



სამომგზაურო დაზღვევის პირობები
საქართველოში მოგზაურთათვის
#TRI/002/18

TRAVEL INSURANCE POLICY WORDING
FOR TRAVELERS IN GEORGIA
#TRI/002/18

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЯ
ДЛЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ В ГРУЗИИ
#TRI/002/18



1. ტერმინთა განმარტება

მზღვეველი - სს „თიბისი დაზღვევა“;

დამზღვევი - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელმაც წინამდებარე პირობების საფუძველზე გააფორმა დაზღვევის ხელშეკრულება მზღვეველთან;

დაზღვეული - საქართველოს ტერიტორიაზე დროებით მყოფი უცხო ქვეყნის მოქალაქე, რომელიც მითითებულია პოლისში და რომლის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა;

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

სადაზღვევო პერიოდი - დაზღვევის პოლისში მითითებული დროის მონაკვეთი, რომლის განმავლობაშიც დაზღვევა ძალაშია;

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

სადაზღვევო ლიმიტი/ქველიმიტი - პოლისში მითითებული თანხა, რომელიც წარმოადგენს მაქსიმალურ შესაძლო სადაზღვევო ანაზღაურებას;

სადაზღვევო შემთხვევა - წინამდებარე დაზღვევის პირობებით განსაზღვრული შემთხვევა, რომლის დადგომისას მზღვეველს წარმოეშვება სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემის ვალდებულება;

უბედური შემთხვევა - გარეშე ძალის ფიზიკური (მექანიკური, თერმული, ქიმიური) ზემოქმედების შედეგად დაზღვეულის სხეულის დაზიანება;

სადაზღვევო ანაზღაურება - სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მზღვეველის მიერ შესაბამისი ლიმიტის/ქველიმიტის ფარგლებში გასაცემი თანხა;

ფრანშიზა - თანხა, რომელიც წარმოადგენს დამზღვევის/დაზღვეულის პასუხისმგებლობას და არ ანაზღაურდება მზღვეველის მიერ და რომელიც აკლდება ასანაზღაურებელ თანხას;

ასისტანსი - სპეციალიზებული მომსახურების მიმწოდებელი კომპანია, რომელიც უზრუნველყოფს სადღეღამისო სატელეფონო კონსულტაციას, დაზღვევასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდებას და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას;

გადაუდაბელი მდგომარეობა - უბედური შემთხვევის ან მოულოდნელი ავადმყოფობის შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის უეცარი გაუარესება, რომელიც საფრთხეს უქმნის დაზღვეულის სიცოცხლეს და აუცილებლად საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას;

სასწრაფო სამედიცინო დახმარება - უბედური შემთხვევის ან მოულოდნელი ავადმყოფობის გამო შემთხვევის ადგილზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ დაზღვეულისათვის გაწეული მომსახურება და/ან დაზღვეულის ტრანსპორტირება უახლოეს საავადმყოფოში, სადაც შესაძლებელია მისთვის ადეკვატური დახმარების გაწევა;

გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება - უბედური შემთხვევის ან მოულოდნელი ავადმყოფობის გამო დაზღვეულისთვის ისეთი სამედიცინო მომსახურების გაწევა, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულებაში 24 სთ-ზე ნაკლები დროით მის დაყოვნებას;

გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება - უბედური შემთხვევის ან მოულოდნელი ავადმყოფობის გამო დაზღვეულისთვის ისეთი სამედიცინო მომსახურების გაწევა, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო დაწესებულებაში 24 სთ-ზე მეტი დროით მის განთავსებას;

გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება - ლიცენზირებული სტომატოლოგიური დაწესებულების მიერ ჩატარებული კბილის მწვავე ტკივილის გაყუჩება და კბილის გადაუდებელი ექსტრაქცია;

რეპატრიაცია - დაზღვეულის (ავადმყოფი, დაშავებული) ან მისი ცხედრის ტრანსპორტირება შესაბამისი ქვეყნის უახლოეს საერთაშორისო აეროპორტამდე ან ამ ქვეყნის უახლოეს სასაზღვრო პუნქტამდე.

2. სადაზღვევო დაფარვა

სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი ითვალისწინებს დაზღვეულის (უცხო ქვეყნის მოქალაქის) საქართველოს ტერიტორიაზე დროებით ყოფნისა და მოგზაურობისას სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში გაუთვალისწინებელ/გადაუდებელ ავადმყოფობასთან ან უბედურ შემთხვევასთან დაკავშირებული სამედიცინო და/ან რეპატრიაციის ხარჯების ანაზღაურებას განსაზღვრული ლიმიტის/ქველიმიტის ფარგლებში.

65 წელზე მეტი ასაკის პირებისათვის ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ უბედური შემთხვევით გამოწვეული სამედიცინო - სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობის ან უბედური შემთხვევით გამოწვეული გარდაცვალებისას რეპატრიაციის ხარჯები.

მომსახურება	ლიმიტი/ქველიმიტი	ფრანშიზა
საინფორმაციო-საკონსულტაციო	ულიმიტო	0
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	ულიმიტო	0
გადაუდებელი ამბულატორიული მკურნალობა	2,000 ევრო	50 ევრო
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	700 ევრო საწოლ-დღეზე	100 ევრო
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება	500 ევრო	25 ევრო
რეპატრაცია	10,000 ევრო	0
სრული სადაზღვევო ლიმიტი	50,000 ევრო	

3. სადაზღვევო ანაზღაურება

სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას დაზღვეული/დამზღვევი ან უფლებამოსილი პირი ვალდებულია დაუყოვნებლივ, მაგრამ არაუგვიანეს 24 საათისა, შეატყობინოს მზღვეველის „ასისტანსს“ შემდეგ ნომერზე +995 32 2 505 222 ან +995 32 2 42 22 22.

