



თიბისი დაზღვევა

T B C I N S U R A N C E

სამოგზაურო დაზღვევის პირობები
საქართველოში მოგზაურთათვის

#TRI/001/22

TRAVEL INSURANCE POLICY WORDING
FOR TRAVELLERS IN GEORGIA

#TRI/001/22

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЯ
ДЛЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ В ГРУЗИИ

#TRI/001/22

شروط تأمين السفر

لمسافرين الى جورجيا

#TRI\001\22

1. ტერმინთა განმარტება

მზღვეველი - სს „თიბისი დაზღვევა“;

დამზღვევე - 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 პერიოდი არ უნდა აღემატებოდეს 180 დღეს;

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 წარმოეშევა 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;

მოცდის პერიოდი - პერიოდი, რომლის განმავლობაშიც დამდგარი სადაზღვევო ხელშეკრულებით დაფარული შემთხვევების მკურნალობის/რეპარაციის ხარჯები არ ექვემდებარება ანაზღაურებას. წინამდებარე პირობებით, მოცდის პერიოდი შეადგენს პირველ 24 საათს სადაზღვევო ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან.

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

გადაუდებელი 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 სამედიცინო ჩვენებით 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;

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

COVID-19-თან დაკავშირებული მკურნალობა - COVID-19-ის დადასტურების შემთხვევაში, საქართველოში ამბულატორულ და ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები, საქართველოს მიერ აღიარებული გაიდლაინების შესაბამისად.

COVID-19 დადასტურებული დაავადება/COVID-19 დაავადება - საქართველოს ტერიტორიაზე სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში და მოცდის პერიოდის ამოწურვის შემდეგ ლაბორატორიულად პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდით დადასტურებული SARS-CoV-2 ინფექცია.

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 რეპატრაციის 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 რეპატრაციის ხარჯები.

მომსახურება	ლიმიტი/ქველიმიტი	ფრანშიზა
საინფორმაციო-საკონსულტაციო	ულიმიტო	0
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	ულიმიტო	0
გადაუდებელი ამბულატორიული მკურნალობა გამოწვეული არა COVID-19-ით ავადობით/უბედური შემთხვევით	2,000 ევრო	50 ევრო
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება გამოწვეული არა COVID-19-ით ავადობით/უბედური შემთხვევით	700 ევრო საწოლ-დღეზე	100 ევრო
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება	500 ევრო	25 ევრო
რეპატრაცია	10,000 ევრო	0
COVID-19-თან დაკავშირებული მკურნალობა:	10,000 ევრო	0
მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობით	80 ევრო დღეში	
მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაში	200 ევრო დღეში	
ჯამური სადაზღვევო ლიმიტი	50,000 ევრო	

3. სადაზღვევო ანაზღაურება

- 3 1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას დაზღვეული/დამზღვევეი ან უფლებამოსილი პირი ვალდებულია დაუყოვნებლივ, მაგრამ არაუგვიანეს 24 საათისა, შეატყობინოს მზღვეველის „ასისტანსს“ შემდეგ ნომერზე +995 32 2 42 11 11.
- 3 2. 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.
- 3 3. **COVID 19 თან დაკავშირებული მომსახურების მისაღებად** დაზღვეული, ან დაინტერესებული პირი, ვალდებულია SARS-CoV-2-ზე ტესტირების დადებითი პასუხის შესახებ დაუყოვნებლივ აცნობოს ცხელ ხაზს. შეტყობინება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, პოლისის ნომერი, დადებითი ტესტის პასუხის თარიღი. შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3 4. 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.
- 3 5. დაზღვეულის მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება მოხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ პროვაიდერ დაწესებულებასთან პოლისში მითითებული სადაზღვევო ლიმიტისა და ფრანშიზის ოდენობის გათვალისწინებით. დაზღვეული/დამზღვევეი ვალდებულია თავად გადაიხადოს ფრანშიზით გათვალისწინებული თანხა.
- 3 6. 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, ანგარიშგაქტურა, დაზღვეულის პასპორტისა და სადაზღვევო პოლისის ასლები, დამატებით უბედური შემთხვევისას - შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული ცნობა.
- 3 7. 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.
- 3 8. 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.
- 3 9. მზღვეველი აანაზღაურებს მხოლოდ ჩვეულებრივ და გონივრულ ფარგლებში გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარჯებს. ჩვეულებრივ და გონივრულ ფარგლებში გაწეული სამედიცინო ხარჯები ნიშნავს ადგილობრივ სტანდარტულ გადასახადებს და სხვა გადასახადებს, რომლებიც არსებობენ მსგავსი სახის და სიმწვავის შემთხვევათა მკურნალობაზე.
- 3 10. მზღვეველი აანაზღაურებს მხოლოდ საქართველოში გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარჯებს, სხვა ქვეყანაში დაბრუნების შემდეგ გაწეული სამედიცინო ხარჯები არ ანაზღაურდება.

- 3 11. იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას ასისტანსისთვის შეტყობინების განხორციელების გარეშე და თავად გადაიხდის მომსახურების საფასურს, მზღვეველი იტოვებს უფლებას, უარი განაცხადოს სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე.
- 3 12. იმ შემთხვევაში, თუ აღმოჩნდება, რომ დაზღვეულმა პატივსადები 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, ანგარიშგაქტურა, დაზღვეულის მიერ აღნიშნული მომსახურების ღირებულების გადახდის ქვითარი, საერთაშორისო პასპორტი და სადაზღვევო პოლისის ორიგინალი, დამატებით უბედური შემთხვევისას - შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული ცნობა.
- 3 13. აღნიშნული ვადის გადაცილების შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცემა, გარდა იმ გამონაკლისი შემთხვევებისა, როდესაც ვადაგადაცილება ობიექტური მიზეზებითაა განპირობებული, რაც უნდა დასტურდებოდეს სათანადო მტკიცებულებებით.
- 3 14. მზღვეველის მოთხოვნისას, დაზღვეული ვალდებულია ნებისმიერი მესამე პირისაგან გამოითხოვოს და მზღვეველს წარუდგინოს დამატებითი ინფორმაცია/დოკუმენტაცია სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ.

4. გამონაკლისები

სამოგზაურო დაზღვევის პირობები არ ითვალისწინებს შემდეგი სახის მომსახურებების ხარჯების დაფარვას:

- 4 1. მზღვეველის თანხმობის გარეშე გაწეული მომსახურების ხარჯები;
- 4 2. ქრონიკული ან/და მოგზაურობამდე არსებულ დაავადებებთან/მდგომარეობებთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება;
- 4 3. დაზღვევის ძალაში შესვლამდე დამდგარი შემთხვევები; ასევე თანდაყოლილი, გენეტიკური დაავადებების, პათოლოგიების, დეფექტების და მათი გართულებების გამოკვლევასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება;
- 4 4. სამედიცინო მკურნალობის და კონსულტაციის ხარჯები, თუ ეს წარმოადგენს მოგზაურობის მიზანს;
- 4 5. იმ დაავადების ხარჯები, რომელიც ხელს არ უშლის დაზღვეულს მოგზაურობის გაგრძელებაში და არსაჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო ჩარევას;
- 4 6. 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;
- 4 7. რეპატრიაციის ხარჯები, რომელიც მოჰყვა Covid-19 ინფიცირების შედეგად გარდაცვალებას;
- 4 8. არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საქმიანობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის ხარჯები;
- 4 9. ფსიქოთერაპიასთან, ფსიქიურ, ფსიქოსომატურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ხარჯი;
- 4 10. ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი გამოკვლევა და ხარჯი; კონტრაცეფციის, უნაყოფობის კვლევა და მკურნალობა;
- 4 11. ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული, ალკოჰოლური ნივთიერებების ან ექიმის დანიშნულების გარეშე მიღებული წამლების მოხმარების შედეგად პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულ დაზიანებებთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 12. შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ბე და ცე ჰეპატიტის გამოკვლევები და მკურნალობა;
- 4 13. სათვალის, ლინზების, კონტაქტური ლინზების და სმენის აპარატის შერჩევასა და შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 14. სარეაბილიტაციო მკურნალობა, სამედიცინო მასაჟი, ფიზიოთერაპია, ლაზეროთერაპია და კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობის ხარჯები;

