



**უნისკომი**  
სადაზღვევო კომპანია

## საინფორმაციო ფურცელი

### INFORMATION SHEET

დეკონირებული  
ხელშეკრულების #:

დამტკიცების თარიღი:

# საინფორმაციო ფურცელი Information Sheet

აღნიშნული საინფორმაციო ხასიათის ფურცელი წარმოადგენს არაამომწურავ ინფორმაციას დაზღვევის პირობების შესახებ და არ არის დაზღვევის ხელშეკრულების იდენტური იურიდიული ძალის მქონე დოკუმენტი.

საინფორმაციო ფურცლის გაცნობა და მასთან დაკავშირებული განმარტებების გაკეთება არ წარმოშობს სამართლებრივ შედეგებს და, შესაბამისად, მოთხოვნებს მხარეთა შორის.

This Information Sheet is an inaccurate information on insurance terms and conditions and is not a document having legal force equal to the Insurance Agreement. Familiarization with the information sheet and making explanations related thereto shall not produce legal consequences and, therefore, claims between the parties

## მფლავის დასახელება INSURER'S NAME

სს "სადაზღვევო კომპანია უნისონი"  
JSC Insurance Company Unison

## დაზღვევის ხელშეკრულების სახე TYPE OF INSURANCE CONTRACT

უცხოელი და მოქალაქეობის არმქონე სტუდენტის  
ჯანმრთელობისა და უბედური შემთხვევის დაზღვევა  
Foreign and Nonresident Persons & Foreign and  
Nonresident Persons Health and Accident Insurance

## დაზღვეული რისკის აღწერილობა და სადაზღვევო დაფარვის პირობები / DESCRIPTION OF THE INSURED RISK AND CONDITIONS OF INSURANCE COVERAGE

მომსახურება / COVERED SERVICES	დაფარვა / PARTICIPATION SHARE	ლიმიტი / ANNUAL AGGREGATE LIMIT *
24/7 ცხელი ხაზი / 24/7 Hotline	100%	ულიმიტო UNLIMITED
ოჯახის ექიმის მომსახურება / Family Doctor Services	100%	ულიმიტო UNLIMITED
სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება / Ambulance	100%	ულიმიტო UNLIMITED
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ავადობით გამოწვეული / გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება გამოწვეული უბედური შემთხვევით / Emergency Outpatient Services due to Illness / Emergency Outpatient Services caused by Accident (Subject to the Positive List)	100%	ულიმიტო UNLIMITED
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება პოზიტიური სიის მიღმა / Emergency Outpatient Services beyond the Positive List	70%	1,500 ლარი
გადაუდებელი ვაქცინაცია (ანტიგიურზინის, ანტიტეტანური და ანტირაბიული) / Emergency vaccination (antigiurzin, tetanus and rabies)	100%	ულიმიტო UNLIMITED
გეგმიური ამბულატორია (ოჯახის ექიმის მიმართვით დისლოკაციებში) / Planned Outpatient Services at the Family Doctor Location Clinic	40%	ულიმიტო

გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება ავადობით გამოწვეული / გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება გამოწვეული უბედური შემთხვევით Emergency Hospital Services Due to Illness / Emergency Hospital Services caused by Accident (Subject to the Positive List)	100%	UNLIMITED 20,000 ლარი
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება პოზიტიური სიის მიღმა / Emergency Hospital Services beyond the Positive List	70%	5,000 ლარი
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება / Emergency Dental Services	100%	ულიმიტო UNLIMITED
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში / Planned Dental Services in Provider Clinics	30%	ულიმიტო UNLIMITED
რეპატრიაცია / Repatriation	100%	10,000 ლარი
COVID 19-თან დაკავშირებული მომსახურება / COVID 19 related services	100%	30,000 ლარი
სადაზღვევო თანხა / ანაზღაურების წლიური ლიმიტი Sum Insured / Annual Aggregate Limit		70,000 ლარი
სადაზღვევო პრემია Insurance Premium		განისაზღვრება პოლისით Is determined by the Policy

**შენიშვნა: / Note:**

სერვისებზე: გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება ავადობით გამოწვეული / გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება გამოწვეული უბედური შემთხვევით და COVID 19-თან დაკავშირებული მომსახურება, 6 თვემდე ვადით დაზღვევის შემთხვევაში, სადაზღვევო ლიმიტები განისაზღვრება წლიური ჯამური ლიმიტის 1/3-ის ოდენობით, ხოლო 6-დან - 9 თვის ვადით დაზღვევის შემთხვევაში, სადაზღვევო ლიმიტები განისაზღვრება წლიური ჯამური ლიმიტის 2/3-ის ოდენობით.

