჯები (გარდა ბარათით გათვალისწინებულისა).

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტულ დაზღვეულთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გათვალისწინებულია რაიმე სახის სახელმწიფო/რეფერალური/ ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამ(ებ)ით ანუ აღნიშნული პირი აკმაყოფილებს ასეთი პროგრამის ბენეფიციარებისთვის დადგენილ კრიტერიუმებს, მზღვეველი იღებს ვალდებულებას, დაფაროს/აანაზღაუროს მხოლოდ ასეთი პროგრამის ფარგლებში კონკრეტული სამედიცინო მომსახურებისათვის განსაზღვრული თანაგადახდის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) მიღმა დაზღვეულის მიერ გადასახდელი თანხა. ამასთან, თუ დაზღვეული სამედიცინო მომსახურებას მიიღებს ისეთ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც არ მოქმედებს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა, მზღვეველი აანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას სრულად, ხელშეკრულების პირობების მიხედვით.

*ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულების  
დანართი N2*

**დაზღვევის ხელშეკრულების სტანდარტული პირობები HI/MedPlus-001/2025**

1. **დაზღვევის ხელშეკრულება** - წინამდებარე ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულებით და მისი დანართებით გათვალისწინებული პირობების ერთობლიობა, რომელიც წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთიან ხელშეკრულებას და ფორმდება მზღვეველსა და დამზღვევს შორის;
2. **მხარეთა უფლება-მოვალეობები**
  - 2.1. **ზღვეველი ვალდებულია:**
    - 2.1.1 განახორციელოს დაზღვევა დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად;
    - 2.1.2 გადასცეს დამზღვევს ელექტრონული სადაზღვევო პოლისი, დაზღვეულისათვის, დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებისთანავე;
    - 2.1.3 დროულად და სრულად გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება დაზღვევის ხელშეკრულებით განსაზღვრული პირობების შესაბამისად;

- 2.1.4 **დაზღვევის ხელშეკრულების მხარის მიერ პრეტენზიის, მზღვეველისათვის წარდგენის შემთხვევაში, პრეტენზიის მიღებიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში** გასცეს წერილობითი პასუხი პრეტენზიაში მითითებულ გარემოებასთან დაკავშირებით, **მზღვეველის მიერ განხილვას ექვემდებარება მხოლოდ, დაზღვევის ხელშეკრულებით გასაზღვრული წესით მიღებული პრეტენზია** (დანართი #4-ის შესაბამისად).
- 2.2 **მზღვეველი უფლებამოსილია:**
- 2.2.1 მოსთხოვოს **დამზღვევეს/დაზღვეულს დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული ვალდებულებების ჯეროვნად შესრულება;
- 2.2.2 მოსთხოვოს **დამზღვევეს ერთჯერადად და წინასწარ სრული სადაზღვევო შესატანის (პრემია), ან პირველი და ბოლო თვის სადაზღვევო შესატანის (პრემია) წინასწარ გადახდა, სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე, ხოლო დარჩენილი სადაზღვევო პრემიის გადახდა- განვადებით (ყოველთვიურად);**
- 2.2.3 მოსთხოვოს **დამზღვევეს/დაზღვეულს დაზღვევის ხელშეკრულების დადებისათვის აუცილებელი ინფორმაციის წარდგენა** მის მიერ დადგენილი ფორმით, მათ შორის, **დაზღვევის განაცხადის** შევსების გზით;
- 2.2.4 არ აანაზღაუროს იმ სამედიცინო მომსახურების ხარჯ(ებ)ი, რომელიც არ არის გათვალისწინებული **დაზღვევის ხელშეკრულებით;**
- 2.2.5 უარი განაცხადოს სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე **დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ დაზღვევის ხელშეკრულებით** ნაკისრ ვალდებულებათა შეუსრულებლობის ან არაჯეროვანი შესრულების შემთხვევაში;
- 2.2.6 უარი განაცხადოს სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე თუ სამედიცინო მომსახურების გაწევა განხორციელდება **სადაზღვევო პერიოდის** დასრულების შემდგომ, მიუხედავად იმისა, **სადაზღვევო პერიოდის** დასრულებისას **სადაზღვევო შემთხვევა/სამედიცინო მომსახურების მიღება დასრულებულია** თუ არა;
- 2.2.7 უარი განაცხადოს **სამედიცინო მომსახურების/სადაზღვევო შემთხვევის** დაფინანსებაზე თუ მომსახურების განხორციელების/გაწევის დაწყების თარიღისათვის, **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული **სადაზღვევო პერიოდი** დასრულებული იქნება. ასევე არ გასცეს **მიმართვა/საგარანტიო წერილი**, რომლის მოქმედების ვადაც აღემატება **სადაზღვევო პერიოდს;**
- 2.2.8 მის მიერ უფლებამოსილი ექიმი-ექსპერტის მეშვეობით გამოკვლევა ჩაუტაროს **დაზღვეულს** და გაეცნოს (ასევე თუ საჭიროდ ჩათვლის გამოითხოვოს) მის ავადმყოფობის ისტორიას, ამასთან, **მზღვეველის წარმომადგენელი უფლებამოსილია შეამოწმოს სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეულისთვის** გაწეული სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და გაწეული ხარჯ(ებ)ი;
- 2.2.9 ნებისმიერ დროს შეცვალოს/**პროვაიდერთა** სიიდან ამოიღოს/დაამატოს **პროვაიდერი**, რის შესახებაც განახლებული ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია **მზღვეველის ქოლ-ცენტრის** საშუალებით;
- 2.2.10 **დამზღვევის მიერ დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული პირობ(ებ)ის გაყალბების ან გაყალბების მცდელობის გამოვლენის შემთხვევაში, თითოეული ასეთი შემთხვევის გამოვლენისას მოსთხოვოს **დამზღვევეს** საჯარიმო სანქციის სახით, 5,000.00 (ხუთი ათასი) ლარის გადახდა. ამასთან, ასეთი შემთხვევ(ებ)ის დაფიქსირებისას, **მზღვეველი უფლებამოსილია ცალმხრივად შეწყვიტოს დაზღვევის ხელშეკრულება** და მოითხოვოს ზიანის/ზარალის ანაზღაურება;
- 2.2.11 არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება **დაზღვეულის მიერ (ან დაზღვეულის მონაწილეობით) სადაზღვევო შემთხვევის** დადგომის ფაქტის და/ან ანაზღაურების მიღებისათვის აუცილებელი დოკუმენტ(ებ)ის გაყალბების, ასევე, ყალბი ინფორმაციის წარმოდგენის ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში. ამასთან, ყოველი

