დანართი #1 - ჯანმრთელობის, სიცოცხლის და უბედური შემთხვევისგან დაზღვევის პირობები

ჯანმრთელობის დაზღვევა

* ზემოთ მითითებული სადაზღვევო პროგრამები ძალაშია თანამშრომლებისათვის ასაკის შეუზღუდავად;
* ოჯახი გულისხმობს მეუღლეს (ასაკის შეუზღუდავად) და შვილებს 18 წლის ჩათვლით; 19-დან 25 წლის ჩათვლით შვილების დაზღვევა შესაძლებელია ინდივიდუალური პრემიის გადახდით, მშობლის შესაბამისი ბარათით; ამასთან, შვილები, რომლებიც 2022 წლის პირველი ივლისიდან 2023 წლის 30 ივნისამდე გახდებიან/ხდებიან 19 წლის დარჩებიან საოჯახო პაკეტებით დაზღვეული პირველი სადაზღვევო პერიოდის ბოლომდე, ასევე შვილები რომლებიც 2022 წლის პირველი ივლისიდან 2023 წლის 30 ივნისამდე გახდებიან/ხდებიან 26 წლის დარჩებიან დაზღვეული ინდივიდუალური პრემიის სანაცვლოთ სადაზღვევო პერიოდის პირველი წლის ბოლომდე.
* დამატებითი ოჯახის წევრად განიხილება 75 წლის ჩათვლით - დედა/მამა, და-ძმა და შვილი 26 წლიდან ოჯახებით (ოჯახი გულისხმობს მეუღლეს (75 წლის ჩათვლით) და შვილებს 5-დან 18 წლის ჩათვლით); ამასთან, მშობლები, რომლებიც 2022 წლის პირველი ივლისიდან 2023 წლის 30 ივნისამდე გახდებიან/ხდებიან 75 წლის დარჩებიან დაზღვეული ინდივიდუალური პრემიის სანაცვლოთ პირველი სადაზღვევო პერიოდის ბოლომდე.

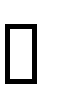
\*დამატებითი ოჯახის წევრების დაზღვევა შესაძლებელია თანამშრომლის იდენტური ან რანგით დაბალი კატეგორიის ბარათით.

შენიშვნა: დაზღვეული პირის ასაკი გამოითვლება შემდეგი ფორმულით - სადაზღვევო ხელშეკრულების

ხელმოწერის წელს გამოაკლდება დაზღვეულის დაბადების თარიღის წელი.

ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობები სადაზღვევო პროგრამით გათვალისწინებულ ტერმინთა განმარტება ჯანმრთელობის დაზღვევა ითვალისწინებს შემდეგი სახის მომსახურებებს:

1. ------- მომსახურება
   * 24 საათიანი სატელეფონო საინფორმაციო მომსახურება;
   * სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ შეტყობინების მიღება;
   * გადაუდებელი და გეგმიური სამედიცინო დახმარების ორგანიზება;
   * ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნა;
   * სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახება.

 მომსახურების მისაღებად დარეკეთ: ------------------

1. ოჯახის ექიმის მომსახურება
   * დაზღვეულ პირთა სამედიცინო კონსულტირება, ავადმყოფობის ისტორიის წარმოება, დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვა და მონიტორინგი, საჭიროების შემთხვევაში შრომის უუნარობის ფურცლის გახსნა;
   * სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი სამედიცინო მომსახურების (ვიწრო პროფილის სპეციალისტთა კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები) ორგანიზება და დაზღვეულის მიმართვის ფურცლით უზრუნველყოფა;
   * ჩასატარებელი გამოკვლევების და მკურნალობის კონტროლი;
   * საჭიროების შემთხვევაში, დიაგნოზის დაზუსტების ან/და მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის განსაზღვრისთვის კონსილიუმის მოწვევა;სამედიცინო საჭიროების შემთხვევაში ოჯახის ექიმის ვიზიტი ბინაზე, თბილისის, ბათუმის, ხაშურის, ქუთაისის და თელავის მასშტაბით, სამუშაო დღეებში 20:00 საათამდე. ოჯახის ექიმის ბინაზე გამოძახებისათვის დაზღვეული უკავშირდება „--------“ არაუგვიანეს იმავე დღის 13:00 საათამდე. 13:00 შემდეგ მიღებულ ზარებზე მომსახურება განხორციელდება შემდეგ სამუშაო დღეს.

ამასთან დაზღვეულს (როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებში) უფლება აქვს მიმართოს ნებისმიერ ოჯახის ექიმს/პედიატრს და არ არის ვალდებული ყავდეს მხოლოდ ერთი ოჯახის ექიმი/პედიატრი.

 მომსახურების მისაღებად დაზღვეული უკავშირდება „------“ შემდეგ სატელეფონო ნომერზე - ------------------ და ხდება ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დაგეგმვა კონკრეტულ დროს. მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ მზღვეველის მიერ მითითებულ სამედიცინო ცენტრებში კონკრეტულ ოჯახის ექიმებთან, საკმარისია დაზღვეულმა პირმა წარადგინოს სადაზღვევო ბარათი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. ოჯახის ექიმის კონსულტაციაში გადახდილი თანხა ანაზღაურებას არ ექვემდებარება, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა დაზღვეული მიმართავს კლინიკას თერაპიული მომსახურების მისაღებად და აღნიშნულ კლინიკაში შესაბამისი თერაპევტი გაფორმებულია როგორც „ოჯახის ექიმი“. აღნიშნული მომსახურება ფინანსდება გეგმიური ამბულატორიული ლიმიტის მიხედვით, თანადაფარვების გათვალსიწინებით.

თბილისში, კომპანიის სათაო ოფისში (თბილისი) ორშაბათიდან პარასკევის ჩათვლით 10:00-18:00 საათებში რეგიონალურ ოფისებში: თელავი, ხაშური, ქუთაისი, ბათუმი, კვირაში 3 დღე, 10:00-13:00 საათებში სადაზღვევო კომპანია მიავლენს ერთ ოჯახის ექიმს. აღნიშნული ოჯახის ექიმები აღჭურვილნი იქნებიან ყველა იმ უფლებამოსილებით, რითაც კლინიკებში განთავსებული ოჯახის ექიმები.

3.სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მომსახურება

* სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გადაუდებელი/სასწრაფო სამედიცინო დახმარების აღმოჩენას შემთხვევის ადგილზე და საჭიროების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფას;
* საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო ტრანსპორტირებას ერთი სამედიცინო დაწესებულებიდან მეორეში, მათ შორის რეანიმობილით;

 მომსახურების მისაღებად დაზღვეული უკავშირდება „-------“ შემდეგ სატელეფონო ნომერზე - ----------------, რომელიც ახდენს სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახების უზრუნველყოფას. მზღვეველის მიერ ხარჯების ანაზღაურება მოხდება სამედიცინო დაწესებულებასთან პირდაპირი ანგარიშსწორების გზით. ასეთ შემთხვევაში, საკმარისია დაზღვეულმა პირმა წარადგინოს სადაზღვევო ბარათი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი და იგი თავისუფლდება გადახდის პროცედურისაგან. იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული გამოიძახებს სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადას „--------“ -ის სამსახურთან შეთანხმების გარეშე, იგი იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს „მზღვეველის” ანაზღაურების სამსახური შესაბამისი გადახდის დამადასტურებელი და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდგომ.

1. სტაციონარული მომსახურება ითვალისწინებს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, სამედიცინო ჩვენებით, დაზღვეულის განთავსებას სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც დაზღვეულის დაყოვნება აღემატება 24 საათს.

4.1. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება - ითვალისწინებს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებულ სამედიცინო ღონისძიებათა ერთობლიობას, რომლის დაუყოვნებლივ არ აღმოჩენის შემთხვევაში გარდაუვალია დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, უნარშეზღუდულობა ან/და სიკვდილი და რომელიც საჭიროებს სტაციონარულ მომსახურებას.

* მომსახურების მისაღებად დაზღვეულს შეუძლია მიმართოს, შესაბამისი პროფილის, ნებისმიერ, ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას. პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის შემთხვევაში დაზღვეული, ან მისი წარმომადგენელი, უკავშირდება „--------“ არაუგვიანეს კლინიკიდან გაწერისა, მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი გასცემს საგარანტიო წერილს და დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ წილს. თუ შემთხვევის დარეგულირება საჭიროებს დამატებითი დოკუმენტაციის წარმოდგენას ან შეტყობინება არ განხორციელდა „-------“ - ში, ასევე, თუ დაზღვეულმა მიმართა არაკონტრაქტორ სამედიცინო დაწესებულებას, დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური, შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ.
  1. გეგმიური სტაციონარული მომსახურება - ითვალისწინებს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში ქირურგიულ (მათ შორის წინა საოპერაციო კვლევები) ან/და კონსერვატულ სტაციონარულ მომსახურებას (გარდა კარდიოქირურგიის, ონკოქირურგიის, ონკოთერაპის დაფარვებით გათვალისიწინებულისა), რომელსაც დაზღვეული იღებს სტაციონარში დროის გარკვეულ პერიოდში.

