

სამედიცინო დახმარების სახეები	%	ლიმიტი
24 საათიანი სატელეფონო-საინფორმაციო მომსახურება	100%	ულიმიტო
ოჯახის ექიმის დახმარება	100%	ულიმიტო
ჰოსპიტალური დახმარება	100%	20000 ლარი
მშობიარობა	100%	1500 ლარი
გადაუდებელი ამბულატორიული დახმარება	100%	ულიმიტო
გეგმიური ამბულატორიული დახმარება	90%	3000 ლარი
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება გამონაკლისების გარეშე პროვაიდერ კლინიკებში საქართველოს მასშტაბით მზღვეველის მითითებით	50%	ულიმიტო
მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება	90%	3000 ლარი
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	100%	ულიმიტო
ყოველწლიური სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევა	100%	წელიწადში ორჯერ
გადაუდებელი სტომატოლოგიური დახმარება	100%	ულიმიტო
გეგმიური სტომატოლოგიური დახმარება პროვაიდერ კლინიკებში	90%	3000 ლარი
ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურება და იმპლანტაცია მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკებში	60%	2500 ლარი
ოდონტოვიზიოგრამა, ორთოპანტომოგრამა, დენტალური კომპიუტერული ტომოგრამა მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკებში	40%	800 ლარი
მოუხსნელი ორთოდონტიული აპარატის (ბრეის სისტემა) დაყენების ხარჯების ანაზღაურება მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკებში	50%	ულიმიტო
სიცოცხლის დაზღვევა სიცოცხლის დაზღვევა (ვრცელდება მხოლოდ თანამშრომლებზე)	10,000.00 ლარი	
სამოგზაურო დაზღვევა	50,000.00 აშშ დოლარი, (სადაზღვევო პერიოდი 2 თვე)	

2 ცხრილში (VIP 1 ბარათისათვის) გაწეილი თითოეული სამედიცინო მომსახურება გულისხმობს შემდეგს:

2.1 24 საათიანი სატელეფონო კონსულტირება;

სადღეღამისო სატელეფონო-საინფორმაციო, საორგანიზაციო კონსულტაციები ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი პრობლემის წარმოქმნისას.

დაზღვეულს საშუალება ექნება მიიღოს სრული და ოპერატიული ინფორმაცია სადაზღვევო პროგრამის, სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და კოორდინირების შესახებ. აღნიშნული გულისხმობს დაზღვეულის ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მკურნალობის საჭიროებისას როგორც მკურნალობის პროცესზე და ხარისხზე, ასევე სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციაზე ზედამხედველობის უზრუნველყოფას.

2.2 ოჯახის ექიმის დახმარება;

- ოჯახის ექიმის კონსულტაციები;
- საჭიროების შემთხვევაში ოჯახის ექიმის ვიზიტი ბინაზე;
- დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი და დაზღვეულის ავადმყოფობის ისტორიის შექმნა;
- სამედიცინო რეკომენდაციები ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისთვის;
- საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი სპეციალისტების მოწვევა და კონსილიუმების ორგანიზება;
- თითოეულ დაზღვეულს უნდა შეეძლოს შეუზღუდავად ისარგებლოს ოჯახის ექიმ(ებ)ის დახმარებით.
- მზღვეველმა უნდა უზრუნველყოს ოჯახის ექიმის განთავსება ნებისმიერ კლინიკაში ან დამზღვევის ობიექტზე დამზღვევის მოთხოვნით, რომელიც მოემსახურება დამზღვევის თანამშრომლებს და მათი ოჯახის წევრებს.

2.3 ჰოსპიტალური დახმარება:

სამკურნალო დაწესებულებაში სამედიცინო დახმარება დაზღვეულის 24 სთ-ზე (ოტო-რინო-ლარინგოლოგიური ქირურგიული ოპერაციების შემთხვევაში 6 სთ-ზე) მეტი ხნით განთავსებისას (მიუხედავად გაწეული მომსახურების შინაარსისა, მათ შორის ამბულატორიული მომსახურების მიღებისას), აღნიშნული უნდა მოიცავდეს როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური ჰოსპიტალური დახმარებისას სამკურნალო-დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების გარანტირებული მოცულობის უზრუნველყოფას. მათ შორის კონსულტაციების, სათანადო ქირურგიული და კონსერვატიული მკურნალობის, მოვლის, სამედიცინო მანიპულაციების, დანიშნული მედიკამენტების, წინასაოპერაციო კვლევების და ყველა სხვა აუცილებელი ღონისძიებების ხარჯების ანაზღაურებას სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში. გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის ლიმიტის ფარგლებში სრულად (სუბლიმიტის გარეშე) უნდა ფინანსდებოდეს ყველა მანიპულაცია;

2.4 მშობიარობა:

- ითვალისწინებს მშობიარობასთან დაკავშირებულ ყველა ხარჯების (ფიზიოლოგიური მშობიარობა, საკეისრო კვეთა, ე.წ. „ყვანალი ექიმი“) ანაზღაურებას, მათ შორის გაუტკივარების ხარჯი. სადაზღვევო მომსახურების მიღება მოხდება სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

2.5 ამბულატორიული მკურნალობა:

ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებით სამედიცინო დახმარებას საქართველოს ტერიტორიაზე არსებულ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში. აღნიშნული მოიცავს როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში სხვადასხვა პროფილის ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციების, სამედიცინო მანიპულაციების და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას, ასევე შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებით, ნებისმიერ ლაბორატორიულ ინსტრუმენტულ კვლევებს, გინეკოლოგიის კონსულტაციებსა და მედიკამენტოზურ მკურნალობას ორსულობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. აღნიშნული ასევე უნდა ითვალისწინებდეს ისეთ გამოკვლევებს, რომლებიც იგზავნება საზღვარგარეთ, მზღვევლის პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებების ბაზაზე. (გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკური სიის შესაბამისად)

2.6 გამონაკლისებში არსებული დაავადებების/მდგომარეობების ამბულატორიული მკურნალობის ხარჯები პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში საქართველოს მასშტაბით ყველა რაიონულ ცენტრში:

- ითვალისწინებს ჯანმრთელობის დაზღვევის გამონაკლისებში მითითებული დაავადებების/მდგომარეობების ამბულატორიული მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში საქართველოს მასშტაბით ყველა რაიონულ ცენტრში. ასეთ დროს, დაზღვეულს მომსახურება უნდა გაეწიოს სადაზღვევო პოლისისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის და ოჯახის ექიმის მიმართვის წარდგენის საფუძველზე.

2.7 წამლების (შემდგომში „მედიკამენტების“) ღირებულების ანაზღაურება:

- ანაზღაურებას ექვემდებარება ყველა ფარმაცევტული პროდუქტი (იგულისხმება ასევე ე.წ. „არარეგისტრირებული მედიკამენტების“ ანაზღაურება), მათ შორის დანიშნული როგორც პროვაიდერი, ასევე არაპროვაიდერი კლინიკის სტომატოლოგის მიერ), რომელიც იყიდება შესაბამისი ლიცენზიის მქონე სააფთიაქო ქსელებში და დანიშნულია ექიმის მიერ სამკურნალოდ ან რაიმე გართულების თავიდან ასაცილებლად;
- დანიშნული მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურება სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. სადაზღვევო მომსახურების მიღება მოხდება დაზღვეულის მიერ წარმოდგენილი ექიმის დანიშნულების და ქვითრების საფუძველზე.
- ითვალისწინებს დაზღვეულისთვის გამოწერილი ხანგრძლივად მისაღები მედიკამენტის (ექიმ-სპეციალისტის დანიშნულების საფუძველზე) ოჯახის ექიმის მიერ მიწოდებულ ორი თვის მარაგზე საგარანტიო წერილის გაცემას;
- მიმწოდებელი ვალდებულია დაზღვეულისთვის მომსახურების მიღებისას შექმნას მედიკამენტების საგარანტიო წერილის გაცემის იმგვარი სისტემა, რომლის მეშვეობითაც დაზღვეულს არ მოუწევს თითოეულ სააფთიაქო ქსელში სხვადასხვა ფორმატის საგარანტიო წერილის წარდგენა, არამედ ერთი საგარანტიო წერილით შეედლოს ყველა სააფთიაქო ქსელში მომსახურების მიღება და შესაბამისად, მომსახურება მიიღოს მარტივად და დამატებითი ბარიერების გარეშე.

ითვალისწინებს ექიმის მიერ (მათ შორის როგორც პროვაიდერი, ასევე არაპროვაიდერი კლინიკის სტომატოლოგის მიერ) დანიშნული მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. სადაზღვევო მომსახურების მიღება მოხდება დაზღვეულის მიერ წარმოდგენილი სათანადო დოკუმენტაციის საფუძველზე.

2.8 სასწრაფო სამედიცინო დახმარება:

ითვალისწინებს ნებისმიერი ლიცენზირებული, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადების მომსახურებას. (მათ შორის, შემსყიდველის მიერ დამატებით მოთხოვნილი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამწვევი კონკრეტული დაწესებულება პედიატრიულის ჩათვლით), აგრეთვე, საჭიროების შემთხვევაში, უფასო ტრანსპორტირებას საქართველოს ტერიტორიაზე. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ, დაზღვეულისთვის სამედიცინო დაწესებულების შერჩევა მოხდება დაზღვეულთან შეთანხმებით.