ასეთი ფაქტის აღმოჩენის შემთხვევაში, **მზღვეველი** უფლებამოსილია, საჯარო სანქციის სახით, მოთხოვოს **დაზღვეულს** 1,000.00 (ერთი ათასი) ლარის გადახდა და ამავდროულად, ცალმხრივად შეუწყვიტოს დაზღვევა, ხოლო თუ ანაზღაურება უკვე გაცემულია, პირგასამტეხლოს სახით მოითხოვოს 2,000.00 (ორი ათასი) ლარის გადახდა. პირგასამტეხლოს მოთხოვნა არ ართმევს **მზღვეველს** უფლებას, მოითხოვოს ზიანის/ზარალის ანაზღაურება;

**2.2.12** იმ შემთხვევაში, თუ დადგინდება, რომ **დამზღვევმა** რაიმე სახით მოახდინა იმ პირების დაზღვევა/დაზღვევის ხელშეწყობა, რომლებიც **დაზღვევის ხელშეკრულების** მიხედვით არ არიან მიჩნეულნი **დაზღვევას დაქვემდებარებულ პირებად**, **მზღვეველი** უფლებამოსილია, მოთხოვოს მას საჯარო სანქციის სახით 3,000.00 (სამი ათასი) ლარის გადახდა ყოველ ასეთ შემთხვევაზე, ამასთან, ასეთ პირ(ებ)თან დაკავშირებული **სადაზღვევო შემთხვევა** არ დაქვემდებარება **მზღვეველის** მიერ ანაზღაურებას, ხოლო თუ ანაზღაურება უკვე გაცემულია, **დამზღვევი** ვალდებულია, უპირობოდ დაუბრუნოს იგი **მზღვეველს**, ასეთ შემთხვევაში **მზღვეველი** უფლებამოსილია **დაზღვეულს** ცალმხრივად შეუწყვიტოს დაზღვევა;

**2.2.13** **დაზღვეულთათვის სამედიცინო დაწესებულებებში** სამედიცინო მომსახურების დროულად და ეფექტურად გაწევის მიზნით, **დაზღვეულების** შესახებ ინფორმაცია (მათ შორის პერსონალური მონაცემები) მიაწოდოს **სამედიცინო დაწესებულებებს**. **დამზღვევი** ადასტურებს, რომ მოპოვებული აქვს **დაზღვეულის** წერილობითი თანხმობა აღნიშნულთან დაკავშირებით და **მზღვეველის** მოთხოვნის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ წარუდგენს **მზღვეველს** შესაბამის დოკუმენტაციას.

**2.2.14** **დაზღვეულისთვის** სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების გაცემის შემდეგ, **მზღვეველი** იტოვებს უფლებას, მოითხოვოს შესაბამისი ხარჯების კომპენსაცია იმ პირთაგან, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან **დაზღვეულის** ჯანმრთელობისთვის მიყენებულ ზიანზე;

**2.3. დამზღვევი ვალდებულია:**

**2.3.1** უზრუნველყოს **ერთჯერადად** და **წინასწარ სრული** სადაზღვევო შესატანის (პრემია), ან **პირველი** და **ბოლო** თვის **სადაზღვევო შესატანის (პრემიის)** წინასწარ გადახდა, **სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე**, ხოლო დარჩენილი სადაზღვევო პრემიის გადახდა- **განვადებით, ყოველთვიურად**.