* 1. კარდიოქირურგია/ინტერვენციული კარდიოლოგია - ითვალისწინებს გულსა და მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე ოპერაციულ ჩარევას, რომელიც ხორციელდება კარდიოქირურგის მიერ, ასევე ინტერვენციულ ჩარევებს გულსა და სისხლძარღვებზე.

* 1. ონკოქირურგია - ითვალისწინებს ავთვისებიანი ონკოლოგიური დაავადებების ქირურგიულ მკურნალობას.

\*ამასთანავე კეთილთვისებიანი სიმსივნე და მასთან დაკავშირებული კლინიკო-ლაბორატორიული და დიაგნოგნოსტიკური ხარჯები ანაზღაურდება ამბოლატურიული/ან და ჰოსპიტალური ლიმიტიდან სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის მიხედვით, 24 საათზე მეტი ხნით დაყოვნება დარეგულირდება ჰოსპიტალური ლიმიტის შესაბამისად. ამ ჩარევასთან დაკავშირებული მედიკამენტური მკურნალობა ანაზღაურდება მედიკამენტების ლიმიტიდან.

* გეგმიური სტაციონარული/კარდიოქირურგიული/ონკოქირურგიული/ინტერვენციული კარდიოლოგიური მომსახურეობის მისაღებად დაზღვეულს შეუძლია მიმართოს, შესაბამისი პროფილის, ნებისმიერ, ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას. პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად, მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი გასცემს საგარანტიო წერილს, წინასწარი დოკუმენტაციის წარმოდგენიდან არაუგვიანეს 2 (ორი) სამუშაო საათისა (თუ შემთხვევის დარეგულირება არ საჭიროებს დამატებით დროს). ასეთ შემთხვევაში, დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ წილს. არაპროვაიდერ კლინიკაში, ან პროვაიდერ კლინიკაში საგარანტიო წერილის გარეშე, მომსახურების მიღებისას დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ.

საჭიროების შემთხვევაში (ეხება როგორც სტაციონარულ, ასევე ამბულატორიულ შემთხვევებს) განსაზღვრულია

ენდოპროტეზის/სტენტის ლიმიტი 2 000 (ორი ათასი) ლარი.

საგარანტიო წერილის მისაღებად საჭირო დოკუმენტაცია:

* + - პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი
    - დაზღვევის დამადასტურებელი ბარათი ან ქსეროასლი
    - ფორმა #IV-100/ა (საჭიროების შემთხევაში სხვა დამატებითი დოკუმენტაცია)
    - კალკულაცია (საჭიროების შემთხვევაში - დეტალური კალკულაცია)

საგარანტიო წერილის გაცემა ხდება ყველა საჭირო დოკუმენტაციის წარდგენიდან 2 (ორი) სამუშაო საათში.

ონკოთერაპია - ითვალისწინებს ავთვისებიანი ონკოლოგიური დაავადებების თერაპიულ (ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია, იოდ 131 და/ან სხივური თერაპია) მკურნალობას და ამ დაავადებებთან დაკავშირებულ სპეციალისტების კონსულტაციებს, ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ კვლევებს (გარდა პირველად დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებული არასპეციფიკური კვლევებისა), ამბულატორიულ მანიპულაციებსა და ამ მკურნალობისათვის ნებისმიერ დანიშნულ მედიკამენტებს.

ამასთანავე, ავთვისებიან ონკოლოგიასთან დაკავშირებული დიაგნოსტიკური კვლევები იმ დაზღვეულებისთვის, რომელთა პაკეტი არ ითვალისწინებს ცალკე ონკოთერაპიის ლიმიტს დაიფარება გეგმიური ამბულატორიის ლიმიტიდან.

ონკოთერაპიული მომსახურეობის მიღება შესაძლებელია სერვისის შესაბამისად, სტაციონარული,

ამბულატორიული და მედიკამენტების დაფარვებით გათვალისწინებული სერვისების მიღების წესებით.

4.5. მკურნალობა საზღვარგარეთ - ითვალისწინებს გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების ღირებულების დაფინასებას საქართველოს საზღვრებს გარეთ, ასევე საქართველოში აღებული გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ გამოკვლევას. იმ შემთხვევაში თუ ჰოსპიტალური მკურნალობის/გამოკვლევის ჩატარება შესაძლებელია საქართველოში, მაშინ საზღვარგარეთ მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება მოხდება პროვაიდერი კლინიკების გასაშუალოებული ფასის მიხედვით (მიუხედავად საზღვარგარეთ მკურნალობისას გაღებული ხარჯების ოდენობისა) ბარათით გათვალისწინებული ლიმიტებისა და თანაგადახდების ფარგლებში. ხოლო იმ მომსახურების ხარჯები, რომელთა ჩატარება საქართველოში შეუძლებელია, ანაზღაურება მოხდება წარმოდგენილი კალკულაციის საფუძველზე, დაფარვის %-ის მიხედვით, მაქსიმუმ ბარათზე არსებული ლიმიტის 50% ოდენობით.

1. ამბულატორიული მომსახურება
   1. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება - ითვალისწინებს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებულ იმ სამკურნალო და დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთობლიობას, რომლის დაუყოვნებლივ არ აღმოჩენის პირობებში, გარდაუვალია დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, უნარშეზღუდულობა ან/და სიკვდილი და როდესაც დაზღვეულის დაყოვნება სამედიცინო დაწესებულებაში არ აღემატება 24 საათს.

* + 1. ტრავმები: ექიმის კონსულტაცია, ჭრილობების და ზედაპირული ტრავმების დროს ქირურგიული დამუშავება და საჭიროების შემთხვევაში გაკერვა, ანტირაბიული/ანტიტეტანური ვაქცინაციის სრული კურსი, ასევე შესაბამისი ანტიალერგიული და ანტიტოქსიური მკურნალობა მწერებისა და ქვეწარმავლების მიერ მიყენებული ნაკბენი/ნაჩხვლეტი ჭრილობების დროს. მოტეხილობების/ამოვარდნილობის/კუნთების და მყესების ნაწილობრივი დაზიანების დროს - რენტგენოლოგიური კვლევა, რეპოზიცია ან ჩასწორება დახურული წესით, ფიქსაცია მათ შორის ჩხირებით, იმობილიზაცია, ბლოკადა;
    2. მოწამვლა: ექიმის კონსულტაცია, კუჭის ამორეცხვა, ინფუზიური თერაპია.
    3. ჰიპერთერმია (ფებრილური): ექიმის კონსულტაცია, ანტიპირეტული მკურნალობა
    4. თერმული დაზიანება (მოყინვა, დამწვრობა): ექიმის კონსულტაცია, დაზიანებული უბნის ქირურგიული დამუშავება, შეხვევა.
    5. თირკმლის, აბდომინალური, ნაღვლკენჭოვანი კოლიკა: ექიმის კონსულტაცია, სისხლის საერთო და შარდის საერთო ანალიზი, ექოსკოპიური კვლევა, ანალგეზიური და სპაზმოლიტიკური საშუალებები, ტრანსფუზიური თერაპია.
    6. ბრონქული და კარდიალური ასთმის შეტევა: ექიმის კონსულტაცია, მედიკამენტოზური თერაპია, შეტევის კუპირება.
    7. ალერგიული რეაქცია: ექიმის კონსულტაცია, ანტიალერგიული მკურნალობა.
    8. ჰიპერტონული კრიზი: ექიმის კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა, არტერიული წნევის სტაბილიზაცია.
    9. სისხლდენა - ექიმის კონსულტაცია, სისხლდენის შემაჩერებელი სამედიცინო მანიპულაციები, კოაგულანტები.

\*ამასთანავე, ეს ნუსხა არ მოიცავს ყველა იმ ჩარევას, რომელიც შესაძლოა თავისი არსით მიეკუთვნებოდეს გადაუდებელი ამბულატორიული მოსმახურების ამ ტიპს.

 მომსახურების მისაღებად დაზღვეულს შეუძლია მიმართოს შესაბამისი პროფილის ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას. პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის შემთხვევაში დაზღვეული, ან მისი წარმომადგენელი, უკავშირდება „-----“ არაუგვიანეს კლინიკიდან გაწერისა). მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენლის თანხმობის შემთხვევაში დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ წილს. თუ შემთხვევის დარეგულირება საჭიროებს დამატებითი დოკუმენტაციის წარმოდგენას ან შეტყობინება არ განხორციელდა „------“-ში, ასევე, თუ დაზღვეულმა მიმართა არაკონტრაქტორ სამედიცინო დაწესებულებას, დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური, შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ.