**For the following Services: Emergency Hospital Service due to Illness / Emergency Hospital Services due to Accident and COVID 19 related services:**

Insurance Limit for up to 6 month Insurance is defined as 1/3 of the Annual Aggregate Limit.

Insurance Limit from 6 to 9 month Insurance is defined as 2/3 of the Annual Aggregate Limit

**ფრანშიზის სახე, ოდენობა და გამოყენების წინაპირობები** - ფრანშიზა არის თანხა, რომელიც არ ანაზღაურდება მზღვეველის მიერ და აკლდება ზარალის თანხას; ფრანშიზა და მისი კონკრეტული სახე განისაზღვრება პოლისით. /

**დაზღვევის ხელშეკრულების მოქმედების ვადა:** დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმება შესაძლებელია 3 თვით, 6 თვით, 9 თვით ან 12 თვით. კონკრეტული ხელშეკრულების მოქმედების ვადა მითითებულია პოლისში /

**კრედიტის გარდა მომხმარებლის მიერ ნებისმიერი სხვა ფინანსური ხარჯის გაწევის პირობები, ოდენობა და წესი** - სხვა ფინანსური ხარჯი არ არის

**TYPE, AMOUNT AND PRECONDITIONS FOR USING THE DEDUCTIBLE** - A deductible is an amount that is not reimbursed by the insurer and is deducted from the amount of the loss; The deductible and its specific look are determined by the policy.

**VALIDITY OF THE INSURANCE CONTRACT:** Insurance is available for 6 months, 9 months or 12 months. Validity of the specific Insurance contract is indicated in the policy.

**TERMS, AMOUNT AND MANNER OF PAYMENT OF ANY OTHER FINANCIAL EXPENSES BY THE USER EXCEPT PREMIUM**  
No other financial expenses are provided

## დაზღვევის გამონაკლისი პირობები

ანაზღაურებას არ ექვემდებარება ქვემოთ მითითებული შემთხვევები და მათთან დაკავშირებული ხარჯები:

- დაზღვევის ძალაში შესვლამდე დამდგარი შემთხვევები;
- საქმიანობის უფლების არმქონე დანესებულებაში მკურნალობისა და გამოკვლევის ნებისმიერი ხარჯი, კერძო პირთან ჩატარებული მკურნალობის, ექსპერიმენტული მკურნალობის, არატრადიციული მედიცინის (აკუპუნქტურა, ჰომეოპათია, მანუალური თერაპია და სხვა), თვითმკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- დაზღვეულის კანონსაწინააღმდეგო ქმედებით, თვითდაშავებით, თვითმკვლელობის მცდელობით, განზრახ ან/და უხეში გაუფრთხილებლობით, ალკოჰოლური, ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული ან სხვა ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევების, ალკოჰოლიზმის, ნარკომანიის, ტოქსიკომანიისა და მათი გართულებების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ხარჯები. თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- მღვიმეებისა და გამოქვაბულების გამოკვლევასთან, აგრეთვე ძლიერ ფეთქებად ნივთიერებათა განადგურებაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული სადაზღვევო შემთხვევების ხარჯები;
- ეპიდემიებით, პანდემიებით (გარდა COVID 19), გარემოს დაბინძურებით, რადიოქტიური დასხივებით, სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- სარისკო პროფესიულ და სარისკო სამოყვარულო სპორტის სახეობებში მონაწილეობისას (ალპინიზმთან, კლდეზე ცოცვასთან, სათხილამურო სპორტთან, დელტაპლანითა და პარაშუტით ხტომასთან და სხვა) დამდგარ სადაზღვევო შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები;
- თვითმფრინავზე ასვლის, თვითმფრინავიდან ჩამოსვლის ან მასში ყოფნისას მიღებული დაზიანების ხარჯები;
- ომის, საომარი მოქმედების, უცხო ქვეყნის ჯარის შეჭრის (მიუხედავად იმისა ომი გამოცხადებულია თუ არა), სამოქალაქო ომის, ამბოხების, სამოქალაქო უნესრიგობების, რევოლუციის, სამხედრო გადატრიალების ან ხელისუფლების უზურპაციის, ტერორისტული აქტების დროს

## EXCLUSIONS FROM INSURANCE COVERAGE (CASES THAT ARE NOT REIMBURSED BY THE INSURANCE POLICY).

The following cases and related costs are not subject to reimbursement:

- Cases before the entry into force of the Insurance;
- Expenses related to treatment and examination in a non-licensed facility, treatment by the private person, experimental treatment, non-traditional medicine (acupuncture, homeopathy, manual therapy, etc.), self-treatment costs;
- Insured / Policyholder's illegal actions, self-harm, suicide attempt, intentional and / or gross negligence, addiction; Insurance Events caused due to the fact that the Insured / Policyholder is under the influence of alcohol, drug, psychotropic or other toxic substances; Costs of diagnosis and treatment of alcoholism, drug addiction and their complications. Medical expenses related to the insurance event during the period of imprisonment;
- Costs of insurance cases related to the investigation of caves and caverns, as well as participation in the destruction of highly explosive substances;
- Expenses for medical care related to epidemics, pandemics (except from COVID 19), environmental pollution, radiation, natural disasters;
- Expenses related to insurance events when participating in risky professional and risky amateur sports (mountaineering, rock climbing, skiing, hang gliding and parachuting, etc.);
- Expenses for boarding, disembarking or being injured while on board;
- Expenses incurred during war, hostilities, foreign invasion (whether or not war is declared), civil war, insurrection, civil unrest, revolution, military coup or usurpation of power, terrorist acts
- Chronic diseases and their exacerbations or diseases identified before the trip and their complications, except when emergency medical care is required to save the life of the Insured / Policyholder in critical situations. After the discovery of emergency medical care aimed at saving the life of the Insured / Policyholder (not more than 7

მომხდარი უბედური შემთხვევებით გამოწვეული ხარჯები;

- ქრონიკული დაავადებები და მათი გამწვავებები ან მოგზაურობამდე გამოვლენილი დაავადებები და მათი გართულებები, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც კრიტიკული მდგომარეობების დროს დაზღვეულის სიცოცხლის გადასარჩენად საჭიროა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება. დაზღვეულის სიცოცხლის გადასარჩენად მიმართული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის შემდეგ (არაუმეტეს 7 დღე) დაზღვეულის მკურნალობის შემდგომი ხარჯები ან/და რეპატრიაციის ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება;
- კარდიოქირურგია, ტრანსპლანტაცია, ენდოპროთეზირება და მასთან დაკავშირებული ხარჯები თანდაყოლილი და გენეტიკური დაავადებების, აგრეთვე მათი გართულებების, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ხარჯები;
- აივ-ინფექციის, შიდსის, ყველა ტიპის ქრონიკული ჰეპატიტის, შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტის, თირკმელების ქრონიკული უკმარისობის, ონკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და გართულებების, გამწვავებების და მათთან დაკავშირებული ხარჯები;
- ნებისმიერი იმპლანტის (გარდა სტენტისა), პროტეზის და მაკორეგირებელი მოწყობილობის ხარჯები, ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაციის / აუტოტრანსპლანტაციის ხარჯები;
- საქართველოში აღებული გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ გაგზავნის და კვლევის ხარჯები;
- ექსკლუზიური მომსახურებები: არასტანდარტული / ზესტანდარტული სამედიცინო მომსახურება, არასტანდარტული პალატა, აყვანილი ექიმი;
- ორსულობა/ მშობიარობა და მათი გართულებები, გარდა უბედური შემთხვევით გამოწვეული ორსულობის შეწყვეტისა.
- მზღვევლთან შეთანხმების გარეშე მიღებული მომსახურების ხარჯები;
- მომსახურებები, რომელიც არ არის ტერმინთა განმარტებებში;
- სხვა პროგრამით/დაზღვევით დაფინანსებული მომსახურების ღირებულება;
- რეპატრიაციის ხარჯები, რომელიც მოჰყვება: დაზღვეულის საქართველოში მკურნალობის მიზნით გამგზავრებას, ან მოგზაურობამდე არსებული დაავადებების შედეგად გარდაცვალებას, ან Covid-ინფიცირების შედეგად გარდაცვალებას.

days), the further costs of the Insured / Policyholder 's treatment and / or repatriation costs are not reimbursed

- Cardiac surgery, transplantation, endoprosthesis and related costs Costs of congenital and genetic diseases, as well as their complications, diagnosis and treatment;
- Costs of HIV, AIDS, all types of chronic hepatitis, any form of diabetes mellitus, chronic renal failure, diagnosis, treatment and complications of oncological diseases, causes and associated costs;
- Costs of any implant (except stent), prosthesis and corrective device, costs of organ and tissue transplantation / autotransplantation;
- costs of research material taken in Georgia, sending abroad and research;
- Exclusive services: non-standard / over-standard medical services, non-standard ward, hired doctor;
- Pregnancy / childbirth and their complications other than accidental termination of pregnancy.
- Service costs received without the prior agreement of the insurer;
- Services that are not in the definitions of the terms;
- Cost of services funded by other program / insurance;
- Repatriation costs, as follows: Travel of the Insured / Policyholder to Georgia for treatment, or death due to pre-travel illness, or death due to Covid-infection.