**2.3.2** უზრუნველყოს **მზღვეველისათვის დაზღვევის ხელშეკრულების** დადებისათვის აუცილებელი უტყუარი ინფორმაციის წარდგენა **მზღვეველის** მიერ დადგენილი ფორმით, მათ შორის, **დაზღვევის განაცხადის** შევსების გზით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

**2.3.3** უზრუნველყოს **პოლისისა და დაზღვეული** პირისათვის განკუთვნილი ნებისმიერ ინფორმაციის/დოკუმენტაციის, მათ შორის სადაზღვევო პროდუქტისათვის განკუთვნილი **საინფორმაციო ფურცლის**, დაზღვევის **ხელშეკრულების მნიშვნელოვანი პირობების** ამსახველი დოკუმენტის და **დაზღვევის ხელშეკრულების** ფარგლებში, პრეტენზიის წარდგენის შესაბამისი დოკუმენტის **დაზღვეული** პირისათვის მიწოდება/გადაცემა;

**2.3.4** გააცნოს **დაზღვეულ** პირს **დაზღვევის ხელშეკრულებით** განსაზღვრული **დაზღვევის პირობები** და ის ვალდებულებები, რომლებიც ეკისრებათ **დაზღვევის ხელშეკრულებიდან** გამომდინარე

**2.4 დამზღვევი უფლებამოსილია:**

**2.4.1** **სადაზღვევო შემთხვევის** დადგომისას მოითხოვოს **მზღვეველისაგან** სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა **დაზღვევის ხელშეკრულებით** განსაზღვრული პირობების შესაბამისად;

**2.4.2** პლასტიკური ბარათის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) დაკარგვის ან განადგურების შემთხვევაში, მოსთხოვოს მზღვევლს დაკარგული პლასტიკური ბარათის დუბლიკატის გაცემა, რომლის ხარჯებსაც გაიღებს მზღვეველი;

**2.5 დაზღვეული უფლებამოსილია:**

**2.5.1** მიიღოს სადაზღვევო ანაზღაურება მზღვეველისაგან დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად;

**2.5.2** მოსთხოვოს მზღვევლს, წინამდებარე დაზღვევის ხელშეკრულების ფარგლებში, ნებისმიერი დოკუმენტაციის/დანართის/ინფორმაციის მისთვის გადაცემა, როგორც წერილობითი ასევე ელექტრონული ფორმით.

**2.6 დაზღვეული ვალდებულია:**

**2.6.1** მიიღოს სამედიცინო მომსახურება მხოლოდ შესაბამისი ლიცენზიის/ნებართვის მქონე სამედიცინო დაწესებულებებში;

**2.6.2** წარუდგინოს მზღვევლს დანართი #1-ით, სადაზღვევო შემთხვევის შესაბამისად გათვალისწინებული დოკუმენტები ქართულ ენაზე, არაქართულენოვანი დოკუმენტების მზღვეველისათვის წარდგენა შესაძლებელია მხოლოდ ქართულად ნათარგმნი, ნოტარიულად დამოწმებული წესით.

### **3. სადაზღვევო პრემიის გადახდის პირობები**

**3.1 სადაზღვევო პრემიის (შესატანის) ოდენობა და მისი გადახდის წესი/გრაფიკი განისაზღვრება დაზღვევის ხელშეკრულების ელექტრონული სადაზღვევო პოლისის შესაბამისად;**

**3.2.** დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე, გადაიხადოს პირველი სადაზღვევო პრემია. დაზღვევა ძალაში შედის მხოლოდ სადაზღვევო პოლისით სადაზღვევო პრემიის პირველი ან ერთჯერადი სადაზღვევო შენატანის დამზღვევის მიერ გადახდისას.

**3.3** სადაზღვევო პრემიის განვადებით (ყოველთვიურად) გადახდის შემთხვევაში, მორიგი სადაზღვევო პრემიის დადგენილ ვადაში სრულად გადაუხდელობისას, მზღვეველი უფლებამოსილია დამზღვევს განუსაზღვროს პრემიის გადახდის ორკვირიანი დამატებითი ვადა. თუ ამ ვადის გასვლის შემდგომ ადგილი ექნება სადაზღვევო შემთხვევას და გადახდა არ იქნება განხორციელებული, მზღვეველი თავისუფლდება ანაზღაურების მოვალეობისაგან, წინამდებარე ვადის განსაზღვრა ხორციელდება 3.4 პუნქტში მითითებული მოკლე ტექსტური შეტყობინების საშუალებით.

**3.4** სადაზღვევო პრემიის განვადებით (ყოველთვიურად) გადახდის შემთხვევაში დამზღვევს/დაზღვეულს, პოლისით გათვალისწინებული ვადამოსული სადაზღვევო პრემიის გადახდამდე ერთი დღით ადრე, და ასევე დავალიანების წარმოშობის თარიღიდან არაუგვიანეს 3 (სამი) სამუშაო დღის ვადაში სადაზღვევო პოლისში დაფიქსირებულ მობილური ტელეფონის ნომერზე გაეგზავნება მოკლე ტექსტური შეტყობინება (sms) (შემდგომში - შეტყობინება) სადაზღვევო პოლისის, პრემიის ოდენობისა და გადახდის თარიღის მითითებით, სადაზღვევო პრემიის, შეტყობინებაში მითითებულ ვადაში გადაუხდელობის შემთხვევაში, 3.3 პუნქტში მითითებული 2 კვირიანი ვადის გასვლის შემდგომ დღეს, დამზღვევს/დაზღვეულს გაეგზავნება მეორე შეტყობინება სადაც აღინიშნება, რომ დაზღვევის ხელშეკრულება სადაზღვევო პრემიის გადაუხდელობის შემთხვევაში ექვემდებარება შეწყვეტას შეტყობინების ადრესატისათვის გაგზავნიდან 1 (ერთი) თვის ვადაში.