5.2. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - ითვალისწინებს შემდეგ სერვისების დაფინანსებას:

5.2.1. ვიწრო პროფილის ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია – ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით (გარდა ორსულობისა და ავთვისებიანი გენეზის ონკოლოგიური დაავადებებისა) სხვადასხვა პროფილის ექიმის (გარდა სტომატოლოგისა) კონსულტაციებს; ამასთან, ანაზღაურებას ექვემდებარება ნებისმიერი თერაპევტის/პედიატრის მომსახურების ღირებულება წინამდებარე ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

5.2.2. ინსტრუმენტული გამოკვლევები – ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით (გარდა ორსულობისა და ავთვისებიანი გენეზის ონკოლოგიური დაავადებებისა) ოჯახის ექიმის/სხვადასხვა პროფილის ექიმის (გარდა სტომატოლოგისა) მიერ დანიშნულ ინსტრუმენტულ კვლევებს;

5.2.3. ლაბორატორიული გამოკვლევები - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით (გარდა ორსულობისა და ავთვისებიანი გენეზის ონკოლოგიური დაავადებებისა) ოჯახის ექიმის/სხვადასხვა პროფილის ექიმის (გარდა სტომატოლოგისა) მიერ დანიშნულ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს; ასევე სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში ლაბორატორიული კვლევები ბინაზე გამოძახებით, გამოძახების ღირებულების გარეშე. ამასთან, იმ შემთხვევაში, თუ გადახდის დამადასტურებელ დოკუმენტში ცალკე მითითებული არ არის გამოძახების ღირებულება, მიღებული მომსახურების ღირებულება ანაზღაურდება სრულად.

5.2.4. ამბულატორიული მანიპულაციები და მკურნალობა - ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით (გარდა ორსულობისა და ავთვისებიანი გენეზის ონკოლოგიური დაავადებებისა) ოჯახის ექიმის/სხვადასხვა პროფილის ექიმის (გარდა სტომატოლოგისა) მიერ დანიშნულ სამკურნალო/ამბულატორიულ მანიპულაციებს და მკურნალობას, რომელიც არ საჭიროებს სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნებას 24 საათზე მეტ ხანს.

მზღვეველის მითითებული კლინიკა - ეს არის მზღვეველის მიერ (ოჯახის ექიმის/ანაზღაურების მენეჯერების) განსაზღვრული კონკრეტული პროვაიდერი კლინიკა, რომელიც ამბულატორიული მომსახურების ტიპის მიხედვით შეიძლება იყოს განსხვავებული.

მომსახურების მისაღებად დაზღვეულს შეუძლია მიმართოს შესაბამისი პროფილის ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას. პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს ოჯახის ექიმს, რომელიც, სამედიცინო ჩვენების შესაბამისად, უზრუნველყოფს დაზღვეულს შესაბამისი მიმართვის ფურცლით, რის საფუძველზეც დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ წილს. თუ სამედიცინო მომსახურება ტარდება არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში ან პროვაიდერ კლინიკაში მიმართვის ფურცლის გარეშე, დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური, შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდგომ.

დაზღვეულს ასევე აქვს შესაძლებლობა ისარგებლოს დისტანციურად პირადი ექიმის მომსახურებით. დაზღვეული უკავშირდება პირად ექიმს, რომელიც ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი ექიმის მიმართვით პროვაიდერ კლინიკაში (მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში), დაზღვეული იხდის სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებულ მხოლოდ მის წილ თანხას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

ელექტრონული მიმართვით სარგებლობა: იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეულს აქვს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (ექიმის ტიტულოვანი ფურცელი) დიაგნოზი და დანიშნულება ან/და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა #IV-100 მომსახურების მიღებამდე დაზღვეული აგზავნის მოთხოვნას ელექტრონულად ელ.ფოსტაზე: -------------. სამედიცინო მომსახურების ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად დადასტურების საფუძველზე მზღვეველი უზრუნველყოფს კონკრეტულ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში ელექტრონული მიმართვის გადაგზავნას მოთხოვნის მიღებიდან მაქსიმუმ 2 (ორი) სამუშაო საათის განმავლობაში. ელექტრონული მიმართვის საფუძველზე (სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში) დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი სადაზღვევო ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.

იმ შემთხვევაში, თუ ამბულატორიული სერვისი არ ანაზღაურდება ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, დაზღვეულს აღნიშნული უარი მიეწოდება იმავე მეილზე საიდანაც მოხდა ექიმის დანიშნულების დასკანერებული ვერსიის გადმოგზავნა. სხვისი მეილით სარგებლობის შემთხვევაში, როდესაც დაზღვეულს არ სურს სხვა პირს მიუვიდეს უარის შესახებ ინფორმაცია, სავალდებულოა რომ გაგვაფრთხილოს მეილით ამ ფაქტის შესახებ.

5.2.5. ამბულატორია გამონაკლისების გარეშე - სადაზღვევო კომპანია პოლისში მითითებული დაფარვით და ლიმიტის ფარგლებში აანაზღაურებს გამონაკლისებში არსებული დაავადებების ლაბორატორიულ/ინსტრუმენტულ კვლევებს და ვიწრო პროფილის სპეციალისტებთან კონსულტაციებს. აღნიშნული მომსახურების მიღება დაზღვეულს შეეძლება, მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკებში - კლინიკის სერვისების ფარგლებში.

მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ ოჯახის ექიმის/მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ გაცემული მიმართვის საფუძველზე. დაზღვეულს ასევე შეუძლია ისარგებლოს გამარტივებული ელექტრონული მიმართვებით მომსახურების მიღების წესით.

6. დანიშნული მედიკამენტები - ითვალისწინებს ოჯახის ექიმის და/ან სხვადასხვა პროფილის სპეციალისტების მიერ სამედიცინო ჩვენებით დანიშნული მედიკამენტების (გარდა ორსულობისა და ავთვისებიანი გენეზის ონკოლოგიური დაავადებებისა) ხარჯების ანაზღაურებას; იგულისხმება მხოლოდ ის სამკურნალწამლო საშუალება, რომელსაც ერთხელ მაინც გავლილი აქვს რეგისტრაცია შესაბამისი სახელმწიფო უწყების მიერ. ერთჯერადად ანაზღაურდება 1 თვის მკურნალობისთვის საჭირო რაოდენობის მედიკამენტები.

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს ოჯახის ექიმს, რომელიც სამედიცინო ჩვენებიდან გამომდინარე დანიშნავს/გამოწერს მედიკამენტს სადაზღვევო კომპანიის ბლანკზე (მედიკამენტების, რომლებსაც შეჩერებული აქვთ რეგისტრაცია, გამოწერა ბლანკზე მოხდება მხოლოდ გამარტივებული ელექტრონული რეცეპტებით მომსახურების მიღების წესით), რომელიც გათვალისწინებულია პროვაიდერი სააფთიაქო ქსელისათვის, სადაც დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ წილს. (ამასთან, სს პსპ აფთიაქში დაზღვეული სარგებლობს მაღალი თანაგადახდით) დაზღვეულს ასევე შეუძლია ოჯახის ექიმის და/ან სხვა პროფილის სპეციალისტის მიერ დანიშნული მედიკამენტი შეიძინოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სააფთიაქო ქსელში, ხოლო მედიკამენტები, რომლებსაც შეჩერებული აქვთ რეგისტრაცია - პროვაიდერ სააფთიაქო სქელში და გადაიხადოს მედიკამენტის ღირებულება სრულად. აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური, შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდგომ.

გამარტივებული ელექტრონული რეცეპტებით მომსახურების მიღების წესი - დაზღვეულს აქვს საშუალება ელექრონულ მისამართზე: ------------------------- გადმოაგზავნოს ექიმის ვადიანი დანიშნულების დასკანერებული ვერსია, რის საფუძველზეც, მაქსიმუმ 2 (ორი) სამუშაო საათის შემდეგ, სადაზღვევო კომპანიის უფლებამოსილი წარმომადგენელი, ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, ელექტრონულად გამოწერს რეცეპტს სადაზღვევო კომპანიის პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში; ხოლო დაზღვეულს იმავე მეილზე (საიდანაც მოხდა ექიმის დანიშნულების დასკანერებული ვერსიის გადმოგზავნა) გაუგზავნის აღნიშნული რეცეპტის უნიკალურ ნომერს. დაზღვეულს შეეძლება მიმართოს აღნიშნული სააფთიაქო ქსელის ნებისმიერ ფილიალს, წარადგინოს რეცეპტის უნიკალური კოდი და შეიძინოს მედიკამენტი (დაზღვეული გადაიხდის მხოლოდ პოლისით გათვალისწინებულ წილს). იმ შემთხვევაში, თუ მედიკამენტი არ ანაზღაურდება ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, დაზღვეულს აღნიშნული უარი მიეწოდება იმავე მეილზე, საიდანაც მოხდა ექიმის დანიშნულების დასკანერებული ვერსიის გადმოგზავნა. სხვისი მეილით სარგებლობის შემთხვევაში, როდესაც დაზღვეულს არ სურს სხვა პირს მიუვიდეს უარის შესახებ ინფორმაცია, სავალდებულოა რომ გაგვაფრთხილოს მეილით ამ ფაქტის შესახებ (აღნიშნული სქემა არ ვრცელდება დაფარვაზე „მედიკამენტები რეცეპტის გარეშე“).