**სადაზღვევო შეთხვევის დადგომისას მფლაველისთვის შეტყობინების გაგზავნის, მოთხოვნის წარდგინის, სადაზღვევო შეთხვევის რეგულირების და სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემის ფორმა და ვალები:**

ნებისმიერი სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას, დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) უკავშირდება სს სადაზღვევო კომპანია უნისონის საინფორმაციო სამსახურს ნომერზე (+995 32) 2 991 991., რომელიც უზრუნველყოფს შემდგომი მომსახურების ორგანიზებას. როგორც პროვაიდერ ასევე არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას, დაზღვეულმა სავალდებულო წესით უნდა წარადგინოს პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი და სადაზღვევო პოლისი.

**24/7 ცხელი ხაზი** - დაზღვეული უკავშირდება სს სადაზღვევო კომპანია უნისონის საინფორმაციო სამსახურს ნომერზე (+995 32) 2 991 991 რომელიც უზრუნველყოფს შესაბამის პირთან მის დაკავშირებას;

**ოჯახის ექიმის მომსახურება** - დაზღვეულს შეუძლია დაუკავშირდეს მზღვეველის საინფორმაციო სამსახურს, რომელიც მოახდენს მის ჩანერას პირად/ოჯახის ექიმთან, ან პირდაპირ მიმართოს მზღვეველის მიერ მითითებულ პირად/ოჯახის ექიმს. კომპანია აანაზღაურებს მხოლოდ მის მიერ მითითებული პირად/ოჯახის ექიმთან მიღებულ მომსახურებას;

**სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება** - დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) უკავშირდება მზღვეველის საინფორმაციო სამსახურს ან 112-ს. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროების შემთხვევაში, დაზღვეულის ტრანსპორტირების (თბილისში, ასევე რაიონების უახლოეს სათანადო პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში) ორგანიზებას ახდენს მზღვეველი.

**პროვაიდერის შემთხვევაში** - ხარჯების ანაზღაურება მოხდება სამედიცინო დაწესებულებასთან პირდაპირი ანგარიშსწორების გზით. ასეთ შემთხვევაში, საკმარისია, დაზღვეულმა პირმა წარადგინოს პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი და იგი თავისუფლდება გადახდის პროცედურისაგან;

**არაპროვაიდერის შემთხვევაში:** - თუ დაზღვეულს (ან უფლებამოსილი მესამე პირის) თავად მოუწევს არაპროვაიდერი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახება, იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და აანაზღაურებლად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც სათანადო დოკუმენტაციის წარდგენის შემდეგ, ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად წყვეტს ანაზღაურების საკითხს. დოკუმენტაციის წარდგენა უნდა მოხდეს, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში. მზღვეველი ითვებს უფლებას, არ

**THE FORM AND TERMS OF SENDING A NOTIFICATION TO THE INSURER, SUBMITTING A REQUEST, REGULATING THE INSURANCE EVENT AND ISSUING INSURANCE COMPENSATION IN THE EVENT OF AN INSURED EVENT:**

In the event of any insurance accident, the Insured / Policyholder (or an authorized third party) shall contact the Information Service Center of the Insurance company unison (+995 32) 2 991 991 , which will provide organizing of the further services. When applying to both in a provider or a non-provider clinic, it is mandatory for the Insured / Policyholder to submit an identity document and an insurance policy.

**24/7 hotline** - The Insured / Policyholder (Or an authorized third party) shall contact the Information Service Center of the Insurance company unison (+995 32) 2 991 991 which will provide contact with the relevant person;

**Family Doctor Service** - The Insured / Policyholder can contact the Information Service Center of the insurer, which will schedule visit with the family doctor, or directly visit the family doctor indicated by the insurer. The company will reimburse the services provided only by the indicated family doctor.