**3.5** ამასთან, დამზღვევი/დაზღვეული ვალდებულია წერილობითი ან ელექტრონული ფორმით, (პოლისში მითითებულ მისამართზე წერილის გაგზავნის გზით და/ან პოლისში მითითებული ელექტრონული ფოსტიდან მზღვეველის შემდეგ ელექტრონულ ფოსტაზე [უნო-სუკპორტ.იმედილ.გე](mailto:info@სუკპორტ.იმედილ.გე) შეტყობინების გაგზავნის გზით) შეატყობინოს მზღვეველს სადაზღვევო პოლისში მითითებული მობილური ნომრის

ცვლილება, წინააღმდეგ შემთხვევაში დამზღვევის/დაზღვეულისათვის სადაზღვევო პოლისში მითითებულ ნომერზე განხორციელებული შეტყობინება მიიჩნევა ჩაბარებულად გაგზავნის თარიღიდან.

**3.6** წინამდებარე მუხლით განსაზღვრული ანგარშსწორება დასაშვებია მხოლოდ ბილინგის საშუალებით, შესაბამისად, ყველა სხვა გზით გადახდილი სადაზღვევო პრემიის შემთხვევაში ან იმ შემთხვევაში თუ სადაზღვევო პრემია სრულად არ იქნა გადახდილი, სადაზღვევო პოლისი შესაძლებელია გაუქმდეს მზღვეველის მიერ.**3.8** სადაზღვევო პრემიის დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ ვადაში გადაუხდელობის შემთხვევაში, მოთხოვნას ექვემდებარება როგორც სადაზღვევო პრემია სრულად, ასევე, მიუღებელი შემოსავალი მზღვეველის მიერ მისაღები სადაზღვევო პრემიის თითოეული ტრანშის, საბანკო დაწესებულების ანაბარზე განთავსების შემთხვევაში განსაზღვრული სარგებლის შესაბამისი ოდენობით.

#### **4. ხელშეკრულების შეწყვეტა**

**4.1** დაზღვევის ხელშეკრულების (სადაზღვევო პერიოდი) დაწყებისა და დასრულების ვადა განისაზღვრება დაზღვევის ხელშეკრულებით;

**4.2** დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დაზღვევის შეწყვეტის საფუძველი შეიძლება გახდეს:

- ა) მზღვეველის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების სრულად შესრულება, ანუ შესაბამისი ანაზღაურების ლიმიტის სრულად ამოწურვა, თუ შესაბამისი პრემია სრულად არის გადახდილი;
- ბ) მეორე მხარის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობა;
- გ) მხარეთა წერილობითი შეთანხმება;
- დ) ყოველგვარი საფუძვლის გარეშე, დამზღვევის/დამსაქმებლის/დაზღვეულის ინიციატივით, ხელშეკრულების დადებიდან 14 (თოთხმეტი) კალენდარული დღის (ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ მზღვეველის ერთობლივად ყველა საკონტაქტო ელ. ფოსტაზე მოთხოვნის გაგზავნის გზით). ხელშეკრულების შეწყვეტის უფლება არ წარმოიშობა, თუ ხელშეკრულების ვადის გასვლამდე პირდაპირ და მკაფიოდ მოთხოვნილია მომსახურების მიღება;
- ე) კანონმდებლობით და/ან დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სხვა შემთხვევები;

**4.3** დამზღვევის მიერ დაზღვევის ხელშეკრულების მოქმედების ვადამე შეწყვეტის სურვილის შემთხვევაში ან თუ მზღვეველის მიერ დაზღვევის ხელშეკრულების ვადამდე შეწყვეტა განპირობებულია დამზღვევის მიერ ნაკისრ ვალდებულებათა შეუსრულებლობით/არაჯეროვანი შესრულებით და/ან დარღვევით, მზღვეველისთვის სადაზღვევო პრემიის გადახდის საკითხი შემდეგნაირად რეგულირდება: თუ დამზღვევის მიერ სადაზღვევო ურთიერთობის შეწყვეტის სურვილი განპირობებულია მტკიცებულებ(ებ)ით დადასტურებული/დასაბუთებული პატივსადები მიზეზ(ებ)ით, დამზღვევის უბრუნდება საერთო გამოუმუშავებელი პრემიის გადახდილი ნაწილი, ამასთან, ყოველგვარი ეჭვის გამოსარიცხად, საერთო გამოუმუშავებული სადაზღვევო პრემია დამზღვევის მიერ გადახდას ექვემდებარება ნებისმიერ შემთხვევაში. ზემოხსენებული პატივსადები მიზეზების არარსებობის შემთხვევაში, ან, თუ დაზღვევის ხელშეკრულების შეწყვეტა მოხდა მზღვეველის ინიციატივით, რაც განპირობებულია დამზღვევის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობით/დარღვევით/არაჯეროვანი შესრულებით, დარჩენილი სადაზღვევო პერიოდისათვის გათვალისწინებული სადაზღვევო პრემია არ ექვემდებარება დამზღვევისათვის დაბრუნებას, ხოლო თუ გამოუმუშავებელი პრემია გაუქმების მოთხოვნის მომენტისთვის გადახდილი არაა, გადახდა უნდა მოხდეს სრულად ხელშეკრულების შეწყვეტის მოთხოვნისთანავე არაუგვიანეს 2 (ორი) სამუშაო დღის ვადაში, ყოველგვარი ეჭვის გამოსარიცხად, ზემოაღნიშნულ შემთხვევაში სადაზღვევო პრემია (გამომუშავებული და გამოუმუშავებელი) დამზღვევის მიერ სრულად გადახდას ექვემდებარება ნებისმიერ შემთხვევაში,