დანიშნული მედიკამენტები მზღვეველის მითითებით - მედიკამენტების მზღვეველის მიერ მითითებულ სააფთიაქო ქსელში (ოჯახის ექიმის მიერ შევსებულ ბლანკზე/ელექტრონული მიმართვის მეშვეობით) შეძენის შემთხვევაში დაზღვეული ისარგებლებს დამატებითი დაფარვის პროცენტით.

მედიკამენტები რეცეპტის გარეშე - ითვალისწინებს ექიმის დანიშნულების გარეშე შეძენილი ტკივილგამაყუჩებელი, სიცხის დამწევი და გაციების დროს გამოსაყენებელი რეგისტრირებული მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას.

რეცეპტის გარეშე მედიკამენტების შეძენისას, დაზღვეული იხდის შეძენილი მედიკამენტების თანხას სრულად ნებისმიერ ლიცენზირებულ აფთიაქში, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური, შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდგომ .

1. ორსულობა/მშობიარობა - აღნიშნული დაფარვა ვრცელდება მხოლოდ თანამშრომელზე ან მის დაზღვეულ მეუღლეზე.
   1. ორსულობა - ითვალისწინებს ორსულობასთან და ნებისმიერი, ამ ორსულობასთან დაკავშირებული მდგომარეობის გამო ჩატარებულ სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების (ექიმ-სპეციალისტის კონსულტაცია, დანიშნული სამედიცინო გამოკვლევები/მანიპულაციები, მკურნალობა) ხარჯების ანაზღაურებას.

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული ხელმძღვანელობს ამბულატორიული სერვისებისა და მედიკამენტების სერვისის სარგებლობის წესებით.

* 1. მშობიარობა - ითვალისწინებს ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ მშობიარობას, ასევე სამედიცინო ჩვენებით/სამედიცინო ჩვენების გარეშე საკეისრო კვეთას; პალატის (სტანდარტული, არასტანდარტული/ლუქს, რეანიმაციული, ინტენსიური), კვების, გაუტკივარების ხარჯებსა და აყვანილი/მოწვეული ექიმის ჰონორარს; ასევე მშობიარობასთან/გართულებულ მშობიარობასთან დაკავშირებულ ხარჯებს.

მომსახურების მისაღებად დაზღვეულს შეუძლია მიმართოს, შესაბამისი პროფილის, ნებისმიერ, ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას. პროვაიდერ კლინიკაში მომსახურების მისაღებად, მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი გასცემს საგარანტიო წერილს, დოკუმენტაციის წარმოდგენიდან არაუგვიანეს ორი სამუშაო საათისა (თუ შემთხვევის დარეგულირება არ საჭიროებს დამატებით დროს). ასეთ შემთხვევაში, დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით

გათვალისწინებულ წილს. არაპროვაიდერ კლინიკაში, ან პროვაიდერ კლინიკაში საგარანტიო წერილის გარეშე, მომსახურების მიღებისას დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ.

უბედური შემთხვევის გამო შეწყვეტილი ან საშვილოსნოსგარე ორსულობის სამედიცინო ხარჯები დაიფარება, სტაციონარში დაყოვნების მიხედვით, ჰოსპიტალური და/ან ამბულატორიული მომსახურების შესაბამისად, მიუხედავად იმისა ითვალისიწნებს თუ არა სადაზღვევო ბარათი ორულობა/მშობიარობას.

1. სტომატოლოგია
   1. გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება - ითვალისწინებს კბილის მწვავე ტკივილის გაყუჩებას, არხის გახსნას, დრენირებას, კბილის ექსტრაქციას და ექსტრაქციის შემდგომი სისხლდენის შეჩერებას ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკაში.

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული უფლებამოსილია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სტომატოლოგიურ კლინიკას. პროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი; ამ შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან. თუ სამედიცინო მომსახურება ტარდება არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახური, შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდგომ.

* 1. გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება - გულისხმობს კბილის/კბილების თერაპიულ და ქირურგიულ (ყბასახის, პირის ღრუს) მკურნალობას, (ზედა ორი ბარათის მფლობელებს დაუფინანსდებათ ღრძილების მკურნალობა ვექტორით კლინიკის თავისუფალი არჩევანით).

თერაპიული სტომატოლოგია მოიცავს კარიესის, პულპიტის და პერიოდონტიტის მკურნალობას (დიაგნოსტიკური რენტგენოგრაფია, ანესთეზია, არხების სრულფასოვანი მკურნალობა, არხების დაბჟენა და შემდგომ გვირგვინის რესტავრაცია) და კბილების ჰიგიენურ წმენდას (ყველა სახის ნადებისა და ქვების მოშორება, ულტრასტომისა და „ეაფლოუს“ აპარატის დახმარებით და გაპრიალება, მხოლოდ პროვაიდერ კლინიკაში, ხოლო ზედა ორი ბარათის მფლობელებს თავისუფალი არჩევანით).

ქირურგიული სტომატოლოგია გულისხმობს სარძევე და მუდმივი კბილების მარტივ და რთულ (გაძნელებული ამოჭრა, დისტოპია, რეტენცია, ნახევრად რეტენცია) ექსტრაქციას (ამოღება) გაუტკივარებით და ოპერაციულ ჩარევებს ლორწოვან გარსზე (ყბა-სახის მიდამოს ოდონტოგენური ანთებითი დაავადებებისა და ოდონტოგენური კისტების ოპერაციული მკურნალობა).

მომსახურების მიღება პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკაში, დაზღვეული შეუძლია დაუკავშირდეს „------“ ვიზიტამდე და მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი უზრუნველყოფს მას შესაბამისი მიმართვის ფურცლის გადადზავნას პროვაიდერ კლინიკაში, ან მიმართოს პროვაიდერ კლინიკას, სადაც წარადგენს პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტს და სადაზღვევო ბარათს, რის შემდეგაც კლინიკის წარმომადგენელი თავად დაუკავშირდება სადაზღვევო კომპანიას. (დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ წილს).

თავისუფალი არჩევანით გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად დაზღვეულს შეუძლია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ არაპროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკას. დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურების მისაღებად წარუდგენს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახურს შესაბამისი გადახდის დამადასტურებელ და სამედიცინო დოკუმენტაციას. კბილების ჰიგიენური წმენდა იფარება წელიწადში ორჯერ.

8.3. დენტალური იმპლანტაცია გულისხმობს კბილებისა და კბილთა მწკრივების დეფექტების აღდგენას დენტალური იმპლანტის საშუალებით (ფასდაკლება 10-50% კლინიკის მიხედვით)

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული, ვიზიტამდე მინიმუმ 1 (ერთი) სამუშაო დღით ადრე, უკავშირდება ------, და მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი უზრუნველყოფს მას შესაბამისი მიმართვის ფურცლით. მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკებში. წინასწარი ინფორმირების/მიმართვის ფურცლის გარეშე, აღნიშნული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

8.4. სტომატოლოგიური მკურნალობა ლაზერის აპარატით - გულისხმობს კბილის მაგარი ქსოვილის, პირის ღრუს ლორწოვანის გარსისა და პაროდონტის დაავადებების მკურნალობას.

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული, ვიზიტამდე მინიმუმ ერთი სამუშაო დღით ადრე, უკავშირდება ------ და მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი უზრუნველყოფს მას შესაბამისი მიმართვის ფურცლით. მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პროვაიდერ კლინიკაში. წინასწარი ინფორმირების/მიმართვის ფურცლის გარეშე, აღნიშნული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

8.5.ორთოდონტია გულისხმობს კბილთა დგომის, კბილთა მწკრივის და თანკბილვის ანომალიების აპარატულ მკურნალობას.

ორთოპედია გულისხმობს კბილებისა და კბილთა მწკრივების დეფექტების აღდგენას მოსახსნელი და მოუხსნელი ორთოპედიული კონსტრუქციებით.

ორთოდონტიული/ორთოპედიული მომსახურების მისაღებად დაზღვეული, ვიზიტამდე მინიმუმ ერთი სამუშაო დღით ადრე, უკავშირდება „-----„ და მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი უზრუნველყოფს მას შესაბამისი მიმართვის ფურცლით. მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკებში. წინასწარი ინფორმირების/მიმართვის ფურცლის გარეშე, აღნიშნული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

1. პროფილაქტიკური გამოკვლევა -ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენების გარეშე პროფილაქტიკურ სამედიცინო შემოწმებას (ოჯახის ექიმის კონსულტაცია, ელექტროკარდიოგრაფია, სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში, PAP/PSA ტესტი, ნებისმიერი ერთი სისტემის ექოსკოპია).