- 4 15. პროთეზირების, იმპლანტაციის და ტრანსპლანტაციის ხარჯები;
- 4 16. ნებისმიერი სახის აგრასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 17. კარდიოქირურგიული და კარდიონევაზიური მკურნალობის ხარჯები;
- 4 18. ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება;
- 4 19. 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;
- 4 20. კანონსაწინააღმდეგო ქმედებისას, თვითდაშავებით, თვითმკვლელობით ან მათი მცდელობისას მიღებული დაზიანებებით გამოწვეული ხარჯები;
- 4 21. შემთხვევებს, რომლებიც გამოწვეულია დაზღვეულის მიერ არააუცილებელ ზიფათში თავის ჩაგდებით;
- 4 22. საჰაერო ან სარკინიგზო კატასტროფით გამოწვეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- 4 23. ომით (მათ შორის, სამოქალაქო), ნებისმიერი სახის შეიარაღებული საბრძოლო მოქმედებებით, ტერორისტული აქტებით ან აჯანყებითა და დემონსტრაციებით განპირობებული ჯანმრთელობის დაზიანება; ასევე შეიარაღებული ძალების მანევრებსა და საწვრთნელ მეცადინეობებში მონაწილეობისას მიღებული დაშავებით გამოწვეული მკურნალობის ხარჯები;
- 4 24. რადიოაქტიური წყაროს ზემოქმედებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 25. იზოლაციის/კარანტინის, მათ შორის კოვიდ-სასტუმროში განთავსების ხარჯები, ასევე სავალდებულო SARS-CoV-2-ზე ტესტირების სტანდარტული სქემა მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 4 26. პანდემიებით, ეპიდემიებით (გარდა COVID-19-სა), გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები.
- 4 27. ექსკლუზიური მომსახურებები: არასტანდარტული/ზესტანდარტული სამედიცინო მომსახურება, არასტანდარტული პალატა, აყვანილი ექიმი;
- 4 28. მომსახურებები, რომელიც არ არის ტერმინთა განმარტებებში და სადაზღვევო დაფარვებში;
- 4 29. სხვა პროგრამით/დაზღვევით დაფინანსებული მომსახურების ღირებულება;

5. სხვა მნიშვნელოვანი პირობები

- 5.1 დაზღვევა ხორციელდება საქართველოს კანონმდებლობისა და წინამდებარე პირობების შესაბამისად;
- 5.2 წინამდებარე დაზღვევა ძალაშია მხოლოდ საქართველოში და სადაზღვევო პერიოდში მოცდის პერიოდის ამოწურვის შემდგომ მომხდარი სადაზღვევო შემთხვევისას;
- 5.3 სავალდებულო პირობაა, რომ პოლისის შეძენისას დაზღვეული პირი იმყოფებოდეს საზღვარგარეთ, ან შეიძინოს პოლისი საქართველოს საზღვრის გადმოკვეთიდან 24 საათის განმავლობაში, წინააღმდეგ შემთხვევაში, სადაზღვევო შემთხვევა არ ანაზღაურდება;
- 5.4 სამოგზაურო პოლისის პრემია გადაიხდება ერთიანად პოლისის გაცემისთანავე;
- 5.5 პოლისი ძალაში შედის პოლისში მითითებული მოცდის პერიოდის ამოწურვისას, იმ პირობით რომ პოლისით განსაზღვრული პრემია სრულად არის გადახდილი; ამასთან სადაზღვევო პერიოდი არ უნდა იყოს მოგზაურობაზე ნაკლები ვადის.
- 5.6 მზღვეველი უფლებამოსილია გადამამოწმოს სადაზღვევო შემთხვევისა და დანახარჯების სისწორე;
- 5.7 იმ შემთხვევაში, თუ მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ, დაზღვეული ვალდებულია ნება მისცეს მზღვეველის მიერ მითითებულ ექიმ-ექსპერტს ჩაუტაროს გამოკვლევა დაზღვეულს და გაეცნოს მის ავადმყოფობის ისტორიას;
- 5.8 დამზღვევი/დაზღვეული წინამდებარე ხელშეკრულება/პოლისის გაფორმებისას მზღვეველს ანიჭებს უფლებამოსილებას სადაზღვევო შემთხვევის დარეგულირების მიზნით მესამე პირთაგან (ნებისმიერი სამედიცინო პერსონალი, კლინიკა, ჰოსპიტალი ან სხვა მსგავს დაწესებულება, სახელმწიფო ორგანო, სატრანსპორტო სამსახური, ნებისმიერი ფიზიკური თუ იურიდიულ პირი) გამოითხოვოს და მიიღოს

დაზღვეულის შესახებ საჭირო ინფორმაცია, მათ შორის პერსონალური ინფორმაცია/განსაკუთრებული კატეგორიის პერსონალური ინფორმაცია, დაზღვეულის საზღვრის კვეთასთან დაკავშირებული მონაცემები. შესაბამისად, ყველა ზემოთჩამოთვლილ პირს დაზღვეული ანიჭებს უფლებამოსილებას სს თიბისი დაზღვევის მოთხოვნის საფუძველზე მიაწოდოს მას სრულად მოთხოვნილი (ზემოთჩამოთვლილი) მონაცემები/განსაკუთრებული კატეგორიის მონაცემები/დოკუმენტაცია.

- 5.9 დაზღვეულის მიერ მზღვეველისათვის წარმოსადგენი ყველა სახის საბუთი უნდა იყოს წარმოდგენილი: ქართულ, ინგლისურ ან რუსულ ენებზე;
- 5.10 დაზღვეული არ შეიძლება იყოს საქართველოს მოქალაქე ან/და ბინადრობის უფლების მქონე პირი;
- 5.11 წინამდებარე სადაზღვევო პირობების ქართულ, ინგლისურ და რუსულ ტექსტებს შორის შეუსაბამობის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება დაზღვევის პირობების ქართულ ვერსიას.
- 5.12 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;
- 5.13 დამზღვევი/დაზღვეული ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას, განხორციელებული დაზღვევის ფარგლებში მიღებული პერსონალური მონაცემები, მათ შორის განსაკუთრებული კატეგორიის მონაცემები დაამუშაოს: ა) სადაზღვევო მომსახურების გაწევის მიზნით, ბ) დამზღვევის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობის შემთხვევაში, მზღვეველის ინტერესების დაცვის მიზნით და გ) ზარალის დარეგულირების მიზნებისათვის, ნებისმიერი კერძო თუ საჯარო დაწესებულებიდან, მათ შორის სს „თიბისი დაზღვევის“ მონათესავე/აფილირებული/საერთო კონტროლს დაქვემდებარებული კომპანიისაგან გამოითხოვოს დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონალური ინფორმაცია ან/და სხვა საჭირო დოკუმენტაცია, ასევე, აღნიშნული მონაცემები განათავსოს მის მფლობელობაში/სარგებლობაში არსებულ სერვერებზე, როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ;
- 5.14 დამზღვევი/დაზღვეული ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას, 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.
- 5.15 დამზღვევი/დაზღვეული ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას, სადაზღვევო ურთიერთობების შესახებ ინფორმაცია (მოქმედების ვადა, სტატუსი, სადაზღვევო პრემია და სხვა) დაამუშაოს, მათ შორის, ხელმისაწვდომი გახადოს მისი აგენტ(ებ)ისათვის/პარტნიორი ორგანიზაციებისათვის, ვისაც ამგვარ ინფორმაციაზე წვდომა ესაჭიროება საკუთარი უფლება-მოვალეობებისა და მზღვეველის სახელშეკრულებო თუ საკანონმდებლო ვალდებულებების შესრულებისთვის.

6. სადაზღვევო პოლისის მოქმედების დასრულება და შეწყვეტა

- 6.1 სადაზღვევო პოლისის მოქმედება დასრულებულად ჩაითვლება პოლისის მოქმედების ვადის გასვლის შემთხვევაში ან პოლისის პირობებით გათვალისწინებული სადაზღვევო ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში;
- 6.2 პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის დაწყებამდე სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის გაუქმების შემთხვევაში დამზღვევს დაუბრუნდება ჯამურ სადაზღვევო პრემიას გამოკლებული 10%, რაც წარმოადგენს პოლისის შეწყვეტის პირგასამტეხლოს.
- 6.3 პოლისში მითითებული სადაზღვევო პერიოდის დაწყების შემდგომ სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის გაუქმების შემთხვევაში სადაზღვევო პრემია დაბრუნებას არ ექვემდებარება;
- 6.4 პოლისის ვადაზე ადრე შეწყვეტის შემთხვევაში, მზღვეველს უნდა ეცნობოს წერილობით, შეწყვეტამდე 5 (ხუთი) კალენდარული დღით ადრე.