2.9 ყოველწლიური სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევა:

ითვალისწინებს შემსყიდველის სამედიცინო მთავარი სამმართველოს მოთხოვნის საფუძველზე ან/და დაზღვეულის სურვილით ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში შემდეგი სახის სამედიცინო გამოკვლევებს:

- თერაპევტის კონსულტაცია;
- კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები (ექიმის დანიშნულებით);
- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში;
- კარდიოგრაფია;
- ულტრასონოგრაფია;
- ტრედმილის ტესტი (შემსყიდველის სამედიცინო მთავარი სამმართველოს მოთხოვნის საფუძველზე);
- კარდიოექსკოპია;
- კოაგულოგრამა;
- ლიპიდური ცვლა.

სახელმწიფო დაცვის სპეციალური სამსახურის სამედიცინო მთავარი სამმართველოს მოთხოვნის საფუძველზე 20 თანამშრომლისთვის დამატებით:

ა) წელიწადში ერთხელ

- ცხვირ-ხახის ბაქტერიოლოგიური კვლევა (პათოგენურ მიკროფლორაზე);
- შემოწმება ჰელმინთების კვერცხებზე, ჰეპატიტი B, C, შიდსი, ათაშანგი, გონორეა;
- გამოკვლევა ტუბერკულოზზე (გულმკერდის რენტგენოგრაფია).

ბ) კვარტალში ერთხელ

- დერმატო-ვენეროლოგის კონსულტაცია, ვენერიული და კანის სხვადასხვა დაავადებების გამორიცხვის მიზნით.

2.10 გადაუდებელი სტომატოლოგიური დახმარება:

- კბილის მწვავე ტკივილისას პირველადი სტომატოლოგიური დახმარების გაწევასთან (კბილის მწვავე ტკივილის მოხსნა, ანესთეზია, ვიზიო/რენტგენი, არხის გახსნა და კბილის ექსტრაქცია) დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება, თავისუფალი არჩევანის პრინციპით, ნებისმიერ სტომატოლოგიურ კლინიკაში საქართველოს ტერიტორიაზე.

2.11 გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში:

ითვალისწინებს: სტომატოლოგის კონსულტაციას, დიაგნოსტიკურ რენტგენოგრაფიას, კბილის დაბეჭენას, გეგმურ სტომატოლოგიურ ქირურგიულ მკურნალობას, პროფესიულ გაწმენდას, პაროდონტისა და ლორწოვანი გარსის მწვავე და ოდონტოგენური წარმოშობის დაავადებების მკურნალობას შესაბამისი ბარათით დადგენილი თანაგადახდის პროცენტისა და ლიმიტის შესაბამისად.

2.12 ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურება და იმპლანტაციას მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკებში:

ითვალისწინებს ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურების ხარჯების და იმპლანტაციის ხარჯების ანაზღაურებას, ასევე, თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიის ისეთი ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოპედიული სამუშაოების მოსამზადებლად შესაბამისი ბარათით დადგენილი თანაგადახდის პროცენტისა და ლიმიტის შესაბამისად.

2.13 სიცოცხლის დაზღვევა:

ითვალისწინებს დაზღვეული თანამშრომლის უბედური შემთხვევით ან ნებისმიერი ბუნებრივი მიზეზით გამოწვეული (გარდა სუიციდისა და გამონაკლისებში გათვალისწინებული შემთხვევებისა) გარდაცვალების შემთხვევაში მოსარგებლისათვის (ოჯახის ან ოჯახის რომელიმე წევრი) თანხის ანაზღაურებას. სადაზღვევო მომსახურების მიღება მოხდება მოსარგებლის მიერ წარმოდგენილი სათანადო დოკუმენტაციის საფუძველზე სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში.

2.14 სამოგზაურო დაზღვევა:

ითვალისწინებს ნებისმიერი დაზღვეულის დაზღვევას საზღვარგარეთ მოგზაურობისას. პოლისი გაიცემა პასპორტის და/ან მოქალაქის პირადობის მოწმობის და სადაზღვევო ბარათის საფუძველზე.

2.15 ჯანმრთელობის დაზღვევის გამონაკლისები VIP 1 ბარათისათვის:

- 2.15.1** უკანასკნელი უწყვეტი სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე არსებულ დაავადებასთან/მდგომარეობასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები, გარდა გადაუდებელი (ურგენტული) სამედიცინო მომსახურებისა; (ვრცელდება მხოლოდ მშობლებზე, რომლებიც არ იყვნენ დაზღვეულები წინა წლის კონტარქტით და აგრძელებენ უწყვეტად დაზღვევას)
- 2.15.2** სექსუალური დარღვევების, იმპოტენციის, უნაყოფობის, უშვილობის, კონტრაცეფციის (მაგრამ ანაზღაურდება კომპლექსური მკურნალობისას დანიშნული კონტრაცეპტივის ხარჯები), არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული აბორტის ხარჯები, რეპროდუქტოლოგიური პრობლემატიკის გამოკვლევისა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 2.15.3** 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; 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);
- 2.15.4** მხედველობის ექსიმერული ლაზერით კორექციის, სათვალის, კონტაქტური ლინზებისა და სმენის აპარატის შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 2.15.5** თირკმლის და/ან ღვიძლის ქრონიკულ უკმარისობასთან 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);
- 2.15.6** B და C ჰეპატიტებთან, შიდსთან და მათ გართულებებთან დაკავშირებული გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურდება ექვემდებარება პირველადი დიაგნოსტიკა);
- 2.15.7** გონორეის, ათაშანგის, შანკროიდის, ვენერიული გრანულომით გამოწვეული დონოვანოზის, გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება (მაგრამ ანაზღაურდება პირველადი დიაგნოსტიკა);
- 2.15.8** ალტერნატიული (ტრადიციული და/ან არატრადიციული) მედიცინის, აკუპუნქტურის, პლანციფერეზის, ოზონოთერაპიის, მეზოთერაპიის, ლოგოპედიის, ექიმ-ჰომეოპათის, სამკურნალო ვარჯიშისა და სამკურნალო მასაჟის (აღნიშნული ხარჯები ანაზღაურდება სამედიცინო ჩვენებების საფუძველზე, მაგრამ არაუმეტეს 10 სეანსისა და სადაზღვევო ლიმიტის ფარგლებში), რეაბილიტაციური და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები; წონის კორექციასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 2.15.9** კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნათა შესაბამის ან/და სათანადო ლიცენზიის/ნებართვის არმქონე სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საკმინაობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის; თვითმკურნალობის და მისი გართულების ხარჯები; ბიოლოგიურად აქტიური დანამატების, იმუნიზაციის, ვაქცინაციის ხარჯები (გარდა ანტიტეტანურისა, ანტირაბიულისა,

ბოტულიზმისა, ანტიგიურზინისა). 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;

- 2.15.10** სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენისას ან თვითდაშავებით მიღებული დაზიანებების მკურნალობის ხარჯები, სამოქალაქო ომში, ნებისმიერი სახის სამომხმარებლო მოქმედებების დროს, ანტისახელმწიფოებრივ გამოსვლებში, შეიარაღებულ დაპირისპირებაში, ტერორისტულ აქტებში მონაწილეობის შედეგად მიღებულ დაზიანებათა მკურნალობის ხარჯები, საკუთარი ნებით ხიფათში თავის ჩაგდება (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ქმედება მიმართულია ადამიანის სიცოცხლის გადასარჩენად, აგრეთვე როდესაც დაზღვეული ს.დ.ს.ს. თანამშრომელი სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულების დროს განზრახ იგდებს თავს საფრთხეში დაცვის ობიექტის ქონების გადასარჩენად), რადიაციული დასხივებისას მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები, მღვიმეებისა და გამოქვაბულების გამოკვლევასთან, აგრეთვე, ფთქებად ნივთიერებათა განადგურებაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული შემთხვევების ხარჯები, ეპიდემიებით, პანდემიებით, გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 2.15.11** 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;
- 2.15.12** ნებისმიერი პროფესიული სპორტის სახეობებში ან სპორტსმენის სახით სპორტულ სახეობებში (სპორტულ შეჯიბრში, წვრთნაში, საჩვენებელ გამოსვლაში და სხვ. გარდა სამსახურებრივი ნორმატივების ჩაბარებისა და სხვა ისეთი სპორტული აქტივობებისა, რომელიც ითვლება სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებად) 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);
- 2.15.13** 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);
- 2.15.14** ეგზოპროთეზირების (სტომატოლოგიის ჩათვლით), 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 ბარათით გათვალისწინებულისა);
- 2.15.15** ის ხარჯები, რომლებიც დაკავშირებულია შესაბამისი საექიმო სპეციალობის/სუბსპეციალობის (პროფილის) არმქონე ექიმის (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი) მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებასთან.

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტული დაზღვეულის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გათვალისწინებულია რაიმე სახის სახელმწიფო/რეფერალური პროგრამ(ებ)ით (გარდა "საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ" საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის #36 დადგენილებით გათვალისწინებული სახელმწიფო პროგრამებისა), მზღვეველი იღებს ვალდებულებას, დაფაროს/აანაზღაუროს მხოლოდ დაზღვეულის მიერ ასეთი პროგრამის ფარგლებში თანაგადახდის პრინციპით გადასახდელი თანხები წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების თანახმად. ამასთან, თუ დაზღვეული სამედიცინო მოსახურებას მიიღებს ისეთ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც არ მოქმედებს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა, მზღვეველი აანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას სრულად, პირობების მიხედვით.