**Ambulance** – The Insured / Policyholder (or an authorized third party) contacts the Information Service Center of the insurer or 112. In case of emergency medical care, the transportation of the Insured / Policyholder (in Tbilisi, as well as in the nearest appropriate medical institution of the municipality) is organized by the insurer.

**In the case of a provider** – Expenses will be reimbursed through direct payment to the medical institution. In such a case, it is sufficient for the Insured / Policyholder to present a policy/-card and an identity document and he / she will be exempted from the payment procedure;

**In case of a non-provider** – If the Insured / Policyholder (or authorized third party) has to call a non-provider ambulance, he / she pays the full cost of the service and applies to the insurer, who, after obtaining the relevant documentation, decides on the issue of compensation in accordance with the terms of the agreement. The documents must be submitted within 30 (thirty) calendar days after the occurrence of the insurance accident. The Insurer reserves the right not to reimburse the cases for which the documents are submitted after the expiration of this period. Documents can be submitted both in person and electronically at the company's remuneration office;

აანაზღაუროს ის შემთხვევები, რომლის დოკუმენტების წარდგენა მოხდება ამ ვადის ამოწურვის შემდეგ. დოკუმენტების წარდგენა შესაძლებელია როგორც კომპანიის ანაზღაურების ოფისში პირადად, ასევე ელექტრონულად;

■ **ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს შემდეგი დოკუმენტები:**

- სადაზღვევო პოლისი;
- პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- სამედიცინო დანებსებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დადასტურებული ჩატარებული მომსახურების დამადასტურებელი სამედიცინო დოკუმენტაცია და მომსახურების საფასურის გადახდის დამადასტურებელი ფინანსური დოკუმენტაცია (ჩეკთან გათანაბრებული დოკუმენტი ან დოკუმენტი, სადაც მოცემულია დეტალური განფასება/კალკულაცია და სალაროს ქვითარი).

**გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ავადობით გამოწვეული/გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება უბედური შემთხვევით გამოწვეული / გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება პოზიტიური სიის მიღმა / გადაუდებელი ვაქცინაცია** - დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) დაუყოვნებლივ უკავშირდება მზღვეველის საინფორმაციო სამსახურს (გარდა ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინების დაგვიანებისა)

**შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.**

**პროვაიდერ სამედიცინო დანებსებულებაში მიმართვის შემთხვევაში,** მზღვეველი თავად ახდენს ანგარიშსწორებას სამედიცინო დანებსებულებასთან და დაზღვეული თავისუფლდება თანხის გადახდის ვალდებულებისგან ან იხდის მხოლოდ პოლისის პირობებით განსაზღვრულ, თანაგადახდით გათვალისწინებულ თანხას

**თუ დაზღვეული მოხვდა არაპროვაიდერ სამედიცინო დანებსებულებაში,** მზღვეველი ითხოვს უფლებას მოახდინოს დაზღვეულის გადაყვანა კონტრაქტორ სამედიცინო დანებსებულებაში. მზღვეველის არაპროვაიდერ სამედიცინო დანებსებულებაში დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას, ხოლო აღნიშნული ხარჯების ანაზღაურებას განიხილავს ანაზღაურებისთვის საჭირო შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ. დოკუმენტაციის წარდგენა უნდა მოხდეს, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში. კომპანია ითხოვს უფლებას, არ აანაზღაუროს ის შემთხვევები, რომლის დოკუმენტების წარდგენა მოხდება ამ ვადის ამოწურვის შემდეგ. დოკუმენტების წარდგენა შესაძლებელია როგორც კომპანიის ანაზღაურების ოფისში პირადად, ასევე ელექტრონულად;

■ **The following documents have to be submitted by the Insured / Policyholder in order to claim the reimbursement:**

- Insurance Policy;
- Identity Document;
- Medical Document proving the services of the medical institution / doctor stamped and signed, and Financial documents proving the payment of the service fee (document equal to the check or a document with a detailed assessment / calculation and cash register).

**Emergency Outpatient Services caused by Illness / Emergency Outpatient Services caused by an Accident / Emergency Outpatient Services beyond the Positive List / Emergency Vaccination** - the Insured / Policyholder (or authorized third party) contacts the Information Service Center of the insurer Immediately (except for notification delay due to objective circumstances).

**Expenses for medical services received without notice are not reimbursed.**

**In case of applying to the provider medical institution,** the insurer pays service fee to the medical institution directly and the Insured / Policyholder is released from the obligation of payment, or pays only the amount of the copayment specified in the policy.