7. მხარეთა შორის უთანხმოებათა გადაწყვეტა

- 7.1. 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.
- 7.2. დაზღვევის პირობების უცხოენოვან და ქართულ ვერსიებს შორის შეუსაბამობის შემთხვევაში, უპირატესობა მიენიჭება ქართულ ვერსიას.

1. DEFINITIONS

Insurer – JSC TBC Insurance;

Policyholder – a natural or legal person that has concluded an Insurance Agreement with the Insurer subject to these terms and conditions;

Insured – a citizen of a foreign country temporarily staying in Georgia, who is covered by an Insurance Policy;

Insurance Policy – a document certifying validity of the Insurance Agreement between the Insurer and the Policyholder and stating details of the insurance cover;

Insurance Period – period of time indicated in the Insurance Policy during which insurance cover is valid; The Insurance Period should not exceed 180 days;

Insurance Premium – an amount of money to be paid by the Policyholder to the Insurer in the amount and form as indicated in the Insurance Policy.

Limit of liability/Sublimit – a maximum amount specified in the Insurance Policy, that can be indemnified by the Insurer;

Insured Event – an event, upon the occurrence of which the Insurer shall indemnify the loss;

Personal Accident – bodily injury caused to the Insured by an external force (mechanical, thermal, chemical);

Insurance Indemnification – an amount payable by the Insurer within the Limit of Liability/Sub-limit upon occurrence of the Insured Event;

Deductible – amount indicated in the Insurance Policy, not payable by the Insurer and which is deducted from the amount of each and every loss;

Waiting period – a period of time during which no indemnification (treatment/repatriation costs) shall be paid by the Insurer following occurrence of the Insured Event. The waiting period is the first 24 hours from the policy commencement date.

Assistance – a specialized service provider company that provides round-the-clock telephone service to handle insurance questions, and organizes medical services;

Urgent Condition – a sudden deterioration in health as a result of a Personal Accident or sudden illness that poses a threat to the life of the Insured and requires immediate medical care;

Emergency Medical Care – services provided by the emergency medical team to the Insured due to a Personal Accident or sudden illness at the scene of the Accident, and/or transportation of the Insured to the nearest hospital for further adequate medical care;

Emergency Outpatient Care – medical facility care that the Insured receives due to a Personal Accident or sudden illness for a stay of less than 24 hours;

Emergency Hospital Care – medical facility care that the Insured receives due to a Personal Accident or sudden illness for a stay of more than 24 hours;

Emergency Dental Care – severe toothache relief and urgent tooth extraction performed by a licensed dental institution;

Repatriation – transportation of the Insured (injured, diseased or deceased) to the nearest international airport of the relevant country or to the nearest border checkpoint of that country.

Treatment for COVID-19 – in case of positive COVID-19 test, the costs associated with outpatient and inpatient treatment in Georgia in accordance with the guidelines approved in Georgia.

Positive COVID-19 test/COVID-19 – SARS-CoV-2 detected by polymerase chain reaction (PCR) during the Insurance Period and after the expiration of the Waiting Period in Georgia.

2. INSURANCE COVERAGE

Travel Insurance Policy provides coverage to the Insured (a citizen of a foreign country) for medical and/or repatriation costs due to unforeseen/sudden illness or Personal Accident during his/her temporary stay in Georgia during the Insurance Period, within the specified Limit of Liability /Sub-limit.

For people aged 65+, the Insurance Policy covers only medical (inpatient and outpatient care) expenses related to a Personal Accident or repatriation costs in the event of accidental death.

SERVICE	LIMIT/SUB LIMIT	DEDUCTIBLE
Information - Advisory	No limitation	0
Emergency Medical Care	No limitation	0
Emergency Outpatient Care not due to COVID-19/Accident	EUR 2,000	EUR 50
Emergency Hospital Care not due to COVID-19/Accident	EUR 700 bed-day	EUR 100
Emergency Dental Care	EUR 500	EUR 25
Repatriation	EUR 10,000	0
Treatment for COVID-19: mild to moderate severity severe cases	EUR 10,000 EUR 80 per day EUR 200 per day	0
Total Limit	EUR 50,000	

3. INSURANCE INDEMNITY

- 3 1. **Upon the occurrence of an Insured Event, the Policyholder/Insured or an authorized person is obliged to notify the Insurer (Assistance +995 32 2 42 11 11) immediately, but no later than 24 hours.**
- 3 2. If the Policyholder/Insured or an authorized person is unable to call the Assistance for a good reason, notice of occurrence shall be given within 24 hours and before the completion of all the medical procedures. No claims filed after 24 hours from the moment of occurrence of the Insured Event shall be indemnified subject to these terms and conditions, except in cases where there is a valid reason for such violation.
- 3 3. **To receive treatment related to COVID-19**, the Insured or the person concerned is obliged to immediately notify the Insurer (on the hotline) of the positive SARS-CoV-2 test result. The notice shall contain the following information: full name of the Insured, policy number, date of positive test result. Medical expenses incurred without notice are not reimbursable.

- 3 4. Once the Insured is identified by the Assistance (by policy number, passport number, first name and last name and information about crossing the state border, as evidenced by the stamp in the passport), the Insured will receive instructions about the health care providers to whom he/she should apply for medical services.
- 3 5. The costs of medical services received by the Insured shall be paid by the Insurer directly to the service provider, taking into account the Limit of Liability and Deductible specified in the Insurance Policy. The Policyholder/Insured is obliged to pay the Deductible amount.
- 3 6. The basis for the payment of Insurance Indemnity shall be the following documents provided by the provider institution to the Insurer: medical documentation (including, if necessary, medical history), a list of services provided by a medical institution, an invoice, copies of the Insured's passport and Insurance Policy, in addition, in case of a Personal Accident, a certificate issued by the relevant competent authority.
- 3 7. In the event of an Insured Event during the Insurance Period, the Insurer reserves the right to evacuate/repatriate the Insured to the appropriate country in agreement with the Policyholder/authorized person of the Insured.
- 3 8. If the medical expert group of the Insurer, in consultation with the attending physician, deems it possible and offers the Insured/authorized representative of the Insured to repatriate the Insured, but the Insured/authorized representative of the Insured refuses to transport the Insured and does not provide a reasoned medical report confirming that his/her evacuation poses a threat to his/her life or health, the Insurer disclaims all responsibility for the costs of hospitalization and repatriation of the Insured.
- 3 9. The Insurer shall pay only reasonable and customary costs. Reasonable and customary costs refer to standard costs which are common for a particular line of treatment.
- 3 10. The Insured shall be reimbursed only for medical expenses incurred in Georgia, and medical expenses incurred outside Georgia after his/her return to the appropriate country shall not be indemnified.
- 3 11. If the Insured goes to a medical institution and pays for the service on its own, the Insurer reserves the right to refuse to indemnify.
- 3 12. If, for a valid reason, the Insured has not notified Assistance within the specified period, then in order to receive insurance indemnity, he/she shall, within 48 hours, provide the Insurer with the originals of the following documents: medical documentation, a list of services provided by the medical institution, an invoice, a receipt of payment by the Insured for the cost of the specified service, a passport and the original Insurance Policy, in addition, in case of a Personal Accident, a certificate issued by the relevant competent authority.
- 3 13. In case of violation of the above term, no indemnity shall be paid, except in cases where there is a valid reason for such a violation.
- 3 14. At the request of the Insurer, the Insured is obliged to request from any third party and provide the Insurer with additional information/documentation about the Insured Event.