ენდოპროთეზირებისას, აგრეთვე, სხვა მაკორეგირებელი დანიშნულების სამედიცინო მოწყობილობების საშუალებით ჩასატრებელი ოპერაციების დროს, დადგენილია გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების შემდეგი ქველიმიტი (რომელიც, ყოველგვარი ექვის გამოსარიცხად, ბარათით განსაზღვრული გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტის შემადგენელია ნაწილია): 1,000.00 (ერთი ათასი) ლარი - სტენტისათვის და 2,000.00 (ორი ათასი) ლარი - პროტეზის, იმპლანტებისა და სხვა დამხმარე საშუალებებისთვის.

- დაავადების ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულების გამონაკლისად მიკუთვნების საკითხი უნდა დასაბუთდეს მზღვეველის მიერ, დაზღვეულის მიერ სათანადო დოკუმენტაციის წარდგენიდან 5 სამუშაო დღის განმავლობაში და ეცნობოს დაზღვეულს წერილობით, წინააღმდეგ შემთხვევაში ანაზღაურება ხდება მითითებული ვადის გასვლიდან 2 სამუშაო დღეში, სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

ამასთან, დაზღვეულების წერილობითი თანხმობის შემთხვევაში, შემსყიდველი უფლებამოსილია 5 სამუშაო დღის ვადაში, მოსთხოვოს სადაზღვევო კომპანიას წერილობით არგუმენტირებული დასაბუთება უარის თაობაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში ანაზღაურება განხორციელდება მითითებული ვადის გასვლიდან 2 სამუშაო დღეში სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

მზღვეველს უფლება არ აქვს განსაზღვროს ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების, გამოკვლევების და/ან სხვა სამედიცინო მანიპულაციების მართებულობა. ამასთან, მზღვეველმა უნდა იხელმძღვანელოს მხოლოდ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებით და არა რაიმე სხვა არსებული ნორმებით.

2.16 სიცოცხლის დაზღვევის გამონაკლისები VIP 1 ბარათისათვის:

- 2.16.1** თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის ალკოჰოლური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნას; ან თუ დაზღვეული შემთხვევის დროს იმყოფებოდა ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული ან ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ;
- 2.16.2** თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის მიერ ჩადენილ თვითმკვლელობას ან თვითმკვლელობის მცდელობას, განზრახ თვითდაზიანებას;
- 2.16.3** თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის მკვლელობისა, რომლის პირდაპირ ან არაპირდაპირ, უშუალო ან არაუშუალო მონაწილედ გვევლინება მოსარგებლე ან ნებისმიერი პირი, რომელიც დაინტერესებულია გარდაცვალების გამო ანაზღაურების მიღებით;
- 2.16.4** თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის მიერ სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენის ან ამგვარის მცდელობისა;
- 2.16.5** თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის შიდათი დაავადების ან აივ-ით ინფიცირების;
- 2.16.6** დაზღვევა არ ვრცელდება პირებზე:
 - 2.16.6.1** რომელთაც დაზღვევის ძალაში შესვლის მომენტში უტარდებათ სტაციონარული მკურნალობა ან რომელნიც საჭიროებენ მუდმივ მოვლას, ანუ ჭირდებათ დამხმარე ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო აქტივობის შესასრულებლად;
 - 2.16.6.2** როდესაც გარდაცვალების მიზეზი უცნობია.

2.17 სადაზღვევო მომსახურების მიღებისა და ანაზღაურების გაცემის პირობები VIP 1 ბარათისათვის:

- 2.17.1 24 საათიანი სატელეფონო-საინფორმაციო მომსახურება** – დაზღვევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციის მისაღებად და/ან სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებისათვის დაზღვეულს შეუძლია, დაუკავშირდეს მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს; ქოლ ცენტრში შეტყობინების განუხორციელებლობა არ შეიძლება, გახდეს ანაზღაურებაზე უარის თქმის მიზეზი.
- 2.17.2 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 პროვაიდერ 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.
- 2.17.3 გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების მისაღებად** - დაზღვეული მზღვეველთან წარმოადგენს გეგმური ჰოსპიტალიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციას, რის საფუძველზეც, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს 2 (ორი) სამუშაო დღეში მხოლოდ პროვაიდერ 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.
- 2.17.4 გეგმური ან გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას**, მზღვეველისგან საგარანტიო წერილის მისაღებად დაზღვეულმა ან მისმა წარმომადგენელმა დაზღვეულის ბარათის და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველს უნდა წარუდგინოს:
 - ფორმა #IV-100/ა;

- სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;
 - ანგარიშფაქტურა.
- 2.17.5 გეგმური და გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას,** არაპროვაიდერ 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.
- 2.17.6 მშობიარობა** - დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) სურვილისამებრ უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 48 (ორმოცდარვა) საათის განმავლობაში, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულის მიერ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების ორგანიზებას მზღვეველის პროვაიდერ კლინიკებში ან სხვა ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში, ხოლო გეგმური საკეისრო კვეთის შემთხვევაში - დაზღვეულმა დოკუმენტაცია სასურველია წარმოადგინოს მზღვეველთან ოპერაციის ჩატარებამდე; დაზღვეულის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ სრულყოფილი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში მხოლოდ მზღვეველის პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლის საფუძველზეც დაზღვეული უზრუნველყოფილი იქნება შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურებით, რაც ათავისუფლებს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდისაგან.
- 2.17.6.1** მზღვეველისგან საგარანტიო წერილის მისაღებად მშობიარობისას დაზღვეულმა (უფლებამოსილმა წარმომადგენელმა) დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად უნდა წარმოადგინოს:
- ფორმა #IV-100/ა;
 - სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;
 - ანგარიშფაქტურა;
- 2.17.6.2** არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეულმა თავად უნდა გადაიხადოს მომსახურების სრული ღირებულება და მზღვეველთან წარმოადგინოს ფორმა #IV-100/ა; სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია და ანგარიშფაქტურა. მზღვეველი დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს, უნაღდო ანგარიშსწორების გზით;
- 2.17.7 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. პროვაიდერ კლინიკაში დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება. არაპროვაიდერ 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.
- 2.17.8 გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად** - დაზღვეულს შეუძლია დაუკავშირდეს 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს და/ან მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს. ოჯახის ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ/არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. თუკი დაზღვეული ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე ამბულატორიულ მომსახურებას იტარებს არაპროვაიდერ კლინიკაში, ასევე, იმ შემთხვევაში, თუ პროვაიდერ კლინიკაში სპეციალისტის მიერ დამატებითი სამედიცინო კვლევა არ არის დადასტურებული პერსონალური ექიმის მიერ შესაბამისი მიმართვის გაცემით, დაზღვეულ პირს თავად მოუწევს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდა, ასეთ შემთხვევაში, ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღებისას თავად, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების საკითხს. ასევე, დაზღვეულ პირს შეუძლია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.
- 2.17.9** 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:
- ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);
 - თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

- 2.17.10 გამოწვევების გარეშე პროვაიდერ კლინიკებში მომსახურების მისაღებად** - დაზღვეული მიმართავს ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვით. დაზღვეულს შეუძლია აღნიშნული მომსახურების მიღება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე. ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე დაზღვეული პირი იხდის მომსახურების ღირებულების მხოლოდ ამ შემთხვევისათვის ბარათით განსაზღვრულ თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებისათვის. ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე მიღებული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 2.17.11 წამლების (შემდგომში „მედიკამენტების“) ანაზღაურება** -
- 2.17.11.1 ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენა, მიმართვის საფუძველზე ხორციელდება მხოლოდ პროვაიდერი ფარმაცევტული კომპანიების სააფთიაქო ქსელში.
- 2.17.11.2 იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მიერ დაზღვეულს დანიშნული აქვს მედიკამენტური მკურნალობა ხანგრძლივ (2 თვეზე მეტი) პერიოდზე, მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება მხოლოდ მედიკამენტების ის რაოდენობა, რაც საჭირო იქნება 2 (ორი) თვის მკურნალობის კურსისათვის და მომდევნო პერიოდის მკურნალობის კურსისთვის საჭირო მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურების ან საგარანტიო წერილის მოთხოვნის უფლება დაზღვეულს ექნება 2 (ორი) თვიანი კურსის დასრულებამდე არაუმეტეს 10 (ათი) დღით ადრე მომართვის შემთხვევაში. შესაბამისად, საგარანტიო წერილზე გამოიწერება მხოლოდ მკურნალობის 2 (ორი) თვიანი (მაგრამ არაუმეტეს ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის დასრულების ვადისა) კურსის მედიკამენტები;
- 2.17.11.3 თუ დაზღვეული მიმართვის გარეშე შეიძენს მედიკამენტებს, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:
- ქვითარი, შეძენილი მედიკამენტების დეტალური ჩამონათვალით;
 - სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
 - სპეციალისტის დანიშნულება დიაგნოზის მითითებით;
- 2.17.12 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;
- 2.17.12.1 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:
- სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის ექიმის ჩანაწერი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ;
 - ფინანსთა სამინისტროს მიერ დადგენილი ფორმით სტამბური წესით დაბეჭდილი ჩეკთან გათანაბრებული დოკუმენტის დედანი.
- 2.17.13 ყოველწლიური სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევა:**
ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები ტარდება საქართველოს ტერიტორიაზე ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში თავისუფალი არჩევანის პრინციპის დაცვით;
- 2.17.14 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 ასანაზღაურებლად მიმართავს მზღვეველს.
- 2.17.14.1 თუ დაზღვეული თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:
- ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);
 - თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
- 2.17.15 გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად** - დაზღვეული სურვილისამებრ წინასწარ აკეთებს შეტყობინებას მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრში; ქოლ ცენტრის ოპერატორები

ახორციელებენ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას მზღვეველის მიერ წინაწარ განსაზღვრულ პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში. 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.