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს ოჯახის ექიმს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს შესაბამისი მიმართვით, რის საფუძველზეც დაზღვეული იღებს აღნიშნული სერვისით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებას. პროფილაქტიკური მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ მითითებულ კლინიკაში, მხოლოდ ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე.

1. სამკურნალო/რელაქსაციური მასაჟი - შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ექიმის მიერ დანიშნული სამკურნალო მასაჟი; რელაქსაციის მიზნით დანიშნული მასაჟი.
2. ფიზიოთერაპია - შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ექიმის მიერ დანიშნული ფიზიოთერაპიული პროცედურები.
3. მანუალური თერაპია - შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ექიმის მიერ დანიშნული მანუალური თერაპიის პროცედურები.
4. ლაზეროთერაპია - შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ექიმის მიერ დანიშნული ლაზეროთერაპიის პროცედურები. სამკურნალო/რელაქსაციური მასაჟი, ფიზიოთერაპია, მანუალური თერაპია, ლაზეროთერაპია - მომსახურების მისაღებად დაზღვეული უკავშირდება ოჯახის ექიმს/მზღვეველს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს შესაბამისი მიმართვის ფურცლით. მომსახურება ხორციელდება მხოლოდ მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელის მიერ მითითებულ კონკრეტულ პროვაიდერ კლინიკებში. მიმართვის ფურცლის გარეშე, აღნიშნული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
5. ფიტნესი - მომსახურება ხორციელდება პროვაიდერ ფიტნეს ცენტრში.

მომსახურების მისაღებად დაზღვეული ხელშეკრულებაში მითითებულ პროვაიდერ ფიტნეს ცენტრში წარადგენს პირადობის დამადასტურებელ მოწმობას და სადაზღვევო ბარათს, რის საფუძველზეც დაზღვეული იხდის მხოლოდ სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ წილს.

1. სამოგზაურო დაზღვევა - ვრცელდება მხოლოდ თანამშრომლებზე, სადაზღვევო პერიოდში საზღვარგარეთ მოგზაურობებისას. დაზღვეულის მოთხოვნის საფუძველზე, არაუმეტეს ბარათით გათვალისწინებული დღეების ოდენობით, გაიცემა სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი, რომლის პირობებიც განისაზღვრება კომპანიის სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის შესაბამისად.

ჯანმრთელობის დაზღვევის გამონაკლისები

1. სამედიცინო ჩვენების გარეშე ჩატარებული გამოკვლევების / მკურნალობის / მანიპულაციების ხარჯები (გარდა პოლისით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური კვლევებისა), დაზღვეულის მიერ ნებაყოფლობით არააუცილებელ ხიფათში თავის ჩაგდება, გარდა ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენის მცდელობის შემთხვევისა, ასევე თუ იგი ასრულებდა სამსახურეობრივ მოვალეობას და არ იყო ალკოჰოლური, ტოქსიური ან ნარკოტიკული ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ, მიუხედავად ბრალეულობისა; ომში, უცხოელი აგრესორის მიერ განხორციელებულ სამხედრო მოქმედებებში (მიუხედავად ომის გამოცხადების თუ გამოუცხადებლობისა), სამოქალაქო ომში, აჯანყებაში, ბუნტში, რევოლუციაში, სახალხო მღელვარებაში, სამხედრო ან უზურპატორული ძალაუფლების გამოყენებაში, ტერორისტული აქტებში და საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული ქმედების ჩადენისას (გარდა იმ შემთხვევისა, როცა დამზღვევი ასრულებდა სამსახურეობრივ მოვალეობას და არ იყო ალკოჰოლური, ტოქსიური ან ნარკოტიკული ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ, მიუხედავად ბრალეულობისა) მიღებული დაზიანებებით გამოწვეული ხარჯები; ნებისმიერი სახის სამედიცინო ცნობის (გარდა ოჯახის ექიმის მიერ გაცემული შრომის უუნარობის ფურცლის) მიღებასთან დაკავშირებული ხარჯები;
2. ჰიგიენური, მოვლის, კოსმეტიკური და დამხმარე საშუალებები, თმის ცვენის საწინააღმდეგო და თმის ზრდის მასტიმულირებელი საშუალებები, ბიოლოგიურად აქტიური დანამატები, საკვები დანამატები, ფსიქოტროპული საშუალებები (გარდა ICD10 F40.1-დან - F40.9-მდე ფსიქოტროპული მედიკამენტების ჩათვლით), გადასახვევი მასალები (გარდა ამბულატორიაში და სტაციონარში მკურნალობისას მოხმარებული გადასახვევი მასალისა);
3. თუ დაზღვეულზე ვრცელდება ნებისმიერი სახის სახელმწიფო სამედიცინო/ჯანდაცვის პროგრამა ან დაზღვევა, მზღვეველი უფლებამოსილია გასცეს ანაზღაურება აღნიშნული პროგრამით ან/და დაზღვევით გათვალისწინებული თანხების გამოკლებით (გარდა (ზედა ორი ბარათების მფლობელთათვის, რომლებიც ამავდროულად არ მიეკუთვნებიან საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის #36 დადგენილების დანართი 1, მუხლი 2, ბ) ქვეპუნქტში ჩამოთვლილ კონტინგენტს. აღნიშნულ პირებს შეუძლიათ არ ისარგებლონ სახელმწიფო სამედიცინო/ჯანდაცვის პროგრამით/დაზღვევით და მომსახურების ღირებულების სრულად ანაზღაურება მოითხოვონ მზღვეველისგან, წინამდებარე ხელშეკრულების/დაზღვევის პირობების შესაბამისად). იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული სამედიცინო მომსახურებას იღებს სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც არ მონაწილეობს სახელმწიფო პროგრამაში, ან თუ რაიმე მიზეზით სახელმწიფო/საყოველთაო დაზღვევა უარს აცხადებს მომსახურების ღირებულების ანაზღაურებაზე, ასევე როდესაც სახელმწიფო/საყოველთაო დაზღვევით რიგში დგომის პერიოდი აღემატება ერთ თვეს, მზღვეველი აანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას სრულად, წინამდებარე ხელშეკრულების/დაზღვევის პირობების შესაბამისად.
4. ყველა ტიპის ეგზოპროტეზების და სხვა მაკორეგირებელი დანიშნულების აპარატების შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები (გარდა ნებისმიერი სახის სისხლძარღვოვანი სტენტისა და ენდოპროტეზისა);
5. სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის ხარჯები; მინიმალური/საბაზისო ბარათის მფლობელებისთვის ექსკლუზიური და დამატებითი მომსახურების (არასტანდარტული/ლუქს პალატა, აყვანილი/მოწვეული ექიმის ჰონორარი და კვება) ხარჯები/ჰონორარი ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევაში, ასევე ისეთ შემთხვევაში, როცა სტაციონარში დაყოვნება არ აღემატება 24 საათს.); არარეზიდენტი სპეციალისტის მოწვევის/მომსახურების ხარჯები/ჰონორარი;
6. ალტერნატიული მედიცინის ან მეცნიერულად დაუსაბუთებელი მეთოდებით მკურნალობის ხარჯები, სამკურნალო ფიზკულტურის ხარჯები; თვითმკურნალობის, სამედიცინო ლიცენზიის არმქონე პირებთან კონსულტაციის და მკურნალობის ხარჯები;
7. ნარკოტიკული/ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები; ასევე არაფხიზელ მდგომარეობაში ავტოსატრანსპორტო საშუალების მართვისას მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები. ნარკომანიის, ტოქსიკომანიის, ალკოჰოლიზმის მკურნალობის, ასევე მათი გართულებების მკურნალობის ხარჯები;
8. კოსმეტიკური ოპერაციების და მომსახურეობების ხარჯები, პლასტიკური ქირურგიის - (გარდა სამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული რეკონსტრუქციული ოპერაციებისა) ხარჯები. წონის კორექციის და სიმსუქნის დიაგნოსტირებისა და მკურნალობის ხარჯები;
9. პროფესიულ სპორტის სახეობებში მონაწილეობით გამოწვეული დაავადებების და ტრავმების მკურნალობის/დიაგნოსტიკის ხარჯები;
10. მხედველეობის კორექციის, ორგანოების/ქსოვილების გადანერგვის (გარდა აორტო-კორონარული შუნტირებისა), ორგანოების შესყიდვის და დონორთან დაკავშირებული სხვა ხარჯები;
11. იმუნიზაციის და ვაქცინაციის ხარჯები (გარდა გადაუდებელი იმუნიზაციისა), ლაზეროთერაპიის ხარჯები;
12. აივ ინფექციის, ყველა სახის ჰეპატიტის (გარდა A ტიპისა) დიაგნოსტიკის (გარდა პირველადი დიაგნოსტიკისა, რომელიც მოიცავს სპეციალისტის კონსულტაციას და სწრაფ მარტივ ტესტს, ასევე ჰოსპიტალიზაციასთან (ასევე ისეთ ქირურგიულ ჩარევებთან დაკავშირებით, რომლის დროსაც პაციენტის დაყოვნება სტაციონარში არ აღემატება 24 საათს) და მშობიარობასთან დაკავშირებული სკრინინგული კვლევისა), მკურნალობის და გართულებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯები;
13. უპირატესად სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა ჯგუფში შემავალი დაავადებების (გონორეა, ათაშანგი, შანკროიდი, ვენერიული გრანულომით გამოწვეული დონოვანოზი) დაავადებების და ასევე მინიმალური/საბაზისო ბარათის მფლობელებისათვის ვულვოვაგინალური კანდიდიზის დიაგნოსტირებისა (გარდა პირველადი დიაგნოსტიკისა) და მკურნალობის ხარჯები;
14. იმპოტენციის, უნაყოფობის, ოჯახის დაგეგმვის, რეპროდუქციულ პრობლემებთან დაკავშირებული ხარჯები, ხელოვნური განაყოფიერების, კონტრაცეფციის, ნაყოფის გენეტიკურ კვლევასთან დაკავშირებული ხარჯები. ასევე ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტასთან (გარდა სამედიცინო ჩვენებისა) დაკავშირებული ხარჯები;
15. გენეტიკური და თანდაყოლილი დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯები (გარდა გეგმიური ამბულატორიული და ქირურგიული ჩარევებისა და გადაუდებელი სტაციონარისა). ფსიქიური დაავადებების, ქცევის სირთულეების დიაგნოსტირების და მკურნალობის ხარჯები. ფსიქოთერაპიის, ლოგოპედის ხარჯები;