4. EXCLUSIONS

The Travel Insurance Policy does not cover the following services:

- 4 1. services rendered without the consent of the Insurer;
- 4 2. medical services related to chronic and/or pre-existing diseases / conditions;
- 4 3. Related to events occurred before the insurance period; as well as any medical services related to the examination and treatment of congenital, genetic diseases, pathologies, defects and their complications;
- 4 4. medical tourism;

- 4 5. Related to diseases that do not prevent the Insured from continuing his/her trip and do not require emergency medical intervention;
- 4 6. Insured events in which the Insured cannot prove the validity of the event; If medical expenses are not reimbursed according to these exclusions, the repatriation expenses will also not be covered;
- 4 7. Repatriation in case of death due to Covid-19 infection;
- 4 8. consultations and treatment provided by unlicensed medical facilities and individuals without the right to medical practice;
- 4 9. psychotherapy, psychiatric treatment, treatment for psychosomatic disorders;
- 4 10. any examinations, treatment related to pregnancy and childbirth and their complications; Contraception, infertility diagnosis and treatment;
- 4 11. treatment of health problems directly or indirectly caused by the use of narcotic, psychotropic, alcoholic substances or drugs not prescribed by a doctor;
- 4 12. examinations and treatment of AIDS, sexually transmitted diseases, hepatitis B and C;
- 4 13. purchase of glasses, lenses, contact lenses and hearing aids;
- 4 14. rehabilitation treatment, therapeutic massage, physiotherapy, laser therapy and beauty treatments;
- 4 15. prostheses, implantation and transplantation;
- 4 16. vaccinations;
- 4 17. cardiac surgery and invasive cardiac treatment;
- 4 18. medical services related to oncological diseases;
- 4 19. Events related to the participation of Insured in professional and/or amateur sports, mountaineering and rock climbing, hang gliding and parachuting, scuba diving, horseback riding or quad-biking or any other activity associated with an increased risk of injury;
- 4 20. injuries sustained during unlawful acts, self-mutilation, suicide or attempted suicide;
- 4 21. events caused by the Insured exposing himself to unnecessary risk;
- 4 22. medical care due to aviation and railway accidents;
- 4 23. health consequences of war (including civil war), any type of armed combat, terrorist acts or riots and demonstrations; as well as the treatment of injuries sustained while participating in maneuvers and training courses of the armed forces;
- 4 24. Injuries caused by exposure to a radioactive source;
- 4 25. Isolation/quarantine, including COVID-hotel expenses, and obligatory SARS-CoV-2 standard tests are excluded from coverage.
- 4 26. damages caused by pandemics, epidemics (other than COVID-19), environmental pollution, or natural disasters;
- 4 27. Exclusive services: non-standard/high standard medical services, non-standard hospital ward, personal doctor;
- 4 28. Services not included in Definitions and Insurance Coverage;
- 4 29. Services covered by other programs/insurance;

5. OTHER IMPORTANT PROVISIONS

- 5.1 Insurance shall be administered in accordance with the current legislation of Georgia and these terms and conditions;
- 5.2 This insurance is valid only in Georgia and in case of an Insured Event after the expiration of the Waiting Period during the Insurance Period;

- 5.3 When purchasing a Policy, the Insured person shall be abroad or purchase a Policy within 24 hours from the moment of crossing the state border of Georgia, otherwise the Insured shall not be reimbursed;
- 5.4 The Insurance Premium under the Travel Policy shall be paid in a lump sum upon issuance of the Insurance Policy;
- 5.5 The Insurance Policy shall come into force after the expiration of the Waiting Period specified in the Insurance Policy, subject to full payment of the Insurance Premium specified in the Policy; In addition, the Insurance Period shall not be shorter than the trip itself.
- 5.6 The Insurer shall have the right to verify the validity of the Insured Event and expenses;
- 5.7 If the Insurer deems it necessary, the Insured is obliged to allow the medical expert designated by the Insurer to examine the Insured and familiarize himself with his/her medical history;
- 5.8 The Policyholder/Insured hereby authorizes the Insurer to request and receive from third parties (any medical staff, clinic, hospital or other similar institution, government agency, transport company, any natural or legal person) the necessary information about the Insured, including personal data/special category data, data related to border crossing by the Insured, in order to settle a claim. Accordingly, the Insured hereby authorizes all of the above-mentioned individuals/legal entities to provide the full requested (above-mentioned) data / special category data/documents at the request of JSC TBC Insurance.
- 5.9 All the documents required by the Insurer shall be submitted: in Georgian, English or Russian languages;
- 5.10 The Insured shall not be a citizen of Georgia and/or a person having the right of residence;
- 5.11 The Georgian language version of the present Insurance Terms and Conditions shall prevail in case of any inconsistencies with translated versions.
- 5.12 Any information exchanged by the parties (whether verbally or in writing) shall be deemed confidential and shall not be disclosed to any the third party(ies) without preliminary consent of the other party, except where such disclosure is required by the current Georgian legislation or present Terms and Conditions.
- 5.13 The Policyholder/Insured hereby authorizes the Insurer to process personal data, including special category data, received in the course of concluding Insurance Agreement for the purpose of: a) providing insurance services; b) protecting its interests in case of failure by the Insured to fulfil its obligations and c) claims settlement. For the same purposes, the Insurer is also entitled to request Policyholder's/Insured's personal information and/or other necessary documents from any private or public institution, including, JSC TBC Insurance subsidiaries / affiliated companies, and place the specified data on servers owned/used by the Insurer, both in Georgia and abroad;
- 5.14 The Policyholder/Insured hereby authorizes the Insurer to process the personal information provided, including for direct marketing purposes, namely to offer new insurance products and services. The data subject shall have the right to require at any time that the Insurer stop to use his/her data for direct marketing purposes in the same form as the direct marketing is conducted - in writing or via telecommunication.
- 5.15 The Policyholder/Insured hereby authorizes the Insurer to process insurance related information (insurance period, status, Insurance Premium, etc.) in order to comply with its contractual or legal obligations, and to make it available for its agent(s) and/or partner organizations who need it to properly perform their duties.

6. EXPIRATION AND TERMINATION OF INSURANCE POLICY

- 6.1 The Insurance Policy shall be terminated if the time period specified in the Insurance Policy expires or the Limit of Liability specified in the Insurance Policy runs out;

- 6.2 In case of termination of the travel Insurance Policy before the start of the Insurance Period specified in the Insurance Policy, the total Insurance Premium less 10%, an early termination fee, will be refunded to the Insured.
- 6.3 In case of termination of the travel Insurance Policy after the start of the Insurance Period specified in the Insurance Policy, the Insurance Premium is non-refundable;
- 6.4 The Insurance Policy shall be terminated prematurely at the initiative of the Insured by giving a 5 (five) day written notice to the Insurer.

7. DISPUTE RESOLUTION

- 7.1. The parties shall attempt to resolve any dispute arising out of or relating to these Terms and Conditions through negotiations. In case the parties fail to reach an agreement, the dispute shall be conclusively resolved by the Georgian court in accordance with the current legislation of Georgia.
- 7.2. The Georgian language version of the present Insurance Terms and Conditions shall prevail in case of any inconsistencies with translated versions.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик - АО «ТиБиСи Страхование»;

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

Застрахованный – гражданин(ка) иностранного государства, временно находящийся(аяся) на территории Грузии, который(ая) указан(а) в полисе и в пользу которого осуществляется страхование;

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

Страховой период - отрезок времени, указанный в полисе, в течение которого действует страхование; Страховой период не должен превышать 180 дней.

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(ой) 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;

Период ожидания – период, в течение которого наступивший случай, связанный с расходами на лечение /расходами на репатриацию, не подлежит возмещению. В рамках настоящего договора период ожидания составляет первые 24 часа с момента вступления Договора страхования в силу.

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 непредвиденной болезни, которое угрожает жизни застрахованного(ой) и непременно требует неотложной медицинской помощи;

Неотложная медицинская помощь - услуга, оказанная застрахованному(ой) бригадой скорой медицинской помощи ввиду несчастного случая или неожиданной болезни на месте случая и/или транспортировка застрахованного в ближайшую больницу по медицинским показаниям, где можно оказать ему/ей адекватную помощь;

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

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

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

Репатриация - транспортировка застрахованного(ой) (больного(ой), пострадавшего(ей) или умершего(ей)) до ближайшего международного аэропорта соответствующей страны или до ближайшего пограничного пункта этой страны.

Лечение COVID-19 –расходы на амбулаторное и госпитальное лечение в Грузии в случае подтверждения COVID-19, в соответствии с протоколами, утвержденными в Грузии.

Подтвержденный COVID-19 - SARS-CoV-2 инфекция, подтвержденная лабораторным методом ПЦР на территории Грузии во время действия страхового покрытия и после истечения срока ожидания.

2. СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ

Полис страхования путешествия предусматривает возмещение расходов на медицинское обслуживание и/или репатриацию, связанных с непредвиденной/внезапной болезнью или несчастным случаем в течение страхового периода при временном пребывании и путешествии застрахованного(ой) (иностранного гражданина) на территории Грузии.