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

- ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);
- თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

2.17.16 **ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურებისას და იმპლანტაციისას** - დაზღვეული წინასწარ აკეთებს შეტყობინებას მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრში; ქოლ ცენტრის ოპერატორები ახორციელებენ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას მზღვეველის მიერ წინასწარ განსაზღვრულ შესაბამის ბარათში მითითებულ კონკრეტულ კლინიკებში, შესაბამისი ბარათით დადგენილი ლიმიტისა და თანაგადახდის ფარგლებში.

2.17.16.1 კონკრეტული კლინიკების გარდა, სხვა კლინიკებში მიღებული მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

2.17.17 **სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში**, მოსარგებლე უფლებამოსილია, დაუკავშირდეს 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს და შეტყობინება გააკეთოს სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ შემთხვევის დადგომიდან არაუგვიანეს 15 (თხუთმეტი) კალენდარული დღისა. ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილება დადასტურებული უნდა იქნას შემდეგი დოკუმენტებით:

2.17.17.1 დაზღვეულის გარდაცვალების მოწმობა (რომელშიც მითითებული უნდა იყოს დაზღვეულის დაბადების და გარდაცვალების თარიღი, ასევე გარდაცვალების ადგილი და კანონმდებლობით დადგენილი სხვა ინფორმაცია);

2.17.17.2 სამედიცინო ცნობა დაზღვეულის გარდაცვალების (სიკვდილის) შესახებ;

2.17.17.3 შესაბამისი სამართალდამცავი ორგანოების მიერ გაცემული ცნობა მომხდარის შესახებ; ექსპერტიზის დასკვნა გარდაცვალების მიზეზის შესახებ; თუ მომხდარ შემთხვევასთან დაკავშირებით აღძრულია სისხლის სამართლის საქმე – მომხდარ შემთხვევასთან დაკავშირებით გამოძიების ხელთ არსებული დოკუმენტაცია (საქმის მასალები);

2.17.17.4 მემკვიდრის (მოსარგებლის) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

2.17.17.5 მოსარგებლის, როგორც მემკვიდრის სამკვიდრო მოწმობა, რომელიც განსაზღვრავს მის წილს მამკვიდრებლის სამკვიდროში, თუ ასეთი პირი პირდაპირ არ არის დაზღვეულის მიერ შევსებულ განაცხადში მოსარგებლედ მითითებული);

მზღვეველი უფლებამოსილია, მოითხოვოს შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული დოკუმენტი, რომელიც ადგენს დაზღვეულის გარდაცვალების მიზეზს, თუ დაზღვეულის გარდაცვალება გამოწვეულია არა უბედური შემთხვევით; უბედური შემთხვევით გამოწვეული გარდაცვალებისას ასეთი დოკუმენტის წარმოდგენა ერთმნიშვნელოვნად სავალდებულოა;

კონკრეტული შემთხვევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, მზღვეველი უფლებამოსილია, მოითხოვოს შემთხვევასთან დაკავშირებული დამატებითი დოკუმენტაცია.

ანაზღაურება გაიცემა ყველა ზემოხსენებული დოკუმენტების მიღებიდან 10 (ათი) კალენდარული დღის ვადაში.

შემთხვევის დამადასტურებელი დოკუმენტების წარმოდგენილობის შემთხვევაში, მზღვეველი უფლებამოსილია არ განიხილოს სადაზღვევო შემთხვევა და უარი თქვას სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე.

2.17.18 **სამოგზაურო დაზღვევა** – აღნიშნული დაფარვის გასააქტიურებლად/სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის მისაღებად, სავალდებულოა, გაკეთდეს შეტყობინება სადაზღვევო კომპანიაში, რის შემდეგაც დაზღვეულის მიერ პასპორტის მზღვეველისათვის წარდგენის საფუძველზე გაიცემა შესაბამისი სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი.

2.17.19 **საზღვარგარეთ მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება** – ითვალისწინებს დაავადებების ისეთი მეთოდებით მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა ჩატარება შეუძლებელია საქართველოს ტერიტორიაზე ან დაზღვეულის სურვილით მკურნალობის ჩატარება ხდება საზღვარგარეთ. ამასთან, სადაზღვევო ანაზღაურება მოხდება იგივე/ანალოგიურ მომსახურებაზე საქართველოში

ლიცენზირებული და მოქმედი საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებების საბაზრო ფასების მიხედვითა (მიუხედავად საზღვარგარეთ მკურნალობისას გაღებული ხარჯების ოდენობისა) და ბარათით გათვალისწინებული ლიმიტებისა და თანაგადახდების ფარგლებში იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელია საქართველოში, ხოლო თუ მკურნალობის ჩატარება არ არის შესაძლებელი საქართველოში, ანაზღაურება მოხდება წარმოდგენილი კალკულაციის საფუძველზე დადგენილი ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. აღნიშნული დაფარვა არ ვრცელდება შემდეგი სახის სამედიცინო მომსახურებებზე/ხარჯებზე: სტომატოლოგიური მომსახურება, ორსულობა-მშობიარობისა და საქართველოში დანიშნული მედიკამენტების და/ან მისი ანალოგის ხარჯები, რომელიც შეძენილი იქნა საზღვარგარეთ და/ან ინტერნეტის მეშვეობით.