**If the Insured / Policyholder is in a non-provider medical facility, the insurer reserves the right to transfer the Insured / Policyholder to a contractor medical facility.** In the non-provider medical institution, the Insured / Policyholder pays the full cost of medical services, and reimbursement of these costs is reviewed by the Insurance Case Regulation Service, after submitting the relevant documentation. The documentation must be submitted within 30 (thirty) calendar days after the occurrence of the insurance accident. The company reserves the right not to reimburse the cases for which the documents will be submitted after the expiration of this period. Documents can be submitted to the company's remuneration office in person or electronically;

■ **In order to receive compensation, the Insured / Policyholder must submit the following documents**

▪ ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს შემდეგი დოკუმენტები:

- სადაზღვევო პოლისი;
- პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების დოკუმენტაცია (ხელმოწერითა და ბეჭდით დამონმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);
- თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერი და სალარო აპარატის/ტერმინალის ჩეკი;

**გეგმიური ამბულატორია (ოჯახის ექიმის მიმართვით დისლოკაციებში)**- მზღვეველის მიერ წინასწარ განსაზღვრულია პირადი/ოჯახის ექიმი/ები და მისი ლოკაციის კლინიკა, რომელიც ემსახურება დაზღვეულს. მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირადი/ოჯახის ექიმის მიმართვით: დაზღვეული უკავშირდება კომპანიის საინფორმაციო სამსახურს რომელიც უზრუნველყოფს პირად/ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დაგეგმვას, ან მიმართავს პირად/ოჯახის ექიმს. პირადი/ოჯახის ექიმი უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით კლინიკებში. ასეთ შემთხვევაში, დაზღვეული იხდის მხოლოდ ბარათით გათვალისწინებულ, დაზღვეულის მიერ გადასახდელ წილს.

**გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება ავადობით გამოწვეული/გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება უბედური შემთხვევით გამოწვეული / გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება პოზიტიური სისის მიღმა** - დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) უკავშირდება დაუყოვნებლივ მზღვეველის საინფორმაციო სამსახურს (გარდა ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინების დაგვიანებისა)

**შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.**

**დაზღვეულს მომსახურების მიღება შეუძლია,** შესაბამისი ნებართვის მქონე, ნებისმიერ პროფილურ სამედიცინო დაწესებულებას. პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, უნდა წარადგინოს პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი და სადაზღვევო პოლისი, რის საფუძველზეც კლინიკა თავად უკავშირდება სადაზღვევო კომპანიას, რომლის დასტურის შემდეგაც, დაზღვეული თავისუფლდება სადაზღვევო შემთხვევის ღირებულების გადახდისაგან ან იხდის მხოლოდ პოლისის პირობებით განსაზღვრულ, თანაგადახდით გათვალისწინებულ თანხას, თუ დაზღვეული მოხვდა არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, მზღვეველი იტოვებს უფლებას მოახდინოს დაზღვეულის გადაყვანა კონტრაქტორ სამედიცინო დაწესებულებაში. არაპროვაიდერ დაწესებულებაში, დაზღვეული იხდის თანხას სრულად, რის შემდეგაც დოკუმენტაციას წარადგენს მზღვევლთან. დოკუმენტაციის წარდგენა უნდა მოხდეს,

- Insurance Policy;
- ID Card;
- Documentation of the provided medical services (signed and stamped diagnosis and prescription, conclusion of the conducted examination, etc.);
- Receipt of cash and check of cash register / terminal provided by the relevant recipient.

**Planned Outpatient Services at the Family Doctor Location Clinic** - Family doctor/s and its location clinic who attends the Insured/Policyholder is defined by the Insurer in advance. serving the insured. Services can be obtained only by family doctor referral: the Insured / Policyholder contacts the company Information Service Center which schedules a visit to a family doctor, or directly refers to a family doctor. The family doctor will provide the Insured / Policyholder with referral to the clinics. In such a case, the Insured / Policyholder pays only the share to be paid by the Policy.

**Emergency Hospital Services caused by Illness / Emergency Hospital Services caused by accident** - the Insured / Policyholder (or authorized third party) contacts the Information Service Center of the insurer Immediately (except for notification delay due to objective circumstances). Expenses for medical services received without notice are not reimbursed.