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში, თუკი დაზღვეული სარგებლობს ორმაგი დაზღვევით და სადაზღვევო მომსახურების მიღების მიზნით მიმართავს „მზღვეველს“, მზღვეველი ვალდებულია აანაზღაუროს შესაბამისი მომსახურების ხარჯები ხელშეკრულებისა და დაზღვევის პირობების მიხედვით სრულად. ასეთ შემთხვევაში, მზღვეველი უფლებამოსილია გამოიყენოს გაცემული ანაზღაურების შესაბამისი სადაზღვევო კომპანიისგან მიღების უფლება, კანონით დადგენილი წესით; ამასთან, თუ მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ, იგი უფლებამოსილია ჰკითხოს დაზღვეულს სარგებლობს თუ არა იგი ორმაგი დაზღვევით.

აღნიშნულ გამონაკლისებთან ერთად, იმ დამატებით ოჯახის წევრებზე, ვინც არ სარგებლობდა ნებისმიერი სადაზღვევო კომპანიის ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობით უწყვეტად უკანასკნელი 10 თვის განმავლობაში, გავრცელდება შემდეგი გამონაკლისები:

* 1. შაქრიანი ან უშაქრო დიაბეტის და მათი გართულებების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ხარჯები;
  2. ქრ.დაავადებების მედიკამენტოზური მკურნალობის ხარჯები (ანაზღაურდება მხოლოდ ერთი თვის მედიკამენტოზური მკურნალობა კონკრეტული ნოზოლოგიისათვის),
  3. დაზღვევამდე არსებული დაავადებების სამედიცინო ხარჯები.

შენიშვნა: საქართველოს არარეზიდენტ მოქალაქეებს, სამედიცინო მომსახურების ხარჯები აუნაზღაურდებათ

საქართველოს მოქალაქეებისათვის განკუთვნილი ფასებით

სადაზღვევო ანაზღაურების მისაღებად საჭირო დოკუმენტაცია, წარმოდგენის ვადები და ანაზღაურების პირობები სადაზღვევო ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს მზღვეველის ანაზღაურების სამსახურს და წარუდგენს ხელშეკრულებით განსაზღვრულ აუცილებელ სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციას ან ტვირთავს აღნიშნულ დოკუმენტაციას პირად სივრცეში- აპლიკაციის საშუალებით, მომსახურების მიღებიდან არაუგვიანეს 30 კალენდარული დღის ვადაში.

სადაზღვევო ანაზღაურება ნაღდი ანგარიშსწორების გზით გაიცემა თუკი ასანაზღაურებელი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს, აღნიშნული თანხის ზევით ან პირად სივრცეში- --------------ატვირთული დოკუმენტაციისას ანაზღაურება გაიცემა უნაღდო ანგარიშსწორების გზით დაზღვეული/მოსარგებლის მიერ მითითებულ საბანკო ანგარიშზე. თანხის ანაზღაურება ხდება დაზღვეულის/მოსარგებლის მიერ წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დოკუმენტაციის მზღვეველისათვის წარდგენიდან 1 (ერთი) სრულ სამუშაო დღეში. ანაზღაურების ეს ფორმა არ ვრცელდება ისეთ მომსახურებაზე, რომლის მიღებაც, პოლისის პირობების თანახმად, შესაძლებელია მხოლოდ პროვაიდერ კლინიკებში ოჯახის ექიმის საგარანტიო წერილის/წერილობითი მიმართვის საფუძველზე. საჭირო დოკუმენტაციის ჩამონათვალი:

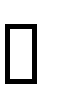
1. სტაციონარული მკურნალობის შემთხვევაში
   * პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
   * ფორმა #IV-100/ა (საჭიროების შემთხევაში სხვა დამატებითი დოკუმენტაცია);
   * დეტალური კალკულაცია;
   * სალაროს შემოსავლის ორდერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
   * გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი.
2. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში
   * პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
   * ფორმა #IV-100/ა (საჭიროების შემთხევაში სხვა დამატებითი დოკუმენტაცია);
   * სალაროს შემოსავლის ორდერი და/ან კალკულაცია;
   * გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი.
3. ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში (გეგმიური/ქრონიკული)
   * პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
   * ფორმა #IV-100/ა ან ოჯახის ექიმის/თერაპევტის/პედიატრის/ვიწრო პროფილის სპეციალისტის საკონსულტაციო ჩანაწერი (ჩანაწერის გაფორმების ნორმა იხილეთ ქვემოთ);
   * სალაროს შემოსავლის ორდერი და/ან კალკულაცია;
   * გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი ან ჩგდ (ჩეკთან გათანაბრებული დოკუმენტი).
4. მედიკამენტური მკურნალობის შემთხვევაში
   * პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
   * ფორმა #IV-100/ა ან ოჯახის ექიმის/თერაპევტის/პედიატრის/ვიწრო პროფილის სპეციალისტის დანიშნულება (გარდა ურეცეპტოდ შეძენილი მედიკამენტებისა);
   * ამონაწერი აფთიაქიდან;
   * გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი დამოწმებული აფთიაქის ბეჭდით.

1. ორსულობის შემთხვევაში
   * პირადობის მოწმობა ან ქსოროასლი;
   * ფორმა #IV-100/ა ან ოჯახის ექიმის/ვიწრო პროფილის სპეციალისტის საკონსულტაციო ჩანაწერი (ჩანაწერის გაფორმების ნორმა იხილეთ ქვემოთ);
   * სალაროს შემოსავლის ორდერი;
   * გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი.
2. მშობიარობის შემთხვევაში
   * პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
   * ფორმა #IV-100/ა;
   * დეტალური კალკულაცია;
   * სალაროს შემოსავლის ორდერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
   * გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი.
3. სტომატოლოგიის შემთხვევაში
   * პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
   * კლინიკის/ექიმის ბეჭდით დადასტურებული დოკუმენტი ჩატარებული მომსახურების აღწერილობით;
   * მომსახურებამდე და მომსახურების შემდეგ გადაღებული რენტგენოლოგიური სურათები/ვიზიო (აღნიშნული მოთხოვნა არ ეხება კბილების ჰიგიენურ წმენდასა და ღრძილების მკურნალობას, ასევე 12 წლამდე ბავშვებსა და ორსულებს). ამასთან, დაზღვეულს ასევე შეუძლია წარმოადგინოს ორთოპანტომოგრამა, რომელიც დაზღვეულს გადაღებული აქვს 2022 წლის ან მის შემდეგ პერიოდზე). მისი წარდგენა მოხდება ერთჯერადად ხელშეკრულების მოქმედების განმავლობაში და იმ შემთხვევაში, თუ ორთოპანტომოგრამის გადაღება მოხდა წინამდებარე ხელშეკრულების მოქმედების ვადის განმავლობაში, ორთოპანტომოგრამის სრულ ღირებულებას ანაზღაურებს მზღვეველი. დაზღვეულის მიერვე წარდგენილი გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტის საფუძველზე.
   * სალაროს შემოსავლის ორდერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
   * გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი.