**4.4. სპეციალური პირობა:** იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვევის გაუქმების მოთხოვნის მომენტში დაზღვეულს მოთხოვნილი ან/და გამოყენებული აქვს სადაზღვევო მომსახურება ან/და საჩუქარი/ბენეფიტი და ითხოვს დაზღვევის ხელშეკრულების გაუქმებას, დარჩენილი სადაზღვევო პერიოდისათვის გათვალისწინებული **სადაზღვევო პრემია არ ექვემდებარება დამზღვევისათვის დაბრუნებას**, ხოლო თუ გამოუმუშავებელი პრემია გაუქმების მოთხოვნის მომენტისთვის გადახდილი არაა, გადახდა უნდა მოხდეს სრულად ხელშეკრულების შეწყვეტის მოთხოვნისთანავე არაუგვიანეს 2 (ორი) სამუშაო დღის ვადაში, ამასთან, **წინამდებარე დაზღვევის ხელშეკრულების ფარგლებში მიღებული ნებისმიერი სახის ბენეფიტი/საჩუქარი ექვემდებარება ანაზღაურებას/დაბრუნებას დამზღვევის მიერ.**

იმ შემთხვევაში, თუ მოთხოვნის მომენტში დაზღვეულს მოთხოვნილი ან/და გამოყენებული არ აქვს სადაზღვევო მომსახურება ან/და საჩუქარი/ბენეფიტი და მოითხოვს ხელშეკრულების გაუქმებას, უკვე გადახდილი პრემია არ ექვემდებარება დაბრუნებას, გარდა წინამდებარე ხელშეკრულების 4.2 „დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევისა.

წინამდებარე მუხლის მიზნებისთვის დაზღვევის მოთხოვნა/გამოყენება ნიშნავს მინიმუმ ერთხელ ოჯახის ექიმთან ვიზიტს ან/და მინიმუმ ერთ გაცემულ და გამოყენებულ მიმართვას/გაცემულ ანაზღაურებას.

## **5. მხარეთა განცხადებები და გარანტიები**

**5.1 დაზღვევის ხელშეკრულების ხელმოწერით/დადასტურებით/სადაზღვევო პრემიის გადახდით დამზღვევი ადასტურებს და გარანტიას იძლევა, რომ:**

**5.1.1 დაზღვევის ხელშეკრულება** მის მიერ დადებულია გონივრული განსჯის შედეგად;

**5.1.2 მზღვეველისგან** მიღებული აქვს ყველა აუცილებელი ინფორმაცია და განმარტება **დაზღვევის ხელშეკრულების** პირობებთან დაკავშირებით;

**5.1.3 დაზღვევის ხელშეკრულების პირობები** სრულად ასახავს მხარეთა შორის, ხელშეკრულების განხილვისა და მომზადების ეტაპზე მიღწეულ შეთანხმებებსა და პირობებს.

**5.1.4 დაზღვეულს** მიაწოდა ამომწურავი და სრული ინფორმაცია **მზღვეველის** ვებ-გვერდზე განთავსებული დაზღვევის პირობების, **საინფორმაციო ფურცლისა** და **პრეტენზიის** ფორმასთან დაკავშირებით, ასევე, ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ კერძო სადაზღვევო სქემაში ჩართვა გამოიწვევს დაზღვეულის სახელმწიფო საყოველთაო დაზღვევის პოლისის გაუქმებას.

**5.1.5 დაზღვევის ხელშეკრულება** არ შეიცავს მისთვის ბუნდოვან პირობებს ან უჩვეულო ვალდებულებებს და/ან ჩანაწერს;

**5.1.6** მას გააჩნია სრული უფლებამოსილება **დაზღვევის ხელშეკრულების** დასადებად და აღსასრულებლად;

**5.1.7** იმ შემთხვევაში, თუ **დაზღვევის ხელშეკრულება** იდება მესამე პირთა (**დაზღვეულთა**) სასარგებლოდ, მას მოპოვებული აქვს ყველა აუცილებელი თანხმობა ასეთ მესამე პირ(ებ)ისაგან: (ა) **დაზღვევის ხელშეკრულები** დადებასა და მის/მათ სასარგებლოდ დაზღვევის განხორციელებაზე და (ბ) იმის თაობაზე, რომ **მზღვეველი** სრულად და შეუზღუდავად ისარგებლებს 2.2.8 ქვეპუნქტით მინიჭებული უფლებამოსილებით და გ) საყოველთაო დაზღვევის პოლისის გაუქმებაზე; ამასთან, მზღვეველის მოთხოვნის შემთხვევაში დამზღვევი ვალდებულია დაუყოვნებლივ წარმოადგინოს დაზღვეულის წერილობითი თანხმობა, წინააღმდეგ შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანია უფლებამოსილია უარი განაცხადოს სადაზღვევო ანაზღაურებაზე. ამასთან, აღნიშნული თანხმობის წარმოდგენლობის შემთხვევაში ყველაწარმოადგინებული თანხმობა შედეგებზე ეკირება დამზღვევს.