იმ შემთხვევაში, თუ ასისტანსთან დაუყოვნებლივ დაკავშირება შეუძლებელია საპატიო მიზეზის გამო, სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ შეტყობინება უნდა განხორციელდეს 24 საათის განმავლობაში და აუცილებლად სამედიცინო მომსახურების მიღების დასრულებამდე. ყველა შეტყობინება, რომელიც განხორციელდება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 24 საათის გასვლის შემდეგ, არ დაექვემდებარება ანაზღაურებას წინამდებარე პირობების მიხედვით, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა, როდესაც არსებობს ამ ვადის გადაცილების დასაბუთებული, საპატიო მიზეზი.

მას შემდეგ, რაც მოხდება ასისტანსის მიერ დაზღვეულის იდენტიფიცირება (პოლისის ნომრის, პასპორტის ნომრის, სახელისა და გვარის მიწოდებით და ინფორმაციით საზღვრის გადაკვეთის შესახებ, რაც დასტურდება საერთაშორისო პასპორტში შესაბამისი აღნიშვნით), დაზღვეული მიიღებს მითითებებს იმ სამედიცინო პროვაიდერების შესახებ, რომელთაც შეუძლია მიმართოს მომსახურების მიღების მიზნით.

დაზღვეულის მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება მოხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ პროვაიდერ დაწესებულებასთან პოლისში მითითებული სადაზღვევო ლიმიტისა და ფრანშიზის ოდენობის გათვალისწინებით. დაზღვეული/დამზღვევი ვალდებულია თავად გადაიხადოს ფრანშიზით გათვალისწინებული თანხა.

მზღვეველის მიერ პროვაიდერი დაწესებულებისათვის მომსახურების ღირებულების ანაზღაურების საფუძველია, პროვაიდერი დაწესებულების მიერ მზღვეველისათვის მიწოდებული შემდეგი დოკუმენტაცია: სამედიცინო დოკუმენტაცია (მათ შორის, საჭიროების შემთხვევაში დაზღვეულის ავადმყოფობის ისტორია), სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეული მომსახურების ჩამონათვალი, ანგარიშფაქტურა, დაზღვეულის პასპორტისა და სადაზღვევო პოლისის ასლები, დამატებით უბედური შემთხვევისას - შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული ცნობა.

სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში მომხდარი და ამ პერიოდის განმავლობაში მიმდინარე სადაზღვევო შემთხვევისას მზღვეველი უფლებას იტოვებს დაზღვეულთან/დაზღვეულის უფლებამოსილ პირთან შეთანხმებით მოახდინოს დაზღვეულის ევაკუაცია/რეპატრიაცია შესაბამის ქვეყანაში.

იმ შემთხვევაში, თუ მზღვეველის სამედიცინო ექსპერტთა ჯგუფი, მკურნალ ექიმთან კონსულტაციის საფუძველზე, შესაძლოდ ჩათვლის დაზღვეულის რეპატრიაციას და შესთავაზებს დაზღვეულს/დაზღვეულის უფლებამოსილ პირს, მაგრამ დაზღვეული/დაზღვეულის უფლებამოსილი პირი უარს იტყვის დაზღვეულის ტრანსპორტირებაზე და არ წარმოადგენს მოტივირებულ სამედიცინო დასკვნას, რომლითაც დადასტურდება, რომ მისი ევაკუაცია საფრთხეს აყენებს მის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას, მზღვეველი იხსნის ყოველგვარ პასუხისმგებლობას დაზღვეულის ჰოსპიტალიზაციისა და რეპატრიაციის ხარჯების ანაზღაურებაზე.

მზღვეველი აანაზღაურებს მხოლოდ ჩვეულებრივ და გონივრულ ფარგლებში გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარჯებს. ჩვეულებრივ და გონივრულ ფარგლებში გაწეული სამედიცინო ხარჯები ნიშნავს ადგილობრივ სტანდარტულ გადასახადებს და სხვა გადასახდელებს, რომლებიც არსებობენ მსგავსი სახის და სიმწვავის შემთხვევათა მკურნალობაზე.

მზღვეველი აანაზღაურებს მხოლოდ საქართველოში გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარჯებს, შესაბამის ქვეყანაში დაბრუნების შემდეგ გაწეული სამედიცინო ხარჯები არ ანაზღაურდება.

იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას ასისტანსისთვის შეტყობინების განხორციელების გარეშე და თავად გადაიხდის მომსახურების საფასურს, მზღვეველი იტოვებს უფლებას, უარი განაცხადოს სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე.

იმ შემთხვევაში, თუ აღმოჩნდება, რომ დაზღვეულმა პაციენტმა მიზეზის გამო ვერ მოახერხა დადგენილ ვადებში ასისტანსისთვის შეტყობინების განხორციელება, ანაზღაურების მიღების მიზნით, მან არაუგვიანეს 48 საათისა უნდა წარუდგინოს მზღვეველს შემდეგი საბუთების ორიგინალები: სამედიცინო დოკუმენტაცია, სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეული მომსახურების ჩამონათვალი, ანგარიშფაქტურა, დაზღვეულის მიერ აღნიშნული მომსახურების ღირებულების გადახდის ქვითარი, საერთაშორისო პასპორტი და სადაზღვევო პოლისის ორიგინალი, დამატებით უბედური შემთხვევისას - შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული ცნობა.