1. საზღვარგარეთ მკურნალობის შემთხვევაში
   * პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
   * სამედიცინო და ფინანსური დოკუმენტაციის ორიგინალები, სადაც მითითებული იქნება:
   * დაზღვეულის გვარი, სახელი, დიაგნოზი, გაწეული სამედიცინო დახმარება, მკურნალობა;
   * ექიმების და სამედიცინო დაწესებულების ანგარიშების ორიგინალები ან შესაბამისი წესით დამოწმებული ასლები/დუბლიკატები;
   * პასპორტი, სადაც აღნიშნული იქნება საქართველოს საზღვრის გადაკვეთა/გადმოკვეთის თარიღები;
   * საჭიროების შემთხვევაში მზღვეველს აქვს უფლება დამატებით მოითხოვოს სხვა საჭირო საბუთები, რომლებიც დაზღვეულმა/სხვა დაინტერესებულმა პირმა უნდა მოაწოდოს მზღვეველს სამი თვის განმავლობაში.
   * მზღვეველი უფლებამოსილია მოითხოვოს წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტების/ქვითრების თარგმნა. დოკუმენტაციის პროფესიულ თარგმნას უზრუნველყოფს დაზღვეული;

9. საზღვარგარეთ გამოსაკვლევი მასალის გაგზავნის შემთხვევა

* + პირადობის მოწმობა ან ქსეროასლი;
  + დაზღვევის დამადასტურებელი ბარათი ან ქსეროასლი;
  + სამედიცინო და ფინანსური დოკუმენტაცია, სადაც მითითებული იქნება: დაზღვეულის გვარი, სახელი, სავარაუდო დიაგნოზი, გასაგზავნი მასალის აღწერილობა, ჩასატარებელი კვლევის აღწერილობა;
  + დეტალური კალკულაცია;
  + სალაროს შემოსავლის ორდერი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
  + გადახდის დამადასტურებელი სალაროს ჩეკი.

 ანაზღაურება გაიცემა ლარში, შესაბამისი გადაწყვეტილების გამოტანის დღისათვის არსებული გაცვლითი სავალუტო კურსის მიხედვით. პრეტენზია ანაზღაურებაზე მზღვეველს უნდა წარედგინოს საქართველოში ჩამოსვლიდან არა უგვიანეს 2 (ორი) კვირისა.

შენიშვნა: ონლაინ აპლიკაციით სარგებლობის დროს პირადობის მოწმობის ატვირთვა ხდება მხოლოდ პირველ ჯერზე, ერთჯერადად.

თუკი ანაზღაურების ნაღდი ანგარიშსწორების მიღების მიზნით, შესაბამისი დოკუმენტაცია წარმოდგენილია დაზღვეულის პირველი რიგის კანონით მემკვიდრის მიერ (შვილი, მეუღლე, მშობელი) და მზღვეველისთვის იდენტიფიცირებულია ნათესაური კავშირი, იგი ანაზღაურებას გასცემს აღნიშნულ პირზე, დაზღვეულის/მოსარგებლის ნების დამდგენი დამატებითი დოკუმენის მოთხოვნის გარეშე. ყველა სხვა შემთხვევაში ანაზღაურება გაიცემა უშუალოდ დაზღვეულზე/მოსარგებლეზე, თუკი წარმოდგენილი არ იქნება დაზღვეულის/მოსარგებლის წერილობითი თანხმობა, მისი კუთვნილი ანაზღაურების სხვა პირზე გაცემის თაობაზე.

დაზღვეული ვალდებულია დაიცვას ვიწრო პროფილის ექიმის/ოჯახის ექიმის საკონსულტაციო ჩანაწერის, ასევე

ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების აღწერილობის გაფორმების ნორმა:

* ტიტულიანი ფურცელი;
* პაციენტის სახელი და გვარი;
* ასაკი;
* კონსულტაციის ჩანაწერი (დეტალური მიმოხილვა);
* დიაგნოზი;
* დანიშნულება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);
* ექიმის სახელი და გვარი; • ექიმის ხელმოწერა;
* კონსულტაციის თარიღი;
* დოკუმენტი დამოწმებული უნდა იყოს ექიმის ან კლინიკის ბეჭდით.

სიცოცხლის დაზღვევა

ამ პირობების თანახმად, სადაზღვევო შემთხვევას წარმოადგენს დაზღვეულის გარდაცვალება ნებისმიერი მიზეზით, გარდა უბედური შემთხვევისა. დაზღვევა ვრცელდება - მხოლოდ კომპანიის თანამშრომლებზე. სადაზღვევო ანაზღაურება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსარგებლე ვალდებულია დაუყოვნებლივ და არაუგვიანეს 48 საათისა შეტყობინოს ამის შესახებ ----- (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინება შეუძლებელია აღნიშნულ ვადაში ან თუ ორგანიზაცია წერილობით, შესაბამისი არგუმენტების მითითებით, მიმართავს მზღვეველს), ხოლო შეტყობინებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში წარუდგინოს მზღვეველს შევსებული "განცხადებული პრეტენზიის ფორმა" სადაზღვევო პოლისის დედანთან და მზღვეველის მიერ მოთხოვნილ სხვა დოკუმენტებთან ერთად. დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში სადაზღვევო ანაზღაურება გაიცემა სადაზღვევო დოკუმენტების\* წარმოდგენის საფუძველზე და მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შესაძლებელია გარდაცვლილის იდენტიფიცირება ან დაზღვეულის სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში გაუჩინარების შემთხვევაში, თუ არსებობს სასამართლო გადაწყვეტილება მისი გარდაცვლილად ცნობის შესახებ. საჭიროების შემთხვევაში მზღვევლი უფლებამოსილია მოითხოვოს გარდაცვლილის იდენტიფიცირება და თუ ეს შეუძლებელია, არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება.

იმ შემთხვევაში თუ მზღვეველი ჩათვლის, რომ საჭიროა დაზღვეულის გარდაცვალების გარემოებების მიზეზის დაზუსტება, მის ნდობით აღჭურვილ ექიმ-ექსპერტს ნება უნდა დაერთოს

ჩაუტაროს გამოკვლევა დაზღვეულის სხეულს.

ამ პირობების შეუსრულებლობა შეიძლება გახდეს მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე უარის თქმის საფუძველი. წარმოსადგენი დოკუმენტაციის ჩამონათვალი:\*

1. გარდაცვალების მოწმობის ორიგინალი ან ნოტარიულად დამოწმებული ასლი.
2. სიკვდილის შესახებ სამედიცინო ცნობის ასლი.
3. სიკვდილის უტყუარი მიზეზის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი (პათოლოგოანატომიური გამოკვლევის ოქმის ასლი).
4. ქიმიურ-ნარკოლოგიური ექსპერტიზის დასკვნა.
5. ამონაწერი ავადმყოფის ამბულატორიული ბარათიდან (მსგავსი ბართის არსებობის შემთხვევაში), მათ შორის დაზღვევამდე არსებული და შემდგომ განვითარებული დაავადებების შესახებ.
6. სტაციონარში გარდაცვალების შემთხვევაში - ამონაწერი ავადმყოფის სტაციონარული ბარათიდან.
7. მოსარგებლის პიროვნების დამადასტურებელი დოკუმენტი.
8. თუ პოლისში პირდაპირ არ არის მითითებული მოსარგებლე - მემკვიდრეობის ძალაში შესვლის დამადასტურებელი დოკუმენტი.

\*იმ შემთხვევაში თუ გარდაცვალების გარემოება არის გაურკვეველი, ან გარდაცვალება მოხდა საეჭვო ვითარებაში, პათოლოგანატომიური დასკვნის წარდგენის აუცილებლობა განიხილება ინდივიდუალურად

სიცოცხლის დაზღვევის გამონაკლისები

* დაზღვეულის მიერ ჩადენილი თვითმკლვლელობა ან თვითმკვლელობის მცდელობა, განზრახ თვითდაზიანება;
* დაზღვეულის მკვლელობა, მკვლელობის მცდელობა ან სხეულის დაზიანება, რომელშიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ ბრალი მიუძღვის დამზღვევს და/ან მოსარგებლეს;
* დაზღვეულის მიერ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული ქმედების ჩადენა (გარდა იმ შემთხვევისა, როცა დამზღვევი ასრულებდა სამსახურეობრივ მოვალეობას და არ იყო ალკოჰოლური, ტოქსიური ან ნარკოტიკული ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ, მიუხედავად ბრალეულობისა)
* ნებისმიერ საფრენ საშუალებაში ყოფნა, მასში შესვლა ან მისგან გამოსვლა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც დაზღვეული არის რეგულარული ავიარეისის მგზავრი; • დაზღვეულის ფსიქიური დაავადება (დროებითი ან სხვაგვარი);
* დაზღვეულის კრუნჩხვითი ან ვენერიული დაავადება;
* ნარკოტიკული / ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა; ალკოჰოლური, ნარკოტიკული / ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ავტოსატრანსპორტო საშუალების მართვისას დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა;
* დაზღვეულის მიერ ნებაყოფლობით არააუცილებელ ხიფათში თავის ჩაგდება, გარდა ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენის მცდელობის შემთხვევისა, ასევე თუ იგი ასრულებდა სამსახურეობრივ მოვალეობას და არ იყო ალკოჰოლური, ტოქსიური ან ნარკოტიკული ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ, მიუხედავად ბრალეულობისა;

