

Условия страховых покрытий, получения услуг, выплаты возмещения и типы карт

Продукт - 4 *

1. Типы карт (

Страховые покрытия, предусмотренные Договором страхования	Тип карты - А (карта предназначен только для топ-менеджмента)	
	Доля Страховщика	Лимит*
Круглосуточное телефонное обслуживание	100%	без лимита
Услуги личного врача	100%	без лимита
Скорая медицинская помощь	100%	без лимита
Госпитальные медицинские услуги	Агрегированный лимит на Госпитальные медицинские услуги: 35 416 25 000 лари	
Госпитальные услуги, обусловленные несчастным случаем	100%	25 000 лари
Ургентные госпитальные услуги	100%	
Плановые госпитальные услуги	100%	
Дневной стационар	90%	12 000 лари
Онкология	100%	
Беременность/роды	100%	2 500 лари
Амбулаторные услуги		
Неотложные амбулаторные услуги	100%	без лимита
Плановые амбулаторные услуги	90%	5 000 лари
Возмещение стоимости медикаментов	90%	4 500 лари
стоимость биологически активных добавок	90%	500 лари
Медикаменты без назначения врача	90%	50 лари
Плановые амбулаторные услуги без исключений в Тбилиси АО "_____"	50%	без лимита
Профилактика болезней		
Лабораторно-инструментальные исследования	100%	Два раза в течение инд. страхового периода
Специальное профилактическое медицинское обследование только для сотрудников	100%	Один раз в течение инд. страхового периода
Стоматологические услуги		
Неотложные стоматологические услуги	100%	без лимита
Плановые стоматологические услуги в провайдерских клиниках	100%	3 000 лари
Плановые стоматологические услуги свободный выбор клиник	50%	
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в "_____"	60%	3 000 лари
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО "_____ " (_____)	60%	3 000 лари
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО _____	60%	3 000 лари
Плановые стоматологические услуги в ООО "_____ " (_____)	50%	2 000 лари
Плановые стоматологические услуги в ООО _____	50%	2 000 лари
Одонто визиограмма, ортопантомограмма, дентальная компьютерная томография в ООО "_____ " (_____)	40%	1 000 лари
Фиксация несъемного ортодонтического аппарата (брекет-системы) в ООО _____	50%	без лимита

Ортопедические и ортодонтальные стоматологические услуги в провайдерских стоматологических клиниках	Скидка 30%
Дополнительные услуги	
Страхование жизни	6 000.00 лари
Страхование от несчастного случая	
Полная постоянная нетрудоспособность	6 000.00 лари
Туристическое страхование, лимит 50,000.00 EUR; поддержка "Europe Assistance"	60 дневный мультиполис (страховой период)
Ежемесячная страховая премия по индивидуальной карте	_____ лари
Ежемесячная страховая премия по семейной карте	√ _____ лари
Ежемесячная страховая премия по семейной карте в случае страхования двух и более членов семьи	√ _____ лари

*лимиты рассчитаны в соответствии с периодом страхования

Страховые покрытия, предусмотренные Договором страхования	Тип карты - В1		
	Доля Страховщика	Лимит*	
Круглосуточное телефонное обслуживание	100%	без лимита	
Услуги личного врача	100%	без лимита	
Скорая медицинская помощь	100%	без лимита	
Госпитальные медицинские услуги	Агрегированный лимит на Госпитальные медицинские услуги: 25 000 лари		
Госпитальные услуги, обусловленные несчастным случаем	100%	25 000 лари	
Ургентные госпитальные услуги	100%		
Плановые госпитальные услуги	100%	12 000 лари	
Дневной стационар	80%		
Онкология	100%		
Беременность/роды	100%	2 500 лари	
Амбулаторные услуги			
Неотложные амбулаторные услуги	100%	без лимита	
Плановые амбулаторные услуги	80%	5 000 лари	
Возмещение стоимости медикаментов	80%	4 500 лари	4 500 лари
стоимость биологически активных добавок	80%	500 лари	
Медикаменты без назначения врача	80%	50 лари	
Плановые амбулаторные услуги без исключений в АО "_____"	50%	без лимита	
Профилактика болезней			
Лабораторно-инструментальные исследования	100%	Два раза в течение инд. страхового периода	
Специальное профилактическое медицинское обследование только для сотрудников	100%	Один раз в течение инд. страхового периода	
Стоматологические услуги			
Неотложные стоматологические услуги	100%	без лимита	
Плановые стоматологические услуги в провайдерских клиниках	90%	3 000 лари	
Плановые стоматологические услуги свободный выбор клиник	50%		
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в "_____"	60%	3 000 лари	
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО "_____"	60%	3 000 лари	
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО _____	60%	3 000 лари	
Плановые стоматологические услуги в ООО "_____"	50%	2 000 лари	
Плановые стоматологические услуги в ООО _____	50%	2 000 лари	
Одонто визиограмма, ортопантограмма, дентальная компьютерная томография в ООО "_____ "(_____)	40%	1 000 лари	
Фиксация несъемного ортодонтического аппарата (брекет-системы) в ООО Дентал Стар	50%	без лимита	
Ортопедические и ортодонтальные стоматологические услуги в провайдерских стоматологических клиниках		Скидка 30%	
Дополнительные услуги			
Страхование жизни		6 000.00 лари	
Страхование от несчастного случая			
Полная постоянная нетрудоспособность		6 000.00 лари	
Туристическое страхование, лимит 50,000.00 EUR; поддержка "Europe Assistance"		60 дневный мультиполис (страховой период)	
Ежемесячная страховая премия по индивидуальной карте		.00 лари	

