



თიბისი დაზღვევა

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

სავალდებულო სამოგზაურო დაზღვევის პირობები
საქართველოში მოგზაურთათვის

#TRI/001/24

OBLIGATORY TRAVEL INSURANCE POLICY WORDING
FOR TRAVELLERS IN GEORGIA

#TRI/001/24

УСЛОВИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЯ
ДЛЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ В ГРУЗИИ

#TRI/001/24

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 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 მიმწოდებელი 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;

სამედიცინო ევაკუაცია - ითვალისწინებს დაზღვეულის სამედიცინო ჩვენებით გადაუდებელ ტრანსპორტირებას შემთხვევის ადგილიდან, ან სამედიცინო დაწესებულებიდან სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში ან საქართველოში სასაზღვრო გამტარ პუნქტამდე, პოლისში მითითებული ლიმიტების ფარგლებში;

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;

რეპარაცია - 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, რომელიც არ ფლობს საქართველოში ბინადრობის ნებართვას) 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
გადაუდებელი ამბულატორიული მკურნალობა	10,000 ლარი	50 ლარი
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	700 ლარი საწოლ-დღეზე ქველიმიტი 20,000 ლარი	100 ლარი
სამედიცინო ევაკუაცია	2,000 ლარი	0
რეპატრიაცია	10,000 ლარი	0
სრული სადაზღვევო ლიმიტი	30,000 ლარი	

3. სადაზღვევო ანაზღაურება

- 3.1. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას დაზღვეული/დამზღვევი 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. 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.
- 3.4. 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.

- 3 5. 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.
- 3 6. 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 7. 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 8. მზღვეველი ანაზღაურებს 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 9. მზღვეველი ანაზღაურებს მხოლოდ საქართველოში გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარჯებს, სხვა ქვეყანაში დაბრუნების შემდეგ გაწეული სამედიცინო ხარჯები არ ანაზღაურდება.
- 3 10. 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 11. 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, ანგარიშფაქტურა, დაზღვეულის მიერ აღნიშნული მომსახურების ღირებულების გადახდის ქვითარი, საერთაშორისო პასპორტი და სადაზღვევო პოლისის ორიგინალი, დამატებით უბედური შემთხვევისას - შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული ცნობა.
- 3 12. აღნიშნული ვადის გადაცილების შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცემა, გარდა იმ გამონაკლისი შემთხვევებისა, როდესაც ვადაგადაცილება ობიექტური მიზეზებითაა განპირობებული, რაც უნდა დასტურდებოდეს სათანადო მტკიცებულებებით.
- 3 13. 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 არასჭიროებს 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. არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საქმიანობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის ხარჯები;
- 4 8. ფსიქოთერაპიასთან, ფსიქიურ, ფსიქოსომატურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ხარჯი;
- 4 9. ორსულობასთან და მშობიარობასთან და მათ გართულებებთან დაკავშირებული ნებისმიერი გამოკვლევა, მკურნალობა; კონტრაცეფციის, უნაყოფობის კვლევა და მკურნალობა;
- 4 10. ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული, ალკოჰოლური ნივთიერებების ან ექიმის დანიშნულების გარეშე მიღებული წამლების მოხმარების შედეგად პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულ დაზიანებებთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 11. შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ბე და ცე ჰეპატიტის გამოკვლევები და მკურნალობა;
- 4 12. სათვალის, ლინზების, კონტაქტური ლინზების და სმენის აპარატის შერჩევასა და შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 13. სარეაბილიტაციო მკურნალობა, სამედიცინო მასაჟი, ფიზიოთერაპია, ლაზეროთერაპია და კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობის ხარჯები;
- 4 14. პროთეზირების, იმპლანტაციის და ტრანსპლანტაციის ხარჯები;
- 4 15. ნებისმიერი სახის აცრასთან (გარდა ანტირაბიული, ანტიტეტანური და ანტი-გიურზინის აცრებისა) დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 16. კარდიოქირურგიული და კარდიოინვაზიური მკურნალობის ხარჯები;
- 4 17. ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება;
- 4 18. 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 19. კანონსაწინააღმდეგო ქმედებისას, თვითდაშავებით, თვითმკვლელობით ან მათი მცდელობისას მიღებული დაზიანებებით გამოწვეული ხარჯები;
- 4 20. შემთხვევებს, რომლებიც გამოწვეულია დაზღვეულის მიერ არააუცილებელ ხიფათში თავის ჩაგდებად;
- 4 21. საჰაერო ან სარკინიგზო კატასტროფით გამოწვეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- 4 22. 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 23. რადიოაქტიული წყაროს ზემოქმედებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 24. იზოლაციის/კარანტინის, მათ შორის კოვიდ-სასტუმროში განთავსების ხარჯები, ასევე სავალდებულო SARS-CoV-2-ზე ტესტირების სტანდარტული სქემა მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 4 25. პანდემიებით, ეპიდემიებით (გარდა COVID-19-სა), გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები.
- 4 26. ექსკლუზიური მომსახურებები: არასტანდარტული/ზესტანდარტული სამედიცინო მომსახურება, არასტანდარტული პალატა, აყვანილი ექიმი;
- 4 27. მომსახურებები, რომელიც არ არის ტერმინთა განმარტებებში და სადაზღვევო დაფარვებში;
- 4 28. 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 სამოგზაურო პოლისის პრემია გადაიხდება ერთიანად პოლისის გაცემისთანავე;
- 5.4 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.
- 5.5 მზღვეველი უფლებამოსილია გადაამოწმოს სადაზღვევო შემთხვევისა და დანახარჯების სისწორე;
- 5.6 იმ შემთხვევაში, თუ მზღვეველი ჩათვლის საჭიროდ, დაზღვეული ვალდებულია ნება მისცეს მზღვეველის მიერ მითითებულ ექიმ-ექსპერტს ჩაუტაროს გამოკვლევა დაზღვეულს და გაეცნოს მის ავადმყოფობის ისტორიას;
- 5.7 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.
- 5.8 დაზღვეულის მიერ მზღვეველისათვის წარმოსადგენი ყველა სახის საბუთი უნდა იყოს წარმოდგენილი: ქართულ, ინგლისურ ან რუსულ ენებზე;
- 5.9 დაზღვეული არ შეიძლება იყოს საქართველოს მოქალაქე ან/და ბინადრობის უფლების მქონე პირი;
- 5.10 წინამდებარე სადაზღვევო პირობების ქართულ, ინგლისურ და რუსულ ტექსტებს შორის შეუსაბამობის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება დაზღვევის პირობების ქართულ ვერსიას.
- 5.11 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;
- 5.12 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;