აღნიშნული ვადის გადაცილების შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცემა, გარდა იმ გამონაკლისი შემთხვევებისა, როდესაც ვადაგადაცილება ობიექტური მიზეზებითაა განპირობებული, რაც უნდა დასტურდებოდეს სათანადო მტკიცებულებებით.

მზღვევლის მოთხოვნისას, დაზღვეული ვალდებულია მზღვეველს მიაწოდოს უფლება მესამე პირთაგან მოითხოვოს საჭირო ინფორმაცია სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ.

4. გამონაკლისები

სამოგზაურო დაზღვევის პირობები არ ითვალისწინებს შემდეგი სახის მომსახურებების ხარჯების დაფარვას:

- მზღვევლის თანხმობის გარეშე გაწეული მომსახურების ხარჯები;
- ქრონიკული ან/და მოგზაურობამდე არსებულ დაავადებებთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება; ასევე თანდაყოლილი, გენეტიკური დაავადებების, პათოლოგიების, დეფექტების და მათი გართულებების გამოკვლევასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება;
- სამედიცინო მკურნალობის და კონსულტაციის ხარჯები, თუ ეს წარმოადგენს მოგზაურობის მიზანს;
- იმ დაავადების ხარჯები, რომელიც ხელს არ უშლის დაზღვეულს მოგზაურობის გაგრძელებაში და არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო ჩარევას;
- სადაზღვევო შემთხვევებს, როდესაც დაზღვეული ვერ ახერხებს შემთხვევის ვალიდურობის დამტკიცებას;
- იმ შემთხვევაში, როდესაც დაზღვევის პირობებში მითითებული გამონაკლისების მიხედვით არ ხდება მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება, ასევე არ მოხდება რეპატრიაციის ხარჯების დაფარვაც;
- არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საქმიანობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის ხარჯები;
- ფსიქოთერაპიასთან, ფსიქიურ, ფსიქოსომატურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ხარჯი;
- ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი გამოკვლევა და ხარჯი; კონტრაცეფციის, უნაყოფობის კვლევა და მკურნალობა;
- ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული, ალკოჰოლური ნივთიერებების ან ექიმის დანიშნულების გარეშე მიღებული წამლების მოხმარების შედეგად პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულ დაზიანებებთან დაკავშირებული ხარჯები;
- შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ბე და ცე ჰეპატიტის გამოკვლევები და მკურნალობა;

- სათვალის, ლინზების, კონტაქტური ლინზების და სმენის აპარატის შერჩევასა და შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- სარეაბილიტაციო მკურნალობა, სამედიცინო მასაჟი, ფიზიოთერაპია, ლაზეროთერაპია და კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობის ხარჯები;
- პროთეზირების, იმპლანტაციის და ტრანსპლანტაციის ხარჯები;
- ნებისმიერი სახის აცრასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- კარდიოქირურგიული და კარდიოინვაზიური მკურნალობის ხარჯები;
- ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება;
- შემთხვევებს, რომლებიც დაკავშირებულია დაზღვეულის პროფესიულ ან/და სამოყვარულო სპორტში მონაწილეობასთან, ალპინიზმსა და კლდეზე ცოცვასთან, დელტაპლანითა და პარაშუტით ხტომასთან, წყალქვეშ ყვინთვასთან, ცხენით ან კვადროციკლით გადაადგილებასთან ან სხვა აქტივობასთან, რომელიც შეიცავს დაშავების მომატებულ რისკს;
- კანონსაწინააღმდეგო ქმედებისას, თვითდაშავებით, თვითმკვლელობით ან მათი მცდელობისას მიღებული დაზიანებებით გამოწვეული ხარჯები;
- შემთხვევებს, რომლებიც გამოწვეულია დაზღვეულის მიერ არააუცილებელ ხიფათში თავის ჩაგდებათ;
- საჰაერო ან სარკინიგზო კატასტროფით გამოწვეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- ომით (მათ შორის, სამოქალაქო), ნებისმიერი სახის შეიარაღებული საბრძოლო მოქმედებებით, ტერორისტული აქტებით ან აჯანყებითა და დემონტრაციებით განპირობებული ჯანმრთელობის დაზიანება; ასევე შეიარაღებული ძალების მანევრებსა და საწვრთნელ მეცადინეობებში მონაწილეობისას მიღებული დაშავებით გამოწვეული მკურნალობის ხარჯები;
- რადიოაქტიური წყაროს ზემოქმედებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- პანდემიებით, ეპიდემიებით, გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები.

5. სხვა მნიშვნელოვანი პირობები

- დაზღვევა ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობისა და წინამდებარე პირობების შესაბამისად;
- წინამდებარე დაზღვევა ძალაშია მხოლოდ საქართველოში და სადაზღვევო პერიოდში მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევისას;