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

УСЛУГИ	ЛИМИТ/ПОДЛИМИТ	ФРАНШИЗА
Информационно-консультационные услуги	Безлимитный	0
Неотложная медицинская помощь	Безлимитный	0
Неотложное амбулаторное лечение из-за болезни, не связанной с COVID-19/несчастного случая	2,000 2,000 евро	50 евро
Неотложное стационарное лечение из-за болезни, не связанной с COVID-19/несчастного случая	700 евро за койко-день	100 евро
Неотложная стоматологическая помощь	500 евро	25 евро
Репатриация	10,000 евро	0
Лечение COVID-19:	10,000 евро	0
Средней и легкой тяжести	80 евро в день	
В тяжелых случаях	200 евро в день	
Полный страховой лимит	50,000 евро	

3. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

- 3 1. При наступлении страхового случая, застрахованный(ая)/страхователь или уполномоченное лицо обязан(а) незамедлительно, однако не позднее 24 часов, уведомить об этом ассистанса страховщика по следующему номеру: +995 32 2 42 11 11.
- 3 2. В случае если немедленная связь с ассистансом невозможна по уважительным причинам, уведомление о страховом случае должно быть сделано в течение 24 часов и обязательно до завершения получения медицинской помощи. Все уведомления, сделанные по истечении 24 часов, не подлежат возмещению по настоящим условиям, кроме исключительных случаев, когда имеют место подтвержденные уважительные причины просрочки этого срока.
- 3 3. Застрахованный(ая) или лицо, заинтересованное в получении услуг, связанных с COVID 19, обязано немедленно, по горячей линии, сообщить о положительном результате тестирования на SARS-CoV-2. В уведомлении указывается следующая информация: имя, фамилия, номер полиса, дата положительного ответа на тест. Расходы на медицинские услуги, полученные без уведомления, возмещению не подлежат.
- 3 4. После идентификации застрахованного(ой) ассистансом (путем предоставления номера полиса, номера паспорта, имени и фамилии и посредством информации о пересечении границы, что подтверждается соответственной отметкой в международном паспорте), застрахованный получит указания о тех медицинских провайдерах, к которым можно обратиться с целью получения услуг.
- 3 5. Стоимость медицинских услуг, полученных застрахованным(ой), возмещается страховщиком непосредственно учреждению-провайдеру с учетом страхового лимита и размера франшизы. Застрахованный(ая)/страхователь обязан лично заплатить сумму, предусмотренную франшизой.
- 3 6. Страховщик возмещает расходы на предоставляемые услуги учреждению-провайдеру на основании следующей документации, предоставленной учреждением –провайдером страховщику: 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 соответствующим компетентным органом.
- 3 7. 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, эвакуировать/репатриировать застрахованного в соответствующую страну.
- 3 8. В том случае, если группа медицинских экспертов страховщика, на основании консультации с лечащим врачом, сочтет возможным репатриацию застрахованного и предложит ее застрахованному/уполномоченному лицу застрахованного, однако застрахованный/уполномоченное лицо застрахованного откажется от транспортировки застрахованного и не предъявит мотивированное медицинское заключение, по которому подтверждается, что его/ее эвакуация угрожает его/ее жизни или здоровью, страховщик снимает с себя всякую ответственность за возмещение расходов на госпитализацию и репатриацию.
- 3 9. 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 тяжести.
- 3 10. Страховщик возместит только расходы на медицинскую помощь, оказанную в Грузии, расходы на медицинскую помощь, оказанную после возвращения в соответствующую страну, не подлежат возмещению.

- 3 11. В случае, если застрахованный(ая) обратится в медицинское учреждение без оповещения ассистента и лично оплатит стоимость услуг, страховщик оставляет за собой право отказать в выдаче страхового возмещения.
- 3 12. В случае если окажется, что застрахованный(ая), по уважительным причинам не смог(ла) осуществить оповещение ассистанса в установленные сроки, он/она, с целью получения возмещения, должен(на) предъявить страховщику подлинники следующих документов не позднее 48 часов: 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 соответствующим компетентным органом.
- 3 13. В случае просрочки указанного срока, страховое возмещение не выдается, кроме тех исключительных случаев, когда просрочка обусловлена объективными причинами, что должно быть подтверждено соответствующими доказательствами.
- 3 14. По требованию страховщика, застрахованный(ая) обязан(а) запросить у любого третьего лица и предоставить Страховщику дополнительную информацию / документацию о страховом случае.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

Условия страхования путешествия не предусматривают покрытие расходов на следующие услуги:

- 4 1. Расходы на услуги, произведенные без согласия страховщика;
- 4 2. Любые медицинские услуги, связанные с хронической и/или существующей до путешествия болезнью/ состоянием;
- 4 3. Случаи, наступившие до вступления в силу страхового покрытия; также любые медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением врожденных, генетических болезней, патологии, дефектов и их осложнения;
- 4 4. Расходы на медицинское лечение и консультацию, если это является целью путешествия;
- 4 5. Расходы на болезнь, которая не мешает застрахованному продолжить путешествие и не нуждается в неотложном медицинском вмешательстве;
- 4 6. Страховые случаи, когда застрахованный(ая) не может доказать валидность случая; В случае, когда расходы на лечение не возмещаются по указанным в условиях страхования исключениям, расходы на репатриацию также не подлежат возмещению;
- 4 7. Расходы на репатриацию, связанные со смертью, вызванной COVID-19.
- 4 8. Расходы на консультацию и лечение в нелегализованных медицинских учреждениях и у частных лиц, не имеющих права на медицинскую деятельность;
- 4 9. Любые расходы, связанные с психотерапией, психическим, психосоматическим лечением;
- 4 10. Любые расходы и обследования, связанные с беременностью и родами; обследование и лечение бесплодия, контрацепция;
- 4 11. Затраты на лечение ухудшения состояния здоровья, которые прямо или косвенно вызваны или являются следствием воздействия алкогольных, наркотических, психотропных веществ или лекарств, принятых без назначения врача;
- 4 12. Обследования и лечение СПИД-а, заболеваний, передающихся половым путем, В и С гепатита;
- 4 13. Расходы, связанные с подбором и приобретением очков, линз, контактных линз и слухового аппарата;
- 4 14. Реабилитационное лечение, медицинский массаж, физиотерапия, лазеротерапия и лечение, проведенное в косметических целях;

- 4 15. Расходы на протезирование, имплантацию и трансплантацию;
- 4 16. Расходы, связанные с любой прививкой (вакцинация или иммунизация);
- 4 17. Расходы на кардиохирургическое и кардиоинвазивное лечение;
- 4 18. Расходы на медицинские услуги, связанные с онкологическими заболеваниями;
- 4 19. Случаи, которые связаны с участием застрахованного в профессиональном и/или любительском спорте, альпинизме и скалолазании, прыжках с парашютом или дельтапланом, подводным нырянием, перемещением на коне или квадроцикле или другими активностями, которые связаны с повышенным риском повреждения здоровья;
- 4 20. Расходы, вызванные повреждением при противозаконном действии, членовредительством, самоубийством или попыткой самоубийства;
- 4 21. Случаи, вызванные тем, что застрахованный(ая) подвергает себя ненужной опасности;
- 4 22. Расходы на медицинские услуги, вызванные воздушной или железнодорожной катастрофой;
- 4 23. 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;
- 4 24. Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными воздействием радиоактивного излучения;
- 4 25. Расходы, связанные с изоляцией, карантином, в том числе расходы, связанные с пребыванием в ковид-гостинице, а также стандартной схемой обязательного тестирования на SARS-CoV-2;
- 4 26. Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными пандемией, эпидемией (кроме COVID-19), загрязнением среды или стихийным бедствием.
- 4 27. Расходы, связанные с эксклюзивными услугами – нестандартные/сверхстандартное медобслуживание, нестандартная палата, гонорар приглашенного врача;
- 4 28. Расходы на медицинские услуги, не включенные в разъяснение терминов и в список страховых покрытий
- 4 29. Стоимость услуг, покрываемых другими программами или страховыми договором.