- 5.13 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.
- 5.14 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;

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;

Medical Evacuation – provides emergency medical transportation services to the Insured to be transported from the scene of an Accident or from a medical institution to another medical institution, or to a border checkpoint of Georgia, within the limits specified in the Insurance Policy;

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;

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.

2. INSURANCE COVERAGE

Travel Insurance Policy provides coverage to the Insured (a citizen of a foreign country who does not have a Georgian residence permit) 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 an accident or repatriation costs in the event of accidental death.

SERVICE	LIMIT/SUB LIMIT	DEDUCTIBLE
Information - Advisory	No limitation	0
Emergency Outpatient Care	GEL 10,000	GEL 50
Emergency Hospital Care	GEL 700 per bed-day Sub-limit GEL 20,000	GEL 100
Medical Evacuation	GEL 2,000	0
Repatriation	GEL 10,000	0
Total Limit	GEL 30,000	

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. 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 4. 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 5. 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 6. 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 7. 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 8. 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 9. 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 10. 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 11. 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 Personal Accident, a certificate issued by the relevant competent authority.
- 3 12. 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 13. 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 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 3. medical tourism;
- 4 4. Related to diseases that do not prevent the Insured from continuing his/her trip and do not require emergency medical intervention;
- 4 5. 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 6. consultations and treatment provided by unlicensed medical facilities and individuals without the right to medical practice;
- 4 7. psychotherapy, psychiatric treatment, treatment for psychosomatic disorders;
- 4 8. any examinations, treatment related to pregnancy and childbirth and their complications; Contraception, infertility diagnosis and treatment;
- 4 9. treatment of health problems directly or indirectly caused by the use of narcotic, psychotropic, alcoholic substances or drugs not prescribed by a doctor;
- 4 10. Examinations and treatment of AIDS, sexually transmitted diseases, hepatitis B and C;
- 4 11. purchase of glasses, lenses, contact lenses and hearing aids;
- 4 12. rehabilitation treatment, therapeutic massage, physiotherapy, laser therapy and beauty treatments;
- 4 13. prostheses, implantation and transplantation;
- 4 14. vaccinations (except for rabies, tetanus and anti-viper vaccinations);
- 4 15. cardiac surgery and invasive cardiac treatment;
- 4 16. medical services related to oncological diseases;