- 5.1.8 იმ შემთხვევაში, თუ **დაზღვევის ხელშეკრულება** იდება მესამე პირთა (**დაზღვეულთა** სასარგებლოდ), იგი ზედმიწევნით სრულყოფილად აუხსნის და განუმარტავს მას/მათ **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებულ ყველა პირობას და ასევე, ყველა იმ ვალდებულებასა და პასუხისმგებლობას, რომელიც შესაძლოა, დაეკისროთ მათგან გამომდინარე;
- 5.1.9 მას გაცნობიერებული აქვს, რომ **დაზღვევის ხელშეკრულების** საფუძველზე შესაძლებელია მხოლოდ **დაზღვევას დაქვემდებარებულ პირთა** დაზღვევა.
- 5.1.10 მხარისათვის წინასწარ შეტყობინებას ექვემდებარება, **დაზღვევის ხელშეკრულების** პირობის იმგვარი ცვლილება, რომელიც აუარესებს **დაზღვეულის/დამზღვევის** ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ უფლება/მოვალეობებსა თუ პირობებს.
- 5.2 **დამზღვევი** ადასტურებს, რომ გაცნობიერებული აქვს, რომ **მზღვეველი** მასთან **დაზღვევის ხელშეკრულებას** აფორმებს მის ზემოაღნიშნულ განცხადებებსა და გარანტიებზე დაყრდნობით.
- 5.3 **დაზღვევის ხელშეკრულების** ხელმოწერით/დადასტურებით/სადაზღვევო პრემიის გადახდით **დამზღვევი** ადასტურებს, რომ **დაზღვევის ხელშეკრულების** ფარგლებში **დაზღვეულის** მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობის ან არაჯეროვნად შესრულების შემთხვევაში, **დამზღვევის** პასუხისმგებლობა **სოლიდარულია დაზღვეულის/დამზღვევის** პასუხისმგებლობისა;
6. **დავა, ზიანის ანაზღაურება**
- 6.1. მხარეთა შორის წამოჭრილი ნებისმიერი დავა წყდება მხარეთა ურთიერთშეთანხმებით, შეუთანხმებლობის შემთხვევაში კი - თბილისის საქალაქო სასამართლოს მეშვეობით, **კანონმდებლობის** შესაბამისად,
- 6.2 წინამდებარე ხელშეკრულების შესრულებასთან დაკავშირებული დავების/უთანხმოების წარმოშობის შემთხვევაში, მისი ურთიერთშეთანხმებით/მორიგებით დასრულების მიზნით მხარეებს, აგრეთვე დაზღვეულს და მოსარგებლეს უფლება აქვთ მიმართონ ა(ა)იპ „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ „დაზღვევის მედიაციის“ მედიატორს სატელეფონო ხაზის მეშვეობით ნომერზე: 2555155, ან მისამართზე: თბილისი მოსაშვილის ქუჩა 24, ან ელექტრონული ფოსტის მისამართზე: [mediacia.insurancეორგგე](mailto:mediacia.insurancეორგგე), „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ „დაზღვევის მედიაციის“ პროცესთან დაკავშირებული საერთო ხარჯების დაფინანსება ხდება „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის“ საწევრო შემოსავლებიდან.
7. **ფორს-მაჟორი**
- 7.1 მხარეები თავისუფლდებიან **დაზღვევის ხელშეკრულებით** ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისაგან, თუ დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ვალდებულებ(ებ)ის შეუსრულებლობის ან/და არაჯეროვნად შესრულების მიზეზი იყო ფორს-მაჟორული გარემოებების (სტიქიური უბედურება, ომი, სამხედრო მანევრები, დივერსია, ასევე სხვა მოვლენები, რამაც მხარეთა ნებისგან დამოუკიდებლად დააბრკოლა ან/და შეუძლებელი გახადა მხარეთა მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება) დადგომა;
- 7.2 **დაზღვევის ხელშეკრულების** მოქმედება შეჩერდება ფორს-მაჟორული გარემოების დამთავრებამდე;
- 7.3 თუ ფორს-მაჟორული გარემოების ხანგრძლივობა/ზემოქმედება გრძელდება 3 (სამ) თვეზე მეტ ხანს, თითოეული მხარე უფლებამოსილია, მოითხოვოს **დაზღვევის ხელშეკრულების** შეწყვეტა;
- 7.4 მხარის მოთხოვნის შემთხვევაში ფორს-მაჟორული გარემოებების არსებობის/დასრულების დადასტურება უნდა განხორციელდეს კომპეტენტური ორგანოს მიერ.
8. **ურთიერთმოთხოვნათა გაქვითვა**
- 8.1. **მზღვეველი** უფლებამოსილია **დამზღვევისათვის/დაზღვეულისათვის** შესაბამისი შეტყობინების მიწოდებით მოახდინოს ნებისმიერი სახის ურთიერთმოთხოვნათა გაქვითვა; რამდენიმე მოთხოვნათის არსებობის შემთხვევაში, გაქვითვის აუცილებლობას და რიგითობას განსაზღვრავს **მზღვეველი** ერთპიროვნულად და საკუთარი შეხედულებისამებრ;