**The Insured / Policyholder can receive services from any specialized medical institution with the appropriate permission.**

**When applying to the provider medical facility, The Insured / Policyholder must present** an identity document and insurance policy, on the basis of which the clinic contacts the insurance company and the Insured / Policyholder is exempted from paying the costs of service and pays only the amount of the copayment specified in the policy. If the Insured / Policyholder is in a non-provider medical facility, the insurer reserves the right to transfer the Insured / Policyholder to a contractor medical facility. If the Insured / Policyholder is in a non-provider medical Institution, the Insured / Policyholder pays the amount in full, after which he/she submits the documentation to the insurer. The documentation must be submitted within 30 (thirty) calendar days after the occurrence of the insured accident. The Insurer reserves the right not to reimburse the cases for which the documents will be submitted after the expiration of this period. Documents can be submitted both in person and electronically at the company's Reimbursement office;



სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში. მზღვეველი იტოვებს უფლებას, არ აანაზღაუროს ის შემთხვევები, რომლის დოკუმენტების წარდგენა მოხდება ამ ვადის ამონურვის შემდეგ. დოკუმენტების წარდგენა შესაძლებელია როგორც კომპანიის ანაზღაურების ოფისში პირადად, ასევე ელექტრონულად;

■ **ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს შემდეგი დოკუმენტები:**

- სადაზღვევო პოლისი;
- პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- ფორმა №IV-100/ა;
- სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;
- ანგარიშფაქტურა/ინვოისი;
- თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერი და სალარო აპარატის/ტერმინალის ჩეკი

**გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება** - დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) უკავშირდება დაუყოვნებლივ მზღვეველის საინფორმაციო სამსახურს (გარდა ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინების დაგვიანებისა) შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

**პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში** მიმართვისას დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს სადაზღვევო პოლისი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი; ამ შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება შესაბამის მომსახურებაში თანხის გადახდისაგან. თუ დაზღვეული მოხვდა არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, მზღვეველი იტოვებს უფლებას მოახდინოს დაზღვეულის გადაყვანა კონტრაქტორ სამედიცინო დაწესებულებაში. თუ სამედიცინო მომსახურება ტარდება არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაზღვეული იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას და დოკუმენტაციას წარადგენს მზღვეველთან, რომელიც წარდგენილი დოკუმენტების და ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად გადაწყვიტავს ანაზღაურების საკითხს. დოკუმენტაციის წარდგენა უნდა მოხდეს, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 30(ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში. კომპანია იტოვებს უფლებას, არ აანაზღაუროს ის შემთხვევები, რომლის დოკუმენტების წარდგენა მოხდება ამ ვადის ამონურვის შემდეგ. დოკუმენტების წარდგენა შესაძლებელია როგორც კომპანიის ანაზღაურების ოფისში პირადად, ასევე ელექტრონულად;

■ **ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეულმა უნდა წარადგინოს შემდეგი დოკუმენტები:**

- სადაზღვევო პოლისი;
- პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (ხელმოწერითა და ბეჭდით დამონმებული დიაგნოზი და დანიშნულება,

■ **In order to receive compensation, the Insured / Policyholder must submit the following documents:**

- insurance policy
- Identity document;
- Form №IV-100 / a;
- Detailed calculation of the cost of medical services;
- Invoice;
- Receipt of cash and check of cash register / terminal provided by the relevant recipient;

**Emergency Dental Services** - The Insured / Policyholder (or Authorized Third Party) contacts the Information Service Center of the insurer Immediately (except for notification delay due to objective circumstances). Expenses for medical services received without notice are not reimbursed.

**When applying to the provider medical institution,** the Insured / Policyholder must present an insurance policy and an identity document; In this case, the Insured / Policyholder is exempt from paying for the relevant service. If the Insured / Policyholder is in a non-provider medical facility, the insurer reserves the right to transfer the Insured / Policyholder to a contractor medical facility. If the medical service is provided in a non-provider medical institution, the Insured / Policyholder pays the full cost of the medical service and submits the documentation to insurer which decides on the issue of compensation in accordance with the submitted documents and the terms of the agreement. The documentation must be submitted within 30 (thirty) calendar days after the occurrence of the insured accident. The company reserves the right not to reimburse the cases for which the documents will be submitted after the expiration of this period. Documents can be submitted both in person and electronically at the company's compensation office;

■ **In order to receive compensation, the Insured / Policyholder must submit the following documents:**

- Insurance policy;
- Identity document
- Documentation of the provided medical services (signed and stamped diagnosis and prescription, conclusion of the conducted examination, etc.);
- Dentograph taken before and after treatment;;
- Receipt of cash and check of cash register / terminal provided by the relevant recipient

ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);