- სავალდებულო პირობაა, რომ პოლისის შეძენისას დაზღვეული პირი იმყოფებოდეს საზღვარგარეთ, წინააღმდეგ შემთხვევაში, სადაზღვევო შემთხვევა არ ანაზღაურდება;
- სამოგზაურო პოლისის პრემია გადაიხდება ერთიანად პოლისის გაცემისთანავე;
- პოლისი ძალაში შედის პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის დაწყების დღეს საქართველოს საზღვრის გადაკვეთისთანავე, იმ პირობით რომ პოლისით განსაზღვრული პრემია სრულად არის გადახდილია;
- მზღვეველი უფლებამოსილია გადაამოწმოს სადაზღვევო შემთხვევისა და დანახარჯების სისწორე;
- იმ შემთხვევაში, თუ მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ, მის ნდობით აღჭურვილ ექიმ-ექსპერტს ნება უნდა დაერთოს, ჩაუტაროს გამოკვლევა დაზღვეულს და გაცნოს მის ავადმყოფობის ისტორიას;
- დაზღვეულის მიერ მზღვეველისათვის წარმოსადგენი ყველა სახის საბუთი უნდა იყოს წარმოდგენილი: ქართულ, ინგლისურ ან რუსულ ენებზე;
- დაზღვეული არ შეიძლება იყოს საქართველოს მოქალაქე;
- წინამდებარე სადაზღვევო პირობების ქართულ, ინგლისურ და რუსულ ტექსტებს შორის შეუსაბამობის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება დაზღვევის პირობების ქართულ ვერსიას.
- მხარეთა მიერ ერთმანეთისათვის ნებისმიერი ფორმით (ზეპირი ან წერილობითი) მიწოდებული ყველა ინფორმაცია ითვლება კონფიდენციალურად და არ შეიძლება მისი მესამე პირისათვის გადაცემა მეორე მხარის წინასწარი თანხმობის გარეშე, გარდა საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობითა და წინამდებარე პირობებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა;
- მზღვეველი უფლებამოსილია, განხორციელებული დაზღვევის ფარგლებში მიღებული პერსონალური მონაცემები დაამუშაოს: ა) სადაზღვევო მომსახურების გაწევის მიზნით, ბ) დამზღვევის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობის შემთხვევაში, მზღვეველის ინტერესების დაცვის მიზნით და გ) ზარალის დარეგულირების მიზნებისათვის, მათ შორის ნებისმიერი კერძო თუ საჯარო დაწესებულებიდან, გამოითხოვოს სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია და დოკუმენტაცია (მათ შორის, დაზღვეულის საზღვრის კვეთასთან დაკავშირებული მონაცემები). ასევე, აღნიშნული მონაცემები განათავსოს მის მფლობელობაში/სარგებლობაში არსებულ სერვერებზე, როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ;
- მზღვეველი ასევე უფლებამოსილია, მისთვის მიწოდებული პერსონალური ინფორმაცია დაამუშაოს, ასევე, პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის - ახალი სადაზღვევო პროდუქტებისა და მომსახურების შესათავაზებლად. მონაცემთა სუბიექტს უფლება აქვს ნებისმიერ დროს მოსთხოვოს მზღვეველს მის შესახებ მონაცემთა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის გამოყენების შეწყვეტა იმავე ფორმით, რა ფორმითაც ხორციელდება პირდაპირი მარკეტინგი -

მზღვეველისათვის წერილობითი ან სატელეკომუნიკაციო საშუალებებით მიმართვის გზით.

6. სადაზღვევო პოლისის მოქმედების დასრულება და შეწყვეტა

- სადაზღვევო პოლისის მოქმედება დასრულებულად ჩაითვლება პოლისის მოქმედების ვადის გასვლის შემთხვევაში ან პოლისის პირობებით გათვალისწინებული სადაზღვევო ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში;
- პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის დაწყების შემდგომ სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის გაუქმების შემთხვევაში სადაზღვევო პრემია დაბრუნებას არ ექვემდებარება;
- პოლისის ვადაზე ადრე შეწყვეტის შემთხვევაში, მზღვეველს უნდა ეცნობოს წერილობით, შეწყვეტამდე 5 (ხუთი) კალენდარული დღით ადრე.

7. მხარეთა შორის უთანხმოებათა გადაწყვეტა

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

1. DEFINITIONS

Insurer – JSC “TBC Insurance”;

Policyholder – Individual or Legal entity, who according to the present terms, enters into the insurance agreement with the insurer;

Insured – Citizen of foreign country, traveling in Georgia, who is indicated in the policy and is covered under the terms and conditions of the current policy;

Insurance policy – document confirming the signing of the agreement between Insured and Policyholder and defining the terms and conditions of this agreement;

Insurance period – period indicated in the policy during which the insurance is in force;

Insurance premium – cost of insurance to be paid by the Policyholder, according to the terms of payment defined in the Policy;

Limit of liability/sublimit – sum indicated in the Insurance policy, which represents maximum possible Insurance indemnity;

Insured Event – event, defined in the Insurance policy, occurrence of which raises liability of Insurance indemnification by Insurer;

Accident – injury of Insured caused by direct physical impact of external forces (mechanical, thermal, chemical);

Insurance indemnity – the sum within the appropriate limit/sublimit, which is paid by the Insurer in case of Insured event;

Deductible – amount, which is the liability of Policyholder/Insured and is not paid by the Insurer and which should be deducted from the indemnifiable sum;

Assistance – specialized service company, which provides 24-hour telephone consultation including any information in respect of insurance coverage and organizes medical services;

Urgent condition – unforeseen worsening of health condition due to accident or sudden illness, which appears to be life threatening and needs emergency medical treatment;

Emergency medical care – urgent medical service rendered by ambulance crew to the Insured due to accident or sudden illness and/or transportation of the Insured to the nearest hospital for further adequate treatment;

Urgent outpatient treatment – urgent outpatient care rendered in the medical institution to the Insured due to accident or sudden illness lasting not more than 24 hours;

Urgent hospital treatment – urgent inpatient care rendered in the medical institution to the Insured due to accident or sudden illness lasting more than 24 hours;

Urgent dental treatment – relief of acute tooth pain and an urgent tooth extraction carried out by the licensed dental institution;

Repatriation – transportation of the Insured (injured, diseased or deceased) to the nearest international airport of the appropriate country or the nearest frontier points of the appropriate country.