5. ДРУГИЕ СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ

- 5.1 Страхование осуществляется в соответствии с законодательством Грузии и настоящими условиями;
- 5.2 Настоящее страхование имеет силу лишь в Грузии, а также в случае наступления страхового случая после истечения периода ожидания в периоде страхования;
- 5.3 Обязательным условием является нахождение застрахованного лица за пределами Грузии или приобретение полиса в течение 24 часов с момента пересечения границы Грузии, в противном случае, страховой случай не подлежит возмещению;
- 5.4 Премия полиса путешествия подлежит полной уплате сразу при выдаче полиса;
- 5.5 Полис вступает в силу по истечении Периода Ожидания при условии, что премия, определенная полисом, оплачена полностью; вместе с тем страховой период не должен быть короче срока путешествия;
- 5.6 Страховщик уполномочен перепроверить верность страхового случая и расходов;
- 5.7 В случае, если страховщик сочтет нужным, Застрахованный(ая) обязан(а) разрешить указанному Страховщиком врачу-эксперту осмотреть Застрахованного(ую) и ознакомиться с историей его/ее болезни;
- 5.8 При заключении настоящего соглашения/полиса Страхователь/Застрахованный предоставляет Страховщику право запрашивать и получать информацию от третьих лиц (любого медицинского персонала, клиники, больницы или другого аналогичного учреждения, государственного учреждения, транспортной службы, любого физического или юридического лица) для урегулирования страхового

случая, включая персональные данные / особую категорию персональных данных Застрахованного(ой), данные, связанные с пересечением границы Застрахованным(ой). Соответственно, Застрахованный(ая) предоставляет всем вышеперечисленным лицам полномочия на полное предоставление Страховщику запрошенных (упомянутых выше) данных / данных особой категории / документации по запросу АО «ТиБиСи Страхование»

- 5.9 Все документы, предъявляемые застрахованным(ой) страховщику, должны быть предъявлены на грузинском, английском или русском языках;
- 5.10 Застрахованный(ая) не может быть гражданином(кой) Грузии или лицом, имеющим вид на жительство в Грузии;
- 5.11 В случае несоответствия между грузинским, английским и русскими текстами настоящих страховых условий, преимущество присваивается грузинской версии страховых условий;
- 5.12 Вся информация, предоставленная сторонами друг другу в любой форме (устной или письменной), считается конфиденциальной и не подлежит передаче третьему лицу без предварительного согласия другой стороны, кроме случаев, предусмотренных законодательством Грузии и настоящими условиями;
- 5.13 Страхователь / Застрахованный(ая) уполномочивает Страховщика обработать персональные данные, включая данные особой категории, полученные в рамках страхования: а) с целью оказания страховых услуг; б) с целью защиты интересов страховщика в случае невыполнения страхователем принятых обязательств и в) в целях урегулирования ущерба, в том числе запросить личную информацию о страхователе / застрахованном(ой) и / или другие необходимые документы у связанной / аффилированной / совместно контролируемой компании АО «ТиБиСи Страхование», а также разместить указанные данные на принадлежащих ему/существующих в его пользовании серверах как внутри страны, так и за ее пределами;
- 5.14 Страхователь / Застрахованный(ая) уполномочивает Страховщика 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/ее данных в целях прямого маркетинга в той же форме, в какой осуществляется прямой маркетинг – путем письменного обращения или обращения телекоммуникационными средствами к страховщику.
- 5.15 Страхователь / Застрахованный(ая) уполномочивает Страховщика обрабатывать информацию о страховых отношениях (срок действия, статус, страховая премия и т. д.), в том числе предоставлять ее своим агентам / партнерским организациям, которым необходим доступ к такой информации для выполнения своих прав – обязанностей, а также договорных или законодательных обязательств.

6. ЗАВЕРШЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА

- 6.1 Действие страхового полиса считается завершенным по истечении срока действия полиса или в случае исчерпания страхового лимита, предусмотренного условиями полиса;
- 6.2 В случае аннулирования полиса страхования путешествий до начала периода страхования, указанного в полисе, Страхователю возмещается общая страховая премия за вычетом 10%, что является неустойкой за прекращение действия полиса.
- 6.3 В случае отмены страхового полиса путешествия после начала страхового периода, указанного в полисе, страховая премия возврату не подлежит;

- 6.4 Страховщик должен быть уведомлен о досрочном прекращении полиса в письменной форме за 5 (пять) календарных дней до прекращения.

7. УРЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗНОГЛАСИЙ МЕЖДУ СТОРОНАМИ

- 7.1. 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.
- 7.2. При расхождении между версией условий страхования на иностранном языке и на грузинском языке, версия на грузинском языке имеет преимущественную силу.

1. تفسير المصطلحات

المؤمن - شركة مساهمة "تأمين تي بي سي".

حامل عقد التأمين - الكيان الفردي أو القانوني الذي قد أبرم اتفاقية التأمين مع المؤمن على اساس الشروط الحالية.

المؤمن له - مواطن الدولة الاجنبية والمقيم في اراضي جورجيا والذي مشار اليه في وثيقة التأمين ولصالح من يتم تنفيذ التأمين.

وثيقة التأمين - اثبات حقيقة ابرام الاتفاقية للتأمين بين المؤمن وحامل عقد التأمين وايضا هي وثيقة اثبات شروط الاتفاقية.

فترة التأمين - الفترة المحددة في وثيقة التأمين ويكون التأمين ساري المفعول خلالها ويجب ألا تتجاوز فترة التأمين 180 يوماً.

قسط التأمين - قيمة التأمين التي يجب على حامل عقد التأمين ان يدفع للمؤمن بقدره وبحكم المحدد في وثيقة التأمين.

الحد / الحد الفرعي للتأمين - المبلغ مشار اليه في وثيقة التأمين وهو أقصى الحد من التعويض التأميني.

حدث التأمين - الحدث المحدد بشروط هذا التأمين وعندما يحدث هذا فيجب على المؤمن ان يعوّض.

وقوع الحادث - الإصابة التي تلحق بجسم المؤمن له نتيجة عن حادث خارجي (ميكانيكي وحراري وكيميائي) خارجي.

تعويض التأمين - المبلغ لتعويض من شركة التأمين في اطار الحد / الحد الفرعي ذي الصلة في حالة وقوع الحادث.

المبلغ المخصص - المبلغ الذي يتحمل مسؤولته حامل عقد التأمين \ المؤمن له ولا يعوّض من قبل المؤمن ولا يخصم من المبلغ لتعويض.

فترة الانتظار - الفترة التي لا تخضع فيها تكاليف العلاج / الإعادة إلى الوطن للحالات التي يغطيها عقد التأمين الحالي للتعويض. في ظل هذه الظروف تكون فترة الانتظار 24 ساعة من تاريخ اصباح عقد التأمين نافذاً.

مساعدة اضافية - شركة متخصصة في تقديم الخدمات استشارة هاتفية على مدار 24 ساعة وتوفير المعلومات المتعلقة بالتأمين وتنظيم الخدمات الطبية.

حالة طوارئ - نتيجة حادث أو مرض مفاجئ التدهور المفاجئ للحالة الصحية مما يهدد حياة المؤمن له إنه بالتأكيد بحاجة إلى مساعدة طبية عاجلة.

مساعدة طبية في حالات الطوارئ - بسبب حادث أو مرض مفاجئ الخدمات المقدمة للمؤمن له من قبل فريق الطوارئ الطبي في مكان الحادث و / أو نقل المؤمن له إلى أقرب مستشفى حيث يمكن تقديم المساعدة المناسبة له.

العلاج العاجل في العيادات الخارجية - رعاية العيادات الخارجية العاجلة المقدمة في المؤسسة الطبية إلى المؤمن له بسبب حادث أو مرض مفاجئ لا يزيد عن 24 ساعة.

علاج عاجل في المستشفى - الرعاية العاجلة للمرضى الداخليين المقدمة في المؤسسة الطبية إلى المؤمن له بسبب حادث أو مرض مفاجئ يستمر أكثر من 24 ساعة.

علاج الاسنان العاجل - تخفيف ألم الأسنان وقلع الأسنان العاجل من قبل مؤسسة طب الأسنان المرخصة.

العودة إلى الوطن - نقل المؤمن له (مصاب أو مريض أو متوفى) إلى أقرب مطار دولي في الدولة المناسبة أو أقرب نقطة حدودية للبلد المناسب.

العلاج الطبي المتعلق بكوفيد 19 - في حالة جواب ايجابي بفيروس كوفيد -19 فإن النفقات المتعلقة بعلاج المرضى الخارجيين والمرضى الداخليين في جورجيا وفقاً للإرشادات المعتمدة في جورجيا.

مرض كوفيد -19 المؤكد / مرض كوفيد 19 - عدوى SARS-CoV-2 مؤكدة مختبرياً عن طريق تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) خلال فترة التأمين في اراضي جورجيا وبعد انتهاء فترة الانتظار.

2. تغطية التأمين

تنص وثيقة تأمين السفر على سداد المصاريف الطبية و / أو العودة إلى الوطن المتعلقة بمرض أو حادث غير متوقع / طارئ أثناء الإقامة المؤقتة والسفر للمؤمن له (مواطن من بلد أجنبي) في جورجيا ضمن الحد المحدد / الحد الفرعي. بالنسبة للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا فإن العلاج الطبي للمرضى الداخليين والخارجيين الناجم عن حادث أو تكاليف الإعادة إلى الوطن في حالة الوفاة الناجمة عن حادث مؤهل للحصول على تعويض.