- 4 17. 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 18. injuries sustained during unlawful acts, self-mutilation, suicide or attempted suicide;
- 4 19. events caused by the Insured exposing himself to unnecessary risk;
- 4 20. Medical care due to aviation and railway accidents;
- 4 21. 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 22. Injuries caused by exposure to a radioactive source;
- 4 23. Isolation/quarantine, including COVID-hotel expenses, and obligatory SARS-CoV-2 standard tests are excluded from coverage.
- 4 24. damages caused by pandemics, epidemics (other than COVID-19), environmental pollution, or natural disasters;
- 4 25. Exclusive services: non-standard/high standard medical services, non-standard hospital ward, personal doctor;
- 4 26. Services not included in Definitions and Insurance Coverage;
- 4 27. 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 The Insurance Premium under the Travel Policy shall be paid in a lump sum upon issuance of the Insurance Policy;
- 5.4 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.
- 5.5 The Insurer shall have the right to verify the validity of the Insured Event and expenses;
- 5.6 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;
- 5.7 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.
- 5.8 All the documents required by the Insurer shall be submitted: in Georgian, English or Russian languages;
- 5.9 The Insured shall not be a citizen of Georgia and/or a person having the right of residence;
- 5.10 The Georgian language version of the present Insurance Terms and Conditions shall prevail in case of any inconsistencies with translated versions.
- 5.11 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.

- 5.12 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;
- 5.13 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.
- 5.14 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(ая) – гражданин(ка) иностранного государства, временно находящийся(аяся) на территории Грузии, который(ая) указан(а) в полисе и в пользу которого(ой) 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;

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

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

Страховой случай - случай, определенный условиями настоящего страхования, при наступлении которого у страховщика возникает обязательство 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/ на репатриацию, не подлежит возмещению. В рамках настоящего договора период ожидания составляет первые 24 часа с момента вступления в силу Договора страхования.

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 и в обязательном порядке требует неотложной медицинской помощи;

Медицинская эвакуация – предусматривает неотложную транспортировку застрахованного по медицинским показаниям с места происшествия, или из одного медицинского учреждения в другое медицинское учреждение, либо до пограничного пункта Грузии в рамках лимитов, указанных в полисе;

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 неожиданной болезни, оказание застрахованному(ой) медицинской помощи, которая предусматривает его пребывание в медицинском учреждении больше 24 часов;

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

2. СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ

Полис страхования путешествия предусматривает возмещение расходов на медицинское обслуживание и/или репатриацию в пределах определенного лимита/подлимита, связанных с непредвиденной/внезапной болезнью или несчастным случаем в течение страхового периода при временном пребывании и путешествии застрахованного(ой) (иностранного(ой) гражданина(ки), не имеющего(ей) вида на жительство в 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 кончине в результате несчастного случая.

УСЛУГИ	ЛИМИТ/ПОДЛИМИТ	ФРАНШИЗА
Информационно-консультационные услуги	Безлимитный	0
Неотложное амбулаторное лечение	2,000 10,000 лари	50 лари
Неотложное госпитальное лечение	700 лари за койко-день Подлимит 20,000 лари	100 лари
Медицинская Эвакуация	2,000 лари	0
Репатриация	10,000 лари	0
Полный страховой лимит	30,000 лари	

3. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

- 3 1. При наступлении страхового случая, застрахованный(ая)/страхователь или уполномоченное лицо обязан(а) немедленно, однако не позднее 24 часов, уведомить об этом «ассистанс» 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 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. 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(ая) получит указания о тех медицинских провайдерах, к которым можно обратиться с целью получения услуг.