- მომსახურებამდე და მას შემდეგ გადაღებული დენტოგრამა;
- თანხის მიღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერი და სალარო აპარატის/ტერმინალის ჩეკი;

**გვერდური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში** - მომსახურების მიღებისას დაზღვეული მიმართავს პროვაიდერ სტომატოლოგიურ დაწესებულებას; დაზღვეული მზღვეველის პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკაში გადაიხდის მიღებული მომსახურების მთლიანი ღირებულების მხოლოდ თანაგადახდით გათვალისწინებულ პროცენტის შესაბამისად. წლიური სადაზღვევო ლიმიტის ფარგლებში;

**რეპატრიაცია** - დაზღვეულის უფლებამოსილი მესამე პირი უკავშირდება მზღვეველის საინფორმაციო სამსახურს, რომელიც უზრუნველყოფს შემდგომი ქმედებების ორგანიზებას.

**ამასთან უფლებამოსილმა პირმა უნდა წარადგინოს შემდეგი დოკუმენტები:**

- სამართალდამცავი ორგანოების მიერ გაცემული ცნობა უბედური შემთხვევის შესახებ (ასეთი საჭიროების შემთხვევაში);
- დაზღვეულის პირადობის მოწმობის ასლი;
- ექსპერტთა და სხვა მოწვეულ სპეციალისტთა დასკვნები (ასეთი საჭიროების შემთხვევაში);
- სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა;
- გარდაცვალების მოწმობა და სამედიცინო ცნობა გარდაცვალების შესახებ, რომელშიც მითითებული უნდა იყოს დაზღვეულის გარდაცვალების უშუალო მიზეზი;
- უფლებამოსილი პირის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი (ასეთის საჭიროების შემთხვევაში)

■ **მზღვეველთან შეთანხმების გარეშე მიღებული მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.**

**COVID 19-თან დაკავშირებული მომსახურება** - დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) უკავშირდება მზღვეველის საინფორმაციო სამსახურს - შეტყობინება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, პოლისის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო, სავარაუდო დიაგნოზი. შეტყობინების მიღების შემდეგ, ასეთი შემთხვევის ორგანიზებას, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული რეკომენდაციებისა და ჩასატარებელი ღონისძიებების შესაბამისად, ახორციელებს თავად მზღვეველი.

**უბედური შემთხვევისას დამატებით საჭიროა** შესაბამისი სამართალდამცავი ორგანოების მიერ გაცემული შესაბამისი დოკუმენტაცია. / In case of the personal accident, additional relevant documents issued by the relevant law enforcement agencies are

**Planned Dental Services in Provider Clinics** - The Insured / Policyholder applies to the Insurer's provider dental institution to receive the service; The Insured / Policyholder in the provider dental clinic will pay only the percentage of the total cost of service received up to the aggregate limit, subject to the policy.

**Repatriation** - the authorized third party of the Insured / Policyholder contacts the Information Service Center of the insurer which ensures the organizing of further actions.

**In addition, the authorized person must submit the following documents:**

- Certificate of an accident issued by law enforcement agencies (if necessary);
- Copy of ID card of the Insured / Policyholder;
- Conclusions of experts and other invited specialists (if necessary)
- Forensic examination conclusion;
- Death certificate and medical certificate of death, which must indicate the immediate cause of death of the Insured / Policyholder;
- Identity document of the authorized person (if necessary).

■ **Service costs received without the prior consent of the insurer are not subject to reimbursement.**

**COVID 19 Related Services** - The Insured / Policyholder (or Authorized Third Party) contacts the Information Service Center of the insurer the notification includes the following information: name, surname, policy number, name of the medical institution, time of referral to the medical institution, probable diagnosis. Upon receipt of the notification, and the measures to be taken and organization of such an event shall be made by the Insurer in accordance with the recommendations of the World Health Organization and the legislation of Georgia.

**In case of the personal accident,** additional relevant documents issued by the relevant law enforcement agencies are required.

დაზღვეულის მიერ წინამდებარე ხელშეკრულებით/პირობებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიღების შემთხვევაში, მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა ხდება დაზღვეულზე, დაზღვეულის მიერ ხელშეკრულებით/პირობებით განსაზღვრული სრული დოკუმენტაციის მზღვეველისთვის წარდგენიდან 10 კალენდარული დღის განმავლობაში.

In case of receiving medical services specified by this agreement / conditions in a non-provider medical institution, the Insured / Policyholder shall be reimbursed by the insurer within 10 calendar days from the submission of the complete documentation to the insurer specified under the Agreement / conditions.