2. INSURANCE COVERAGE

The travel insurance policy implicates reimbursement of medical and/or repatriation expenses within certain limit/sub limit related to unforeseen/urgent illness or accident during Insured's travel in Georgia within the insurance period.

For the persons above 65 years old, this travel insurance policy would cover only medical and/or repatriation expenses caused by accident.

SERVICE	LIMITS/SUBLIMIT	DEDUCTIBLE
Assistance Consultation	No limitation	0
Emergency Medical Care	No limitation	0
Emergency Outpatient Care	2,000 EURO	50 EURO
Emergency Hospital Treatment	700 EURO per day	100 EURO
Emergency Dental Treatment	500 EURO	25 EURO
Repatriation	10,000 EURO	0
Total Limit	50,000 EURO	

3. INSURANCE INDEMNIFICATION

In case of insured event the Insured/Policyholder or his/her eligible representative shall notify the Insurer Assistance Service about the event occurrence immediately but not later than 24 hours at the following phone number +995 32 2 505 222 or +995 32 2 42 22 22.

In case Assistance can't be reached immediately by the Insured due to reasonable excuse, notification about the insurance event should be made within 24 hours from the occurrence and before the completion of all the medical procedures. All the notifications made after 24 hours from the occurrence of insurance event, will not be indemnified by the Insurer according to the terms of present agreement, except for cases when there are objective reasons for the delay, which should be proved with the corresponding and appropriate evidences.

After insured's identification by Assistance (via policy number, Passport ID, name and surname, information about the crossing of the border, which is proved with the appropriate indication in the international passport), the Insured will receive information about the medical service providers, to whom he/she should apply for receiving medical service.

The costs of medical services provided to the insured person, will be reimbursed by the Insurer directly to the provider institution only within the insurance limit and above the deductible indicated in the policy. The Insured should pay the sum of deductible.

The Insurer will indemnify the expenses of provided services to the provider institution on the base of the following documentation provided by provider: medical documentation (including, in case of need, the medical history), list of services rendered by provider, invoice, along with copies of Insured's passport and insurance policy, in addition, in case of accident – the official reference of accident.

While managing the insured event, occurred during insurance period, the Insurer reserves the right to evacuate/repatriate the Insured to the appropriate country upon agreement with the Insured/an authorized person of Insured.

In case the medical expert group of the Insurer on the base of a physician advice, considers possible the repatriation of Insured and offers the Insured/an authorized person of Insured, but the Insured/an authorized person of Insured refuses repatriation and does not provide motivated medical conclusion verifying that evacuation of the insured endangers his/her life or health, the Insurer reserves right to immediately cancel the contract signed with Policyholder/Insured and exempts liability to indemnify medical, hospitalization and repatriation expenses of Insured.

The Insurer shall indemnify only for reasonable and customary charges. Reasonable and customary charges shall be deemed to refer to a charge for medical care that does not exceed the general level of charges in the locality for a similar disease or injury.

The Insurer shall indemnify only medical expenses incurred in Georgia, medical expenses incurred after return to the appropriate country shall not be indemnified.

In case when the Insured contacts any medical institution independently and notifies International Assistance already after obtaining of all services, the Insurer reserves right to refuse issuing the indemnification.

If it will be discovered that notification was not made to Assistance in the above defined terms due to the reasonable excuse, the insured should immediately, but not later than 48 hours, provide the Insurer with following medical and financial documentation (in the original form): medical documentation, list of services rendered by provider, invoice, check confirming the payment of the mentioned service fees by the insured, along with Insured's passport and insurance policy, in addition, in case of accident – the official reference of accident.

In case of expiration of the above-mentioned period, the reimbursement of costs will not occur, except for cases when there are objective reasons for the delay, which should be proved with the corresponding and appropriate evidences.

Upon Insurer's request, the Insured is obliged to concede the right to request from the third parties all needed information about the insured event.

4. EXCLUSIONS

The Travel Insurance Policy does not cover expenses arising from:

- All expenses made without obtaining the approval of Insurer;
- Chronic or pre-existing diseases, also congenital and genetic diseases, pathologies, defects and their complications;
- A trip undertaken for the purpose of receiving medical treatments or advice;
- Diseases which do not require emergency medical assistance and which do not prevent insured from continuing the journey;
- Failure of the insured person to provide appropriate explanation of the cause of the claim;
- In all cases, when the treatment expenses are not indemnified according to the exclusions indicated in the policy wording, the repatriation expenses would not be covered also;
- Consultations and treatment at non-licensed medical institutions and by non-certified private persons;
- Mental or behavioral disorders, psychotherapy;
- Pregnancy, delivery and any of their complications; Sterility examination and treatment, contraception;
- Costs for treatment of aggravation of health condition that is directly or indirectly caused by or constitutes the consequence of being under the influence alcoholic, narcotic and/or toxic substances; Also, injuries caused by drugs not prescribed by a registered qualified medical practitioner;
- Examination and treatment of AIDS, sexually transmitted diseases, B and C hepatitis;
- Purchasing eye glasses, contact lenses and hearing aids;
- Rehabilitation, medical massage, physiotherapy, laser therapy and treatment for cosmetic purposes;
- Prosthesis, implantation and transplantation;
- Vaccination or immunization;
- Cardio-surgery and cardio-invasive treatment;
- Oncologic diseases;
- Events related to the participation of insured in professional and/or amateur sport, alpinism and rock-climbing, hang-gliding and parachute jumping, diving, horse riding or all-terrain vehicle driving or other sports which include increased degree of risk of injury;
- Commitment of any criminal act as well as the consequences of acts of suicide or attempt of suicide;
- Events occurring due to insured's unnecessarily running the risk of danger;
- Events occurring from transport catastrophe -air and train crash;
- Accident occurring during a civil war or war with foreign country, acts of terrorism, riots and demonstrations; Also, the insured's participation in any maneuvers or training exercises of the armed forces;