## 9. კომუნიკაცია მხარეებს შორის

9.1 მხარეებს შორის ნებისმიერი ოფიციალური ურთიერთობა უნდა ატარებდეს წერილობით ფორმას. მხარისათვის გათვალისწინებული წერილობითი შეტყობინება მას შეიძლება მიეწოდოს პირადად ან გაეგზავნოს კურიერის (მათ შორის, საერთაშორისო კურიერის) ან საფოსტო გზავნილის (მათ შორის, დაზღვეული წერილის) საშუალებით. მხარეები თანხმდებიან, რომ ოპერატიულობის მიზნით და ქვემოთ მოცემული დებულებების გათვალისწინებით დასაშვებია, **მზღვეველის** მიერ **დამზღვევის/დაზღვეულის დაზღვევის ხელშეკრულების** ფარგლებში წარმოშობილ ნებისმიერ ურთიერთობასთან დაკავშირებული შეტყობინების მიწოდება ფაქსის, ელექტრონული ფოსტის, მოკლე ტექსტური შეტყობინების ან **მზღვეველის** მიერ დადგენილი ნებისმიერი სხვა ოპერატიული საშუალებით გაგზავნის გზით, იმ პირობით, რომ **დამზღვევის/დაზღვეულის** მოთხოვნის შემთხვევაში, ამგვარი მოთხოვნიდან გონივრულ ვადაში მას წარედგინება შეტყობინება წერილობითი ფორმითაც (მომავალში ნებისმიერი გაუგებრობის თავიდან აცილების მიზნით მხარეები ადასტურებენ, აღიარებენ და თანხმდებიან, რომ იმ შემთხვევაში თუ **დამზღვევის/დაზღვეულის** მიერ გონივრულ ვადაში არ იქნება მოთხოვნილი შეტყობინების წერილობითი ფორმითაც წარდგენა, არაწერილობითი ფორმით გაგზავნილი შეტყობინება არ შეიძლება ჩაითვალოს სათანადო ფორმის დაუცველად გაგზავნილ შეტყობინებად);

9.2 შეტყობინება ჩაბარებულად ითვლება ადრესატის მიერ მისი მიღების დღეს თუ შეტყობინების მიღება დადასტურებულია ადრესატის მიერ (მათ შორის, ელექტრონული დოკუმენტით, ქვითრით და ა.შ.). თუ შეტყობინების მიღება არ არის დადასტურებული ადრესატის მიერ, ნებისმიერი ასეთი შეტყობინება მიიჩნევა სათანადო წესის შესაბამისად გაგზავნილად და მიღებულად: ა) კურიერის ან დაზღვეული საფოსტო გზავნილის მეშვეობით წერილობითი შეტყობინების გაგზავნის შემთხვევაში – ჩაბარების დადასტურების თარიღის დღეს; ბ) ელექტრონული ფოსტის, მოკლე ტექსტური შეტყობინების ან/და სხვა ელექტრონული საშუალებით გაგზავნის შემთხვევაში – შესაბამისი შეტყობინების ადრესატისათვის გაგზავნის თარიღიდან, გ) **მზღვეველის** მიერ დადგენილი ნებისმიერი სხვა ოპერატიული საშუალებით გაგზავნის შემთხვევაში – გაგზავნის თარიღის მეორე სამუშაო დღეს.

9.3 **დამზღვევი** უფლებამოსილია **დაზღვევის ხელშეკრულების** გაუქმება მოითხოვოს კრედოს სერვისცენტრში განცხადების დაწერის გზით.

9.4 შეტყობინება მიღებულად ითვლება იმ შემთხვევაშიც, თუ შეტყობინების გამგზავნ მხარეს შეტყობინება დაუბრუნდება გაგზავნილ მისამართზე შეტყობინების ადრესატის ადგილსამყოფელის არარსებობის გამო, ადრესატი უარს განაცხადებს შეტყობინების მიღებაზე, ან თავს აარიდებს მის მიღებას.

9.5 მხარეები ურთიერთობას განახორციელებენ **დაზღვევის ხელშეკრულებით** განსაზღვრულ მისამართზე (ან სხვა ნებისმიერ მისამართზე, რომელსაც ერთი მხარე აცნობებს მეორეს წერილობით). მხარე ვალდებულია აღნიშნული მისამართ(ებ)ის ან მათი რომელიმე მონაცემის ცვლილების შესახებ დროულად აცნობოს მეორე მხარეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში, მხარის მიერ აღნიშნულ მისამართზე განხორციელებული ურთიერთობა (შეტყობინების გაგზავნა და სხვა) ჩაითვლება ჯეროვნად შესრულებულად.

## 10. დასკვნითი დებულებები

10.1. **დაზღვევის განაცხადი** (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) წარმოადგენს **დაზღვევის ხელშეკრულების** განუყოფელ ნაწილს;

10.2 მხარეები ადასტურებენ, რომ **დაზღვევის ხელშეკრულების** შინაარსი ზუსტად გამოხატავს მხარეთა ნებას და რომ მათ მიერ ნების გამოვლენა მოხდა **დაზღვევის ხელშეკრულების** შინაარსის გონივრული განსჯის შედეგად და არა მარტოდენ სიტყვა-სიტყვითი მნიშვნელობიდან

10.3 **დაზღვევის ხელშეკრულების** რომელიმე მუხლ(ებ)ის, პუნქტ(ებ)ის ან/და ქვეპუნქტ(ებ)ის ბათილობა არ გამოიწვევს მთლიანად **დაზღვევის ხელშეკრულების** ან/და მასთან დაკავშირებული სხვა ხელშეკრულებ(ებ)ის ან/და მათი სხვა მუხლ(ებ)ის, პუნქტ(ებ)ის ან/და ქვეპუნქტ(ებ)ის ბათილობას. ბათილი დებულების ნაცვლად, გამოიყენება იმგვარი დებულება, რომლითაც უფრო ადვილად მიიღწევა

**დაზღვევის ხელშეკრულებით** ან/და მასთან დაკავშირებული სხვა ხელშეკრულებ(ებ)ით (მათ შორის ბათილი დებულებით) გათვალისწინებული მიზანი.