خدمة	الحد / الحد الفرعي	المبلغ المخصص
إعلامي - استشاري	غير محدود	0
الخدمة الطبية الطارئة	غير محدود	0
رعاية المرضى الخارجيين في حالات الطوارئ بسبب غير مرض COVID-19/ وقوع حادث	2000 يورو	50 يورو
خدمات الطوارئ في المستشفى بسبب مرض غير COVID-19/ وقوع حادث	700 يورو في كل يوم في المستشفى	100 يورو
خدمات طب الأسنان الطارئة	500 يورو	25 يورو
العودة إلى الوطن بعد الوفاة	10000 يورو	0
العلاج المتعلق بـ COVID-19: مع شدة خفيفة إلى معتدلة	10000 يورو 80 يورو في كل يوم	0
في الحالة الشديدة	200 يورو في كل يوم	
حد التأمين الكامل	50000 يورو	

3. تعويض التأمين

3.1 في حالة وقوع حدث يلتزم المؤمن له / حامل عقد التأمين أو الوكيل بإخطار "مساعدة" مؤمن التأمين على الرقم التالي +995322421111 فورًا ولكن في موعد لا يتجاوز 24 ساعة.

3.2 في حالة عدم إمكانية الاتصال بالمساعدة على الفور لسبب معتذر فيجب أن يتم الإخطار بحدث التأمين خلال 24 ساعة وبالتأكيد حتى انتهاء الخدمة الطبية. لن يتم التعويض لجميع الإخطارات التي يتم إبلاغها بعد 24 ساعة من وقوع حدث التأمين وفقًا لشروط الاتفاقية الحالية باستثناء الحالات التي توجد فيها أسباب معتذرة والتي يجب إثباتها والأدلة المناسبة.

3.3 يلتزم المؤمن له أو الشخص المهتم بتلقي الخدمات المتعلقة بـ COVID 19 بإبلاغ الخط الساخن على الفور عن الجواب الإيجابي لاختبار SARS-CoV-2. يتضمن الإخطار المعلومات التالية: اسم المؤمن له واسم العائلة ورقم وثيقة التأمين وتاريخ جواب الاختبار الإيجابي. لا تخضع مصاريف الخدمات الطبية التي لم يتم تلقيها.

3.4 بعد تعريف المؤمن له من قبل المساعدة (توفير رقم وثيقة التأمين ورقم جواز السفر والاسم واللقب ومعلومات عن عبور الحدود وهو ما يثبت في جواز السفر الدولي) وسيتلقى المؤمن له تعليمات حول مقدمي الخدمات الطبية من أجل من يمكنه التقدم للحصول على الخدمات.

3.5 سيتم سداد تكلفة الخدمات الطبية التي يتلقاها المؤمن له من قبل حامل عقد التأمين مباشرة إلى المؤسسة المزودة مع مراعاة حد التأمين والمبلغ المخصص المحدد في وثيقة التأمين. يلتزم المؤمن له / حامل عقد التأمين بدفع المبلغ المخصص.

3.6 الوثائق التالية المقدمة إلى المؤمن من قبل المؤسسة الموردة هي الأساس لسداد تكلفة الخدمة من قبل المؤمن إلى المؤسسة الموردة: الوثائق الطبية (بما في ذلك إذا لزم الأمر تاريخ مرض المؤمن له) وقائمة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسة الطبية والفاتورة ونسخ من جواز سفر المؤمن له ووثيقة التأمين وبالإضافة إلى ذلك في حالة وقوع حادث - شهادة صادرة عن السلطة المختصة ذات الصلة.

3.7 في حالة وقوع حادث المؤمن له خلال فترة التأمين ومستمر خلال هذه الفترة يحق للمؤمن له في إجلاء العودة إلى الوطن بعد الوفاة للمؤمن له \ وكيه إلى الدولة ذات الصلة بالاتفاق.

3.8 في حالة قيام مجموعة الخبراء الطبيين لدى شركة التأمين وعلى أساس التشاور مع الطبيب المعالج بالنظر في إعادة المؤمن له إلى الوطن قدر الإمكان وعرضها على المؤمن له / وكيه ولكن المؤمن له / وكيه يرفض نقل المؤمن له ولا يقدم تقريرًا طبيًا يثبت أن إخلاله يشكل خطرًا يهدد حياته أو صحته ويُعفى المؤمن من كل مسؤولية سداد مصاريف العلاج في المستشفى وإعادته إلى الوطن الخاصة بالمؤمن له.

3.9 سوف يسدد المؤمن فقط تكاليف الرعاية الطبية المقدمة ضمن الحدود المعتادة والمعقولة. المصاريف الطبية المعتادة والمعقولة المتكبدة تعني الرسوم القياسية المحلية والرسوم الأخرى المطبقة على علاج الحالات ذات الطبيعة والشدة المتشابهة.

3.10 لا يسدد المؤمن سوى المصاريف الطبية في جورجيا ولا يتم سداد المصاريف الطبية المتكبدة بعد العودة إلى بلد آخر.

3.11 في حالة تقدم المؤمن له إلى مؤسسة طبية للحصول على المساعدة دون تقديم إخطار ودفع رسوم الخدمة بنفسه فيحق المؤمن في رفض إصدار تعويض التأمين.

3.12 إذا تبين أن المؤمن له لم يقدر في إخطار المساعدة ضمن الإطار الزمني المحدد بسبب معتذر من أجل الحصول على تعويض ويجب عليه تقديم أصول المستندات التالية إلى شركة التأمين في موعد لا يتجاوز 48 ساعة: الوثائق الطبية وقائمة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الطبية ولفاتورة والخدمات التي ذكرها المؤمن له وإيصال دفع التكلفة وجواز السفر الدولي وأصل وثيقة التأمين.

3.13 في حالة تجاوز الموعد المحدد لن يتم استرداد تعويض التأمين إلا في حالات استثنائية عندما يكون تجاوز الموعد لأسباب موضوعية والتي يجب إثباتها بالأدلة المناسبة.

3.14 عند طلب المؤمن يجب على المؤمن له أن يطلب من أي طرف ثالث وتقديم معلومات / وثائق إضافية حول حدث التأمين إلى المؤمن.

4. استثناءات

لا تغطي شروط تأمين السفر تكاليف الأنواع التالية من الخدمات:

4.1 نفقات الخدمات المقدمة دون موافقة المؤمن؛

4.2 أي خدمات طبية متعلقة بالأمراض المزمنة و / أو أمراض ما قبل السفر؛

4.3 الحالات قبل بدء نفاذ التأمين. وكذلك أي خدمات طبية متعلقة بفحص وعلاج الأمراض الخلقية والوراثية والباثولوجيا والعيوب ومضاعفاتها؛

4.4 تكاليف العلاج الطبي والاستشارة إذا كان هذا هو غرض السفر؛

4.5 تكاليف المرض الذي لا يمنع المؤمن له من استمرار الرحلة ولا تتطلب مساعدة طبية طارئة؛

4.6 أحداث التأمين عندما يكون المؤمن له غير قادر على إثبات صحة الحدث؛ في حالة عدم سداد تكاليف العلاج وفقاً للاستثناءات المحددة في شروط التأمين فلن يتم أيضاً تغطية تكاليف الإعادة إلى الوطن؛

4.7 تكاليف الإعادة إلى الوطن الناتجة عن الوفاة بسبب فيروس Covid-19؛

4.8 تكاليف الاستشارة والعلاج مع المؤسسات الطبية غير المرخصة والأفراد الذين ليس لديهم الحق في النشاط الطبي؛

4.9 أي نفقات متعلقة بالمعالجة النفسية أو بالعلاج النفسي أو النفسي الجسدي؛

4.10 أي فحوصات ونفقات متعلقة بالحمل والولادة؛ منع الحمل فحص العقم وعلاجه؛

4.11 النفقات المتعلقة بالإصابات الناجمة بشكل مباشر أو غير مباشر عن استخدام المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية أو الكحولية أو الأدوية التي يتم تناولها بدون وصفة طبية من الطبيب؛

4.12 فحص وعلاج الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً والتهاب الكبد B و C؛

4.13 النفقات المتعلقة باختبار وشرء النظارات والعدسات واللاصقة والمعينات السمعية؛

4.14 نفقات علاج إعادة التأهيل والتدليك الطبي والعلاج الطبيعي والعلاج بالليزر والعلاج لأغراض التجميل؛