- Injuries caused by a source of radioactivity;
- Damages caused by pandemic, epidemic, pollution and natural disasters.

5. OTHER IMPORTANT CONDITIONS

- The insurance is performed according to the Georgian legislation and the present terms and conditions;
- The present insurance is in force only in Georgia and for the insured events occurred during insurance period;
- It is required, that the Insured should not be in Georgia for the date of purchasing of insurance policy, otherwise the insured event will not be indemnified;
- The insurance premium is paid in one installment upon the issuance of the policy;
- Insurance policy enters in force on the day of insurance period inception as stated in the policy upon crossing the border of Georgia and when insurance premium is fully paid;
- The Insurer is entitled to verify correctness of insurance event and costs;
- In case the Insurer considers necessary its authorized physician-expert shall be allowed to examine the Insured and be acquainted with his/her case history;
- All the documents required by the Insurer should be presented only in Georgian, English or Russian languages;
- The Insured could not be Georgian citizen;
- In case of irrelevance between Georgian, English and Russian texts of present terms and conditions, the Georgian version shall prevail;
- Any information, both oral or written, transferred between the parties is considered confidential and shall not be transferred to the third parties without prior written concern of the parties unless otherwise provided by the present agreement or according to the acting Georgian legislation;
- The insurer is obliged to process the personal data obtained within the insurance for the purposes to: a) provide the insurance services, b) protect insurers rights in case insured fails to fulfill obligations undertaken; and c) manage loss settlement process including requesting any information from related to the insurance event from any private or state institution (as well as information in regards to border crossing) and to deposit any such personal data on servers under its ownership in Georgia or abroad;
- The insurer is authorized to process the obtained personal data for the purposes of direct marketing - offering new insurance products and services. Data subject may apply the insurer any time requesting the termination of such processing the same way the direct marketing is done.

6. TERMINATION AND CANCELLATION OF THE INSURANCE POLICY

- The insurance policy terminates in the following cases: expiration of the term of validity or depletion of limit of liability indicated in the insurance policy;
- After the commencement of insurance period in case of cancellation of insurance policy, the Insurer will not reimburse the paid insurance premium to the insured;
- In case of cancellation of insurance policy before the commencement of insurance period, the insurer should be notified in written 5 (five) calendar days earlier before such cancellation.

7. DISPUTE SETTLEMENT

Any disputes and differences, arising between parties in respect of the present Insurance Policy Wording will be settled based on mutual agreement. In case the parties fail to reach the agreement, disputes shall be solved by the Courts of Georgia according to the current Georgian legislation.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик - АО «ТБС страхование»;

Страхователь - физическое или юридическое лицо, которое в соответствии с настоящими условиями заключает договор страхования со страховщиком;

Застрахованный - гражданин иностранного государства, временно находившийся на территории Грузии, который указан в полисе и в пользу которого осуществляется страхование;

Страховой полис - документ, подтверждающий факт заключения договора о страховании между страховщиком и страхователем и отражающий условия этого договора;

Страховой период - отрезок времени, указанный в полисе, в течение которого страхование в силе;

Страховая премия - стоимость страхования, которую страхователь должен заплатить страховщику в порядке и размере, определенном страховым полисом;

Страховой лимит/сублимит - указанная в полисе сумма, которая является максимально возможным страховым возмещением;

Страховой случай - случай, определенный условиями настоящего страхования, при наступлении которого у страховщика возникает обязанность по выдаче страхового возмещения;

Несчастный случай - телесное повреждение застрахованного в результате физического (механического, термического, химического) воздействия внешней силы ;

Страховое возмещение - сумма, выдаваемая страховщиком при наступлении страхового случая, в пределах соответствующего лимита/сублимита;

Франшиза - сумма, которая является ответственностью страхователя/застрахованного и не возмещается страховщиком и которая вычитывается из возмещаемой суммы;

Ассистанс - специализированная сервисная компания, которая обеспечивает круглосуточную телефонную консультацию, предоставление информации, связанной со страхованием и организацию медицинских услуг;

Неотложное состояние - внезапное ухудшение состояния здоровья в результате несчастного случая или неожиданной болезни, которое создает опасность жизни застрахованного и непременно требует неотложной медицинской помощи;

Неотложная медицинская помощь - услуга, оказанная застрахованному бригадой скорой медицинской помощи на месте случая и/или транспортировка застрахованного в ближайшую больницу, где можно оказать ему адекватную помощь в связи с несчастным случаем или неожиданной болезнью;

Неотложное амбулаторное лечение - в случае несчастного случая или неожиданной болезни, оказание застрахованному медицинской помощи, которая предусматривает его пребывание в медицинском учреждении меньше 24 часов;

Неотложное госпитальное лечение - в случае несчастного случая или неожиданной болезни, оказание застрахованному медицинской помощи, которая предусматривает его пребывание в медицинском учреждении больше 24 часов;

Неотложная стоматологическая помощь - обезболивание острой зубной боли и неотложная экстракция зуба, проведенное лицензированным стоматологическим учреждением;

Репатриация - транспортировка застрахованного (больного, пострадавшего или умершего) до ближайшего аэропорта соответственной страны или до ближайшего пограничного пункта этой страны.

2. СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ

Полис страхования путешествия предусматривает возмещение расходов медицинское обслуживание и/или репатриацию в пределах определенного лимита/сублимита, связанных с непредусмотренной/неотложной болезнью или несчастным случаем в течение страхового периода при временном пребывании и путешествии застрахованного (иностранного гражданина) на территории Грузии.

Для лиц старше 65 лет, возмещению подлежат вызванные несчастным случаем медицинские расходы на стационарное и амбулаторное лечение или расходы на репатриацию при внезапной смерти в результате несчастного случая.

УСЛУГИ	ЛИМИТ/СУБЛИМИТ	ФРАНШИЗА
Информационно-консультационные услуги	Безлимитный	0
Неотложная медицинская помощь	Безлимитный	0
Неотложное амбулаторное лечение	2,000 евро	50 евро
Неотложное госпитальное лечение	700 евро в день	100 евро
Неотложная стоматологическая помощь	500 евро	25 евро
Репатриация	10,000 евро	0
Полный страховой лимит	50,000 евро	

3. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

При наступлении страхового случая, застрахованный/страхователь или уполномоченное лицо обязан немедленно, но не позднее 24 часов, сообщить «ассистансу» страховщика по следующему номеру: +995 32 2 505 222 или +995 32 2 42 22 22

В случае, если немедленная связь с ассистансом невозможна по уважительным причинам, сообщение о страховом случае должно быть осуществлено в течение 24 часов и обязательно до завершения получения медицинских услуг. Все сообщения, осуществленные после истечения 24 часов, не подлежат возмещению по настоящим условиям, кроме исключительных случаев, когда присутствуют подтвержденные уважительные причины просрочки этого срока.

После того, как застрахованный будет идентифицирован ассистантом (подачей номера полиса, номера паспорта, имени и фамилии и информацией о пересечении границы, что подтверждается соответственной отметкой в международном паспорте), застрахованный получит указания о тех медицинских провайдерах, к которым могут обратиться с целью получения услуг.

Возмещение стоимости медицинских услуг, полученных застрахованным, происходит страховщиком прямо учреждению-провайдеру с учетом страхового лимита и франшизы. Застрахованный/страхователь обязан сам заплатить сумму, предусмотренную франшизой.

Страховщик возмещает расходы на предоставляемые услуги учреждению-провайдеру на основании следующей документации: медицинская документация (в том числе, в случае необходимости, история болезни застрахованного), перечень услуг, оказанных медицинским учреждением, счет-фактура, копии паспорта и страхового полиса застрахованного, дополнительно при несчастном случае – справка, выданная соответственным компетентным органом.

При страховом случае, происшедшем в течение страхового периода и происходящего в течение этого периода, страховщик оставляет за собой право, по соглашению с застрахованным/уполномоченным лицом застрахованного, совершить эвакуацию/репатриацию застрахованного в соответствующую страну.

В том случае, если группа медицинских экспертов страховщика, на основании консультации с лечащим врачом, сочтет возможным репатриацию застрахованного и предложит застрахованному/уполномоченному лицу застрахованного, но застрахованный/уполномоченное лицо застрахованного откажется от транспортировки застрахованного и не предъявит мотивированное медицинское заключение, по которому подтверждается, что его эвакуация создает опасность для его жизни или здоровья, страховщик снимает с себя всякую ответственность за госпитализацию и возмещение расходов на репатриацию.

Страховщик возмещает только разумные и обычные медицинские расходы. Разумные и обычные медицинские расходы означают местные стандартные платежи и другие платежи, которые установлены за лечение случаев подобного рода и остроты.

Страховщик возместит только расходы на медицинскую помощь, оказанную в Грузии, расходы на медицинскую помощь, оказанную после возвращения в соответствующую страну, не подлежат возмещению.

В случае, если застрахованный обратится в медицинское учреждение без оповещения ассистента и сам оплатит стоимость услуг, страховщик оставляет за собой право отказаться от выдачи страхового возмещения.

В случае, если окажется, что застрахованный, по уважительным причинам не смог осуществить оповещение ассистента в установленные сроки, он, с целью получения возмещения, должен не позднее 48 часов, предъявить страховщику оригиналы следующих документов: медицинская документация, перечень услуг, оказанных медицинским учреждением, счет-фактура, чек оплаты застрахованным указанных услуг, международный паспорт и оригинал страхового полиса, дополнительно, при несчастном случае – справка, выданная соответственным компетентным органом.

В случае просрочки указанного срока, страховое возмещение не выдается, кроме тех исключительных случаев, когда просрочка обусловлена объективными причинами, что должно быть подтверждено соответствующими доказательствами.