**10.4 დაზღვევის ხელშეკრულების** პირობები ატარებენ კონფიდენციალურ ხასიათს და **დაზღვევის ხელშეკრულებასთან** (მათ შორის დამზღვევთან/დაზღვეულთან) დაკავშირებული ყოველგვარი ინფორმაცია/დოკუმენტაცია მესამე პირ(ებ)ს გადაეცემა(თ) მხოლოდ **კანონმდებლობით** დადგენილი წესით, ასევე, მხარეთა მიერ წერილობით გათვალისწინებული შემთხვევებში. ამასთან აღნიშნული შეზღუდვა არ შეეხება:

- ა) იმ ინფორმაციას, რომლის გაცემა/გამჟღავნება მოხდება **მზღვეველის** აუდიტორული შემოწმების ჩატარების ან/და **მზღვეველისათვის** საკონსულტაციო მომსახურების გაწევის მიზნებისათვის;
- ბ) იმ ინფორმაციას, რომელიც არის ან გახდება საჯაროდ ხელმისაწვდომი მხარეთაგან დამოუკიდებლად;
- გ) ინფორმაციას, რომლის გამჟღავნებაც მხარეები წერილობით შეთანხმდებიან;
- დ) ინფორმაციას, რომლის გამჟღავნებაც მოხდება რომელიმე მხარის მიერ კანონმდებლობისა და/ან შესაბამისი რეგულაციების (მათ შორის, მზღვეველის შემთხვევაში, იმ საფონდო ბირჟის მოთხოვნების მიხედვით და დაცვით, სადაც ივაჭრება მისი ბენეფიციარი მფლობელის აქციები) მოთხოვნათა შესაბამისად. მიუხედავად აღნიშნულისა, დაზღვევის ხელშეკრულებაზე ხელმოწერით **დამზღვევი** ანიჭებს უპირობო უფლებას **მზღვეველს**, იმ შემთხვევაში, თუ **დამზღვევი** დაარღვევს **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებულ ანგარიშსწორების ვალდებულებას, ყოველგვარი დამატებითი შეთანხმების გარეშე, **დამზღვევის** შესახებ მის ხელთ არსებული ყველა სახის საკრედიტო და მასთან დაკავშირებული ინფორმაცია, გადასცეს ორგანიზაციას რომელიც აწარმოებს არაკეთილსინდისიერ გადამხდელთა ერთიან ბაზას.

**10.5 დაზღვევის ხელშეკრულება** ან/და მასთან დაკავშირებული სხვა ხელშეკრულება/ები სრულად ვრცელდება და სავალდებულოა მხარეთა უფლებამონაცვლებების,თუ მემკვიდრეებისათვის/სამართალმემკვიდრეებისათვის.

**10.6 დამზღვევს/დაზღვეულს** უფლება არა აქვს **მზღვეველის** წინასწარი წერილობითი თანხმობის გარეშე მესამე პირს გადასცეს ან გადააბაროს მასზე **დაზღვევის ხელშეკრულებით** (მათ შორის, მათი დანართ(ებ)ით) ნაკისრი ნებისმიერი ვალდებულება ან მინიჭებული უფლება. **მზღვეველის** უარი გამოიხატება ნებისმიერი ზემოაღნიშნული ქმედების ან/და გარიგების განხორციელების შესაძლებლობას და შესაბამისად ამ წესის დარღვევით განხორციელებული ქმედება ან/და გარიგება ბათილია და არ წარმოშობს სამართლებრივ შედეგებს, გარდა **კანონმდებლობით** ცალსახად განსაზღვრული შემთხვევებისა.

**10.7** იმ შემთხვევებში, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული **დაზღვევის ხელშეკრულებით**, მხარეები იხელმძღვანელებენ **კანონმდებლობით** დადგენილი შესაბამისი ურთიერთობის მარეგულირებელი ნორმებით ან/და დამატებით შეთანხმებული პირობებით.

**10.8** იმ შემთხვევაში თუ დაზღვევის ხელშეკრულება გაფორმებულია ორ ან მეტ ენაზე და ხელშეკრულების ერთ-ერთ ენას წარმოადგენს ქართული ენა, დაზღვევის ხელშეკრულების ან/და მასთან დაკავშირებული სხვა ხელშეკრულებ(ებ)ის ინტერპრეტაციისას, უპირატესობა ენიჭება ქართულ ენაზე შედგენილ ტექსტს, ხოლო იმ შემთხვევაში თუ დაზღვევის ხელშეკრულება გაფორმებულია მხოლოდ რუსულ და ინგლისურ ენაზე, უპირატესობა ენიჭება ინგლისურ ვერსიას.