- 3 4. 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 5. 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(ой), дополнительно при несчастном случае – справка, выданная соответствующим компетентным органом.
- 3 6. При страховом случае, происшедшем в течение страхового периода и происходящего в течение этого периода, страховщик оставляет за собой право, по соглашению с застрахованным(ой)/уполномоченным лицом застрахованного(ой), эвакуировать/репатриировать застрахованного в соответствующую страну.
- 3 7. В том случае, если группа медицинских экспертов страховщика, на основании консультации с лечащим врачом, сочтет возможным репатриацию застрахованного и предложит ее застрахованному(ой)/уполномоченному лицу застрахованного, но застрахованный(ая)/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 госпитализацию и возмещение расходов на репатриацию.
- 3 8. 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 9. Страховщик возместит лишь расходы на медицинскую помощь, оказанную в Грузии, расходы на медицинскую помощь, оказанную после возвращения в соответствующую страну, не подлежат возмещению.
- 3 10. В случае если застрахованный(ая) обратится в медицинское учреждение без оповещения ассистенса и лично оплатит стоимость услуг, страховщик оставляет за собой право отказать в выплате страхового возмещения.
- 3 11. В случае если окажется, что застрахованный(ая) по уважительным причинам не смог(ла) уведомить ассистенса 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(ой) указанных услуг, международный паспорт и оригинал страхового полиса, дополнительно, при несчастном случае –справку, выданную соответствующим компетентным органом.
- 3 12. В случае просрочки указанного срока, страховое возмещение не выдается, кроме тех исключительных случаев, когда просрочка обусловлена объективными причинами, что должно подтверждаться соответствующими доказательствами.
- 3 13. 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, оказанные без согласия страховщика;
- 4 2. Любые медицинские услуги, связанные с хронической и/или существующей до путешествия болезнью\состояния;
- 4 3. Случаи, наступившие до вступления в силу страхового покрытия, а также любые медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением врожденных, генетических болезней, патологий, дефектов и их осложнений;
- 4 4. Расходы на медицинское лечение и консультацию, если это является целью путешествия;
- 4 5. Расходы на болезнь, которая не мешает застрахованному(ой) 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 консультацию и лечение в нелегализованных медицинских учреждениях и у частных лиц, не имеющих права на медицинскую деятельность;
- 4 8. Любые расходы, связанные с психотерапией, психическим, психосоматическим лечением;
- 4 9. Любые расходы на лечение и обследования, связанные с беременностью, родами и связанными с ними осложнениями; обследование и лечение бесплодия, контрацепция;
- 4 10. Затраты на лечение ухудшения состояния здоровья, которые прямо или косвенно вызваны или являются следствием воздействия алкогольных, наркотических, психотропных веществ, а также приемом лекарств без назначения врача;
- 4 11. Обследования и лечение СПИД-а, заболеваний, передающихся половым путем, В и С гепатита;
- 4 12. Расходы, связанные с подбором и приобретением очков, линз, контактных линз и слухового аппарата;
- 4 13. Реабилитационное лечение, медицинский массаж, физиотерапия, лазеротерапия и лечение, проведенное в косметических целях;
- 4 14. Расходы на протезирование, имплантацию и трансплантацию;
- 4 15. Расходы, связанные с любой прививкой (вакцинация или иммунизация, кроме вакцинации против бешенства, столбняка и дифтерии);
- 4 16. Расходы на кардиохирургическое и кардиоинвазивное лечение;
- 4 17. Расходы на медицинские услуги, связанные с онкологическими заболеваниями;
- 4 18. Случаи, которые связаны с участием застрахованного(ой) 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;
- 4 19. Расходы, вызванные повреждением при противоправном действии, членовредительством, самоубийством или попыткой самоубийства;
- 4 20. Случаи, вызванные тем, что застрахованный(ая) подвергает себя ненужной опасности;
- 4 21. Расходы на медицинские услуги, вызванные воздушной или железнодорожной катастрофой;
- 4 22. 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 23. Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными воздействием радиоактивного излучения;
- 4 24. Не подлежат возмещению расходы, связанные с изоляцией, карантином, в том числе расходы, связанные с размещением в ковид-гостинице, а также стандартной схемой обязательного тестирования на SARS-CoV-2;
- 4 25. Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными пандемией, эпидемией (кроме COVID-19), загрязнением среды или стихийным бедствием.
- 4 26. Расходы, связанные с эксклюзивными услугами – нестандартные/сверхстандартное медобслуживание, нестандартная палата, гонорар приглашенного врача;
- 4 27. Расходы на медицинские услуги, не включенные в разъяснение терминов и не перечисленные в списке страховых покрытий;
- 4 28. Стоимость услуг, покрываемых другими программами или страховыми договорами.

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 Премия полиса путешествия подлежит полной уплате сразу при выдаче полиса;
- 5.4 Полис вступает в силу по истечении Периода Ожидания при условии, что премия, определенная полисом, уплачена полностью; вместе с тем страховой период не должен быть короче срока путешествия;
- 5.5 Страховщик уполномочен перепроверить верность страхового случая и расходов;
- 5.6 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;
- 5.7 При заключении настоящего Договора/полиса Страхователь/Застрахованный(ая) 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»
- 5.8 Все документы, предъявляемые застрахованным страховщику, должны быть предъявлены на грузинском, английском или русском языках;
- 5.9 Застрахованный(ая) не может быть гражданином(кой) или лицом, имеющим вид на жительство в Грузии;
- 5.10 В случае несоответствия между грузинским, английским и русскими текстами настоящих страховых условий, преимущество присваивается грузинской версии страховых условий;
- 5.11 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;
- 5.12 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;

- 5.13 Страхователь / Застрахованный 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 данных в целях прямого маркетинга в той же форме, в какой осуществляется прямой маркетинг – путем письменного обращения или обращения телекоммуникационными средствами к страховщику.
- 5.14 Страхователь / Застрахованный 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.

6. 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.