4.15 نفقات الأطراف الصناعية والانغراس والازدراع؛

4.16 النفقات المتعلقة بأي نوع من التطعيم؛

4.17 تكاليف العلاج الجراحي للقلب والتوسعي للقلب؛

4.18 الخدمات الطبية المتعلقة بأمراض الأورام؛

4.19 الحالات المتعلقة بمشاركة المؤمن له في الرياضات الاحترافية و / أو الهواة وتسلق الجبال والصخور والطيران الشراعي المعلق والقفز بالمظلات والغوص تحت الماء وركوب الخيل أو قيادة الدراجة الرباعية أو أي نشاط آخر الذي يحتوي على خطر متزايد للإصابة؛

4.20 النفقات الناجمة عن الإصابات التي لحقت أثناء الأنشطة غير القانونية أو إيذاء النفس أو الانتحار أو محاولة الانتحار؛

4.21 الحالات التي تتسبب فيها المؤمن له ويعرض نفسه لخطر لا داعي له؛

4.22 النفقات لخدمات الطبية الناجمة عن كارثة جوية أو السكك الحديدية؛

4.23 الأضرار الصحية الناجمة عن الحرب (بما في ذلك الأهلية) وأي نوع من عمليات قتالية مسلحة أو الأعمال الإرهابية أو أعمال الشغب والمظاهرات؛ كذلك تكاليف العلاج الناجمة عن الإصابات التي لحقت أثناء المشاركة في مناورات القوات المسلحة والدورات التدريبية؛

4.24 التكاليف المتعلقة بجميع أنواع الأضرار الناجمة عن تأثير مصدر النشاط الإشعاعي.

4.25 نفقات العزل / الحجر الصحي بما في ذلك الإقامة في مستشفى كوفيد وكذلك لا تغطي المؤمن تكاليف لمخطط الاختبار القياسي الإلزامي لـ SARS-CoV-2.

4.26 النفقات المتعلقة بجميع أنواع الأضرار التي تسببها الوبائي أو الأوبئة (باستثناء COVID-19) أو التلوث البيئي أو الكوارث الطبيعية.

4.27 خدمات حصرية: خدمات طبية غير القياسية / فوق المستوى وغرفة المستشفى غير قياسية والطبيب المختار خصيصًا؛

4.28 الخدمات غير المنصوصة في تفسيرات المصطلحات والتغطية التأمينية؛

4.29 تكلفة الخدمات الممولة من برنامج / تأمين آخر؛

5. شروط مهمة أخرى

5.1 يتم التأمين وفقًا لتشريعات جورجيا وهذه الشروط.

5.2 هذا التأمين صالح فقط في جورجيا وفي حالة وقوع حدث مؤمن له بعد انتهاء فترة الانتظار خلال فترة التأمين.

5.3 يعد شرطًا إلزاميًا أنه عند شراء وثيقة التأمين يجب أن يكون الشخص المؤمن له في الخارج أو يشتري وثيقة التأمين خلال 24 ساعة من عبور حدود جورجيا وإلا فلن يتم تعويض الحدث المؤمن له.

5.4 يتم دفع قسط التأمين للسفر كاملاً عند اصدار وثيقة التأمين.

5.5 تصبح الوثيقة نافذة عند انتهاء فترة الانتظار المحددة في الوثيقة بشرط أن يتم دفع قسط التأمين المحدد في الوثيقة بالكامل؛ بالإضافة إلى ذلك يجب ألا تكون فترة التأمين أقصر من الرحلة.

5.6 يحق المؤمن التحقق من صحة الحدث وصحة النفقات للمؤمن له.

5.7 إذا اعتبر المؤمن ضروريًا فإن المؤمن له ملزم بالسماح للخبير الطبي المعين من قبل المؤمن بفحص المؤمن له ومعرفة تاريخه الطبي.

5.8 المؤمن / المؤمن له عند توقيع هذا العقد يمنح المؤمن سلطة طلب وتلقي معلومات حول المؤمن له من طرف ثالث (عيادة، أو مستشفى أو مؤسسة أخرى مماثلة أو هيئة حكومية أو خدمة نقل وأي شخص طبيعى أو اعتباري) من أجل تسوية الحدث المؤمن له. المعلومات المطلوبة بما في ذلك المعلومات الشخصية / المعلومات الشخصية الخاصة بالفئة الخاصة والبيانات المتعلقة بعبور حدود المؤمن له. وفقًا لذلك يفوض المؤمن له جميع الأشخاص المذكورين أعلاه لتزويده / لها بالبيانات المطلوبة بالكامل (المذكورة أعلاه) / بيانات / وثائق فئة خاصة بناءً على طلب تي بي سي تأمين.

5.9 يجب تقديم جميع أنواع المستندات التي سيقدمها المؤمن له إلى المؤمن: باللغات الجورجية أو الإنجليزية أو الروسية.

5.10 لا يمكن أن يكون المؤمن له مواطنًا في جورجيا و / أو شخصًا له حق الإقامة.

5.11 في حالة وجود اختلاف بين النصوص الجورجية والإنجليزية والروسية لشروط التأمين الحالية تعطي الأولوية النسخة الجورجية لشروط التأمين.

5.12 تعتبر جميع المعلومات التي يقدمها الطرفان لبعضهما البعض بأي شكل (شفهياً أو كتابياً) سرية ولا يمكن تسليمها إلى طرف ثالث دون موافقة مسبقة من الطرف الآخر باستثناء الحالات المنصوص عليها في التشريعات الحالية لجورجيا وفي هذه الشروط؛

5.13 يخول حامل عقد التأمين / المؤمن له الى المؤمن باطلاع على البيانات الشخصية بما في ذلك بيانات الفئة الخاصة التي تم الحصول عليها داخل التأمين للأغراض التالية: أ) تقديم خدمات التأمين، ب) حماية حقوق المؤمن في حالة عدم وفاء حامل عقد التأمين بالالتزامات التي تعهدت بها و ج) تسوية الخسارة؛ و يطلب معلومات شخصية و / أو مستندات ضرورية أخرى حامل عقد التأمين / المؤمن له من أي مؤسسة خاصة أو عامة بما في ذلك شركة مرتبطة / منتسبة / خاضعة للسيطرة المشتركة لشركة مساهمة "تأمين تي بي سي" وأيضاً وضع البيانات المذكورة على الخوادم التي يمتلكها / يستخدمها داخل الدولة وخارجها.

5.14 يخول حامل عقد التأمين / المؤمن له الى المؤمن بالاطلاع على المعلومات الشخصية المقدمة له وكذلك لأغراض التسويق المباشر - لتقديم منتجات وخدمات التأمين الجديدة. يحق لصاحب البيانات في أي وقت أن يطلب من المؤمن التوقف عن استخدام البيانات المتعلقة به لأغراض التسويق المباشر بنفس الطريقة التي يتم بها التسويق المباشر - من خلال التقدم إلى المؤمن كتابةً أو عن طريق وسائل الاتصال.

5.15 يخول حامل عقد التأمين / المؤمن له الى المؤمن بالاطلاع على المعلومات المتعلقة بعلاقة التأمين (فترة الصلاحية، والحالة وقسط التأمين والخ). بما في ذلك إتاحتها لوكيله (وكلائه) / المنظمات الشريكة الذين يحتاجون إلى الوصول إلى هذه المعلومات من أجل للوفاء حقوقهم الخاصة والتزامات المؤمن التعاقدية أو التشريعية.

6. إنهاء صلاحية وانتهاء وثيقة التأمين

6.1 تعتبر صلاحية وثيقة التأمين مكتملة عند انتهاء فترة صلاحية الوثيقة للتأمين أو عند انتهاء حد التأمين المنصوص عليه في شروط الوثيقة للتأمين؛

6.2 في حالة إلغاء وثيقة تأمين السفر قبل بدء فترة التأمين المحددة في الوثيقة سيتم إرجاع إجمالي قسط التأمين ناقص 10% والذي يعتبر الغرامة لالغاء وثيقة التأمين.

6.3 في حالة إلغاء وثيقة تأمين السفر بعد بدء فترة التأمين المحددة في الوثيقة لا يخضع قسط التأمين للعودة؛

6.4 في حالة الالغاء المبكر لوثيقة التأمين يجب إخطار المؤمن كتابياً قبل 5 (خمسة) أيام تقويمية من الالغاء.

7. تسوية النزاعات بين الاطراف

7.1 سيتم تسوية أي نزاعات وخلافات تنشأ بين الأطراف فيما يتعلق بشروط هذا التأمين من خلال التفاوض. في حالة فشل الأطراف في التوصل إلى اتفاق سيتم النظر في الخلاف وتسويته وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في تشريعات جورجيا من خلال التقدم إلى المحكمة المشتركة لجورجيا.

7.2 في حالة وجود تناقضات بين النسختين الأجنبية والجورجية لشروط التأمين تسود النسخة الجورجية.