2.17.20 საზღვარგარეთ მკურნალობის მისაღებად – დაზღვეული ვალდებულია, განახორციელოს შეტყობინება მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრში სატელეფონო ნომერზე – ----- იმის თაობაზე, რომ მიემგზავრება საზღვარგარეთ მკურნალობის ჩასატარებლად, სადაც იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს. საქართველოში დაბრუნების შემდეგ მზღვეველთან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში უნდა წარმოადგინოს:

2.17.20.1 ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში - ჩატარებული კვლევების დასკვნა და მანიპულაციების ჩამონათვალი; ჰოსპიტალური მომსახურებისას კი ამონაწერი ისტორიიდან დიაგნოზისა და ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ);

2.17.20.2 შეძენილი მედიკამენტების დეტალური ჩამონათვალი; (საზღვარგარეთ შეძენილი მედიკამენტები ანაზღაურდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ეს მედიკამენტები გამოწერილია საზღვარგარეთ მკურნალი ექიმის მიერ და უშუალოდ ემსახურება ასეთი ექიმის მიერ დანიშნულ კურსს);

2.17.20.3 სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია, გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია.

მზღვეველი დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. ანაზღაურდება ჩატარებული გამოკვლევისა თუ მკურნალობის ღირებულების მხოლოდ იმ ნაწილს, რომელიც შეესაბამება საქართველოში მოქმედი საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებების საბაზრო ფასს იმ შემთხვევაში თუ მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელია საქართველოში, ხოლო თუ მკურნალობის ჩატარება არ არის შესაძლებელი საქართველოში ანაზღაურება მოხდება სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაციის საფუძველზე დადგენილი ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

2.17.21 უწყვეტი სადაზღვევო პერიოდის არსებობის დასადასტურებლად დაზღვეულმა უნდა წარმოადგინოს იმ სადაზღვევო კომპანიების მიერ გაცემული ცნობები, რომლებშიც იგი იყო დაზღვეული. წინააღმდეგ შემთხვევაში, უკანასკნელი უწყვეტი სადაზღვევო პერიოდის ხანგრძლივობა ჩაითვლება ნულად

2.17.22 დოკუმენტაციის მზღვეველისათვის წარმოდგენისა და ანაზღაურების მზღვეველისაგან მოთხოვნის მაქსიმალური ვადა განისაზღვრება ასეთი თანხების დაზღვეულის (მისი უფლებამოსილი წარმომადგენლის) მიერ გადახდიდან 60 (სამოცი) დღით. აღნიშნული ვადის გასვლის შემდეგ დაზღვეული არ არის უფლებამოსილი მზღვეველისაგან შესაბამისი სადაზღვევო ანაზღაურების მოთხოვნაზე.

2.18 ერთი ბარათის მეორეთი ჩანაცვლებისა და ახალი დაზღვეულის დამატების წესი (უნდა ვრცელდებოდეს როგორც საბაზისო, ასევე გაუმჯობესებულ ბარათებზე):

ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ერთი ბარათის მეორეთი ჩანაცვლება, ასევე ოჯახის წევრის სახით ახალი დაზღვეულის დამატება შესაძლებელია უნდა იყოს ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან მინიმუმ 2 (ორი) თვის განმავლობაში (ახალი თანამშრომლის სამსახურის მიღების შემთხვევაში, ასეთი ფაქტის დადგომიდან მინიმუმ 1 (ერთი) თვის განმავლობაში). ამასთან, მშობლების დამატება შესაძლებელია უნდა იყოს ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან 1 (ერთი) თვის განმავლობაში. ზემოაღნიშნული ვადის მიუხედავად, მეუღლის ოჯახის წევრის სახით დაზღვეულად დამატება შესაძლებელია უნდა იყოს ხელშეკრულების მოქმედების განმავლობაში დაქორწინების შემთხვევაში, ასეთი ფაქტის დადგომიდან 1 (ერთი) თვის განმავლობაში, ხოლო ახალშობილი შვილის – ბავშვის დაბადებიდან 1 (ერთი) თვის განმავლობაში. იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული სარგებლობს საოჯახო პაკეტით, ახალშობილი შვილი დაზღვეული უნდა იქნეს მიმწოდებლისთვის საჭირო ინფორმაციის წარდგენის დღის შემდეგი დღიდან.