По требованию страховщика, застрахованный обязан предоставить право страховщику потребовать от третьих лиц нужную информацию о страховом случае.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

Условия страхования путешествия не предусматривают покрытие расходов на следующие услуги:

- Расходы на услуги, произведенные без согласия страховщика;
- Любые медицинские услуги, связанные с хронической и/или существующей до путешествия болезнью; также любые медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением врожденных, генетических болезней, патологии, дефектов и их осложнения;
- Расходы на медицинское лечение и консультацию, если это является целью путешествия;
- Расходы на болезнь, которая не мешает застрахованному в продолжении путешествия и не нуждается в неотложном медицинском вмешательстве;
- Страховые случаи, когда застрахованный не может доказать валидность случая;
- В случае, когда по указанным в условиях страхования исключениям на происходит возмещение расходов на лечение, также не происходит покрытие и расходов на репатриацию;
- Расходы на консультацию и лечение в нелегализованных медицинских учреждениях и у частных лиц, не имеющих права на медицинскую деятельность;

- Любые расходы, связанные с психотерапией, психическим, психосоматическим лечением;
- Любые расходы и обследования, связанные с беременностью и родами; Исследование и лечение стерильности, контрацепция;
- Затраты на лечение ухудшения состояния здоровья, которые прямо или косвенно вызваны или являются следствием воздействия алкогольных, наркотических, психотропных и/или токсических веществ, а также лекарств без назначения врача; ;
- Обследования и лечение СПИД-а, заболеваний, передающихся половым путем, В и С гепатита;
- Расходы, связанные с подбором и приобретением очков, линз, контактных линз и слухового аппарата;
- Реабилитационное лечение, медицинский массаж, физиотерапия, лазеротерапия и лечение, проведенное в косметических целях;
- Расходы на протезирование, имплантацию и трансплантацию;
- Расходы, связанные с любой прививкой (вакцинация или иммунизация);
- Расходы на кардиохирургическое и кардиоинвазивное лечение;
- Расходы на медицинские услуги, связанные с онкологическими заболеваниями;
- Случаи, которые связаны с участием застрахованного в профессиональном и/или любительском спорте, альпинизме и скалолазании, прыжках с парашютом или дельтапланом, подводным нырянии, перемещением на коне или квадроцикле или другими активностями, которые связаны с повышенным риском повреждения здоровья;
- Расходы, вызванные повреждением при противозаконном действии, самоповреждением, попыткой самоубийства;
- Случаи, которые вызваны необязательным риском застрахованного;
- Расходы на медицинские услуги, вызванные воздушной или железнодорожной катастрофой;
- Повреждение здоровья, вызванное войной (в том числе гражданской), любыми вооруженными военными действиями, террористическими актами или восстанием и демонстрациями; также, участием в маневрах и тренировочных занятиях вооруженных сил;
- Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными воздействием радиоактивного источника;
- Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными пандемией, эпидемией, загрязнением среды или стихийным бедствием.

5. ДРУГИЕ СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ

- Страхование осуществляется в соответствии с законодательством Грузии и настоящими условиями;
- Настоящее страхование в силе только в Грузии и при страховом случае, наступившем в страховом периоде;
- Обязательным условием является то, что застрахованное лицо, при приобретении полиса, должен находиться за границей, в противном случае, страховой случай не будет возмещен;
- Премия полиса путешествия выплачивается полностью сразу при выдаче полиса;
- Полис вступает в силу в день начала страхового периода, указанного в полисе, сразу, после пересечения границы Грузии, с условием, что премия, определенная полисом, выплачена полностью;
- Страховщик уполномочен перепроверить верность страхового случая и расходов;
- В случае, если страховщик сочтет нужным, доверенному им врачу-эксперту должно быть предоставлено разрешение на проведение обследования застрахованного и ознакомление с его историей болезни;
- Все документы, предъявляемые застрахованным страховщику, должны быть предъявлены на грузинском, английском или русском языках;
- Застрахованный не может быть гражданином Грузии;
- В случае несоответствия между грузинским, английским и русскими текстами настоящих страховых условий, преимущество присуждается грузинской версии страховых условий;
- Вся информация, предоставленная сторонами друг другу в любой форме (устной или письменной) считается конфиденциальной и нельзя передавать ее третьему лицу без предварительного согласия другой стороны, кроме случаев, предусмотренных законодательством Грузии и настоящими условиями;
- Страховщик уполномочен, обработать персональные данные, полученные в пределах страхования: а) с целью оказания страховых услуг; б) с целью защиты интересов страховщика в случае невыполнения страхователем взятых обязательств и в) в целях регулирования ущерба, в том числе, из любого частного или публичного учреждения востребовать любую информацию и документацию, связанную со страховым случаем (в том числе, данные, связанные с пересечением границы застрахованным). Также, разместить указанные данные на принадлежащих ему/существующих в его пользовании серверах, как внутри страны, так и за ее пределами;
- Страховщик также уполномочен, обработать предоставленную персональную информацию в прямых маркетинговых целях – для предложения новых страховых продуктов и услуг. Субъект данных вправе, в любое время потребовать от страховщика прекращения использования его данных в целях прямого маркетинга в

такой же форме, какой осуществляется прямой маркетинг – путем письменного обращения или обращения телекоммуникационными средствами к страховщику.

6. ЗАВЕРШЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА

- Действие страхового полиса считается завершенным в случае истечения срока действия полиса или в случае исчерпания страхового лимита, предусмотренного условиями полиса;
- В случае отмены страхового полиса путешествия после начала страхового периода, указанного в полисе, страховая премия возврату не подлежит;
- В случае досрочного прекращения полиса, страховщику должно быть сообщено за 5 (пять) календарных дней до прекращения.

7. УРЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗНОГЛАСИЙ МЕЖДУ СТОРОНАМИ

Любые споры и разногласия между сторонами, возникшие в связи с настоящими условиями страхования, решаются путем переговоров. В случае невозможности решения вопроса путем переговоров, спор рассматривается и решается в порядке, установленном законодательством Грузии, путем обращения в суд общей юрисдикции Грузии.