* დაზღვეულის მონაწილეობა ქვემოთ ჩამოთვლილ სარისკო სპორტის სახეობებში (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც გადახდილია შესაბამსი დამატებითი სადაზღვევო პრემია): საჰაერო სპორტი, სპორტის საბრძოლო სახეობები, სპორტის ზამთრის სახეობები, ნებისმიერი სახის სიჩქარეზე შეჯიბრი (გარდა ფეხით მოძრაობისა), აკვალანგით ყვინთვა, კლდეზე ცოცვა, ალპინიზმი, სპელეოლოგია, ჯომარდობა, პარაშუტით ხტომა;
* დაზღვეულის მონაწილეობა პროფესიულ სპორტის სახეობებში (შეჯიბრი, საჩვენებელი გამოსვლა, წვრთნა);
* დაზღვეულის მონაწილეობა არანებადართულ (შესაბამისი ლიცენზიის ან/და ნებართვის გარეშე) ნადირობასთან;
* სამსახურეობრივი მოვალეობის შესრულება შეიარაღებულ ფორმირებებში (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც გადახდილია შესაბამისი დამატებითი სადაზღვევო პრემია);
* შიდსი ან შიდსთან დაკავშირებული დაავადება, B და C ჰეპატიტი;
* მაიონიზირებელი დასხივების ზემოქმედება;
* ომი, უცხოელი აგრესორის მიერ განხორციელებული სამხედრო მოქმედებები (მიუხედავად ომის გამოცხადების თუ გამოუცხადებლობისა), საომოქალაქო ომი, აჯანყება, ბუნტი, რევოლუცია, სახალხო მღელვარება, სამხედრო ან უზურპატორული ძალაუფლების გამოყენება, ტერორისტული აქტები;
* სანაძლეოს პირობების, აკრობატული ილეთების შესრულება, რეკორდის დამყარება, რეკორდის დამყარების მცდელობა ან ამისათვის მოსამზადებელი ცდები;
* აზბესტოზის რისკების სრული გამონაკლისის პირობა.

უბედური შემთხვევისგან დაზღვევა

ამ პირობების თანახმად, სადაზღვევო შემთხვევას წარმოადგენს დაზღვეულის გარდაცვალება/სხეულის დაზიანება უბედური შემთხვევის შედეგად. უბედური შემთხვევისგან დაზღვევა ვრცელდება მხოლოდ კომპანიის თანამშრომლებზე.

სხეულის დაზიანების შედეგად ნაწილობრივი მუდმივი შრომისუუნარობის დადგენის შემთხვევაში გასაცემი ანაზღაურების თანხა გამოითვლება ლიმიტის შესაბამისი წილის ოდენობით, როგორც ეს მითითებულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში:

|  |  |
| --- | --- |
| სრული დაკარგვა ან საბოლოო უფუნქციობა | სრული ლიმიტის ასანაზღაურებელი წილი\* |
| 1. ერთი ხელის იდაყვის სახსრის ზევით: | 70% |
| 2. ერთი ხელის იდაყვის სახსრის ქვევით: | 60% |
| 3. ხელის ერთი მტევნის: | 60% |
| 4. ერთი ფეხი მუხლის სახსრის ზევით: | 70% |
| 5. ერთი ფეხი მუხლის სახსრის ქვევით: | 50% |
| 6. ტერფის: | 50% |
| 7. მხედველობის: |  |
| ორივე თვალში | 100% |
| ერთ თვალში | 35% |
| 8. მტევნის ერთი თითის: |  |
| ცერა | 20% |
| საჩვენებელი | 10% |
| შუა | 5% |
| უსახელო და ნეკა | 5% |
| 9. ტერფის ერთი თითის: |  |
| დიდი | 5% |
| სხვა დანარჩენი | 2% |
| 10. სმენის დაკარგვა: |  |
| ერთ ყურში | 15% |
| ორივე ყურში | 60% |
| 11. შეგრძნების უნარის დაკარგვა: |  |
| ყნოსვის | 10% |
| გემოვნების | 5% |

სადაზღვევო ანაზღაურება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსარგებლე ვალდებულია დაუყოვნებლივ და არაუგვიანეს 48 საათისა შეტყობინოს ამის შესახებ ----- (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინება შეუძლებელია აღნიშნულ ვადაში ან თუ ორგანიზაცია წერილობით, შესაბამისი არგუმენტების მითითებით, მიმართავს მზღვეველს), ხოლო შეტყობინებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში წარუდგინოს მზღვეველს შევსებული “განცხადებული პრეტენზიის ფორმა” სადაზღვევო პოლისის დედანთან და მზღვეველის მიერ მოთხოვნილ სხვა დოკუმენტებთან ერთად. დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში სადაზღვევო ანაზღაურება გაიცემა დოკუმენტების\* წარმოდგენის საფუძველზე და მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შესაძლებელია გარდაცვლილის იდენტიფიცირება ან, დაზღვეულის სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში გაუჩინარების შემთხვევაში, თუ არსებობს სასამართლო გადაწყვეტილება მისი გარდაცვლილად ცნობის შესახებ. საჭიროების შემთხვევაში მზღვევლი უფლებამოსილია მოითხოვოს გარდაცვლილის იდენტიფიცირება და თუ ეს შეუძლებელია, არ გასცეს სადაზღვევო ანაზღაურება. იმ შემთხვევაში თუ მზღვეველი ჩათვლის, რომ საჭიროა დაზღვეულის გარდაცვალების გარემოებების მიზეზის დაზუსტება, მის ნდობით აღჭურვილ ექიმ-ექსპერტს ნება უნდა დაერთოს ჩაუტაროს გამოკვლევა დაზღვეულის სხეულს. ამ პირობების შეუსრულებლობა შეიძლება გახდეს მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე უარის თქმის საფუძველი. წარმოსადგენი დოკუმენტაციის ჩამონათვალი:

* გარდაცვალების მოწმობის ორიგინალი ან ნოტარიულად დამოწმებული ასლი;
* სიკვდილის შესახებ სამედიცინო ცნობის ასლი;
* ქიმიურ-ნარკოლოგიური ექსპერტიზის დასკვნა;
* ამონაწერი ავადმყოფის ამბულატორიული ბარათიდან, მათ შორის დაზღვევამდე არსებული და შემდგომ განვითარებული დაავადებების შესახებ;
* სტაციონარში გარდაცვალების შემთხვევაში – ამონაწერი ავადმყოფის სტაციონარული ბარათიდან;
* კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული დასკვნა შრომისუუნარობის ხარისხის შესახებ;
* მოსარგებლის პიროვნების დამადასტურებელი დოკუმენტი;
* მემკვიდრეობის ძალაში შესვლის დამადასტურებელი დოკუმენტი.

\*იმ შემთხვევაში თუ გარდაცვალების გარემოება არის გაურკვეველი, ან გარდაცვალება მოხდა საეჭვო ვითარებაში, პათოლოგანატომიური დასკვნის წარდგენის აუცილებლობა განიხილება ინდივიდუალურად.

უბედური შემთხვევისგან დაზღვევის გამონაკლისები:

* თვითმკვლელობა ან თვითმკვლელობის მცდელობა, თვითდაზიანება;
* დაზღვეულის მკვლელობა, მკვლელობის მცდელობა ან სხეულის დაზიანება, რომელშიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ ბრალი მიუძღვის დამზღვევს და/ან მოსარგებლეს;
* დაზღვეულის მიერ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული ქმედების ჩადენა (გარდა იმ შემთხვევისა, როცა დამზღვევი ასრულებდა სამსახურეობრივ მოვალეობას და არ იყო ალკოჰოლური, ტოქსიური ან ნარკოტიკული ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ, მიუხედავად ბრალეულობისა)
* ნებისმიერ საფრენ საშუალებაში ყოფნა, მასში შესვლა ან მისგან გამოსვლა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც დაზღვეული არის რეგულარული ავიარეისის მგზავრი;
* ნარკოტიკული/ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა;
* ალკოჰოლური, ნარკოტიკული/ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ავტოსატრანსპორტო საშუალების მართვისას, აგრეთვე სამუშაო საათებში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევა;
* დაზღვეულის მიერ ნებაყოფლობით არააუცილებელ ხიფათში თავის ჩაგდება, გარდა ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენის მცდელობის შემთხვევისა, ასევე თუ იგი ასრულებდა სამსახურეობრივ