*лимиты рассчитаны в соответствии с периодом страхования

<i>Страховые покрытия, предусмотренные Договором страхования</i>	Тип карты - C1 (Карта предназначена для членов семьи сотрудника)	
	Доля Страховщика	Лимит*
Круглосуточное телефонное обслуживание	100%	без лимита
Услуги личного врача	100%	без лимита
Скорая медицинская помощь	100%	без лимита
Госпитальные медицинские услуги	Агрегированный лимит на Госпитальные медицинские услуги: 25 000 лари	
Госпитальные услуги, обусловленные несчастным случаем	100%	25 000 лари
Ургентные госпитальные услуги	100%	
Плановые госпитальные услуги	100%	12 000 лари
Дневной стационар	70%	
Онкология	100%	
Беременность/роды	100%	2 500 лари
Амбулаторные услуги		
Неотложные амбулаторные услуги	100%	без лимита
Плановые амбулаторные услуги	70%	5 000 лари
Возмещение стоимости медикаментов	70%	4 500 лари
стоимость биологически активных добавок	70%	500 лари
Медикаменты без назначения врача	70%	50 лари
Плановые амбулаторные услуги без исключений в АО "_____"	50%	без лимита
Профилактика болезней		
Лабораторно-инструментальные исследования	100%	Два раза в течение инд. страхового периода
Специальное профилактическое медицинское обследование только для сотрудников	100%	Один раз в течение инд. страхового периода
Стоматологические услуги		
Неотложные стоматологические услуги	100%	без лимита
Плановые стоматологические услуги в провайдерских клиниках	90%	3 000 лари
Плановые стоматологические услуги свободный выбор клиник	50%	
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в "_____"	60%	3 000 лари
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО "_____ " ()	60%	3 000 лари
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО "_____"	60%	3 000 лари
Плановые стоматологические услуги в ООО "_____" (_____)	50%	2 000\ лари
Плановые стоматологические услуги в ООО _____	50%	2 000\ лари
Одонтотомограмма, ортопантомограмма, денальная компьютерная томография в ООО "_____ " (_____)	40%	1 000 лари

Фиксация несъемного ортодонтического аппарата (брекет-системы) в ООО	50%	без лимита
Ортопедические и ортодонтальные стоматологические услуги в провайдерских стоматологических клиниках		Скидка 30%
Дополнительные услуги		
Страхование жизни		6 000.00 лари
Страхование от несчастного случая		
Полная постоянная нетрудоспособность		6 000.00 лари
Туристическое страхование, лимит 50,000.00 EUR; поддержка "Europe Assistance"		60 дневный мультиполис (страховой период)
Ежемесячная страховая премия в случае страхования одного члена семьи		25.00 лари
Ежемесячная страховая премия в случае страхования двух и более членов семьи		45.00 лари

*лимиты рассчитаны в соответствии с периодом страхования

<i>Страховые покрытия, предусмотренные Договором страхования</i>	Тип карты - B2		
	Доля Страховщика	Лимит*	
Круглосуточное телефонное обслуживание	100%	без лимита	
Услуги личного врача	100%	без лимита	
Скорая медицинская помощь	100%	без лимита	
Госпитальные медицинские услуги	Агрегированный лимит на Госпитальные медицинские услуги: 25 000 лари		
Госпитальные услуги, обусловленные несчастным случаем	100%	25 000 лари	
Ургентные госпитальные услуги	100%		
Плановые госпитальные услуги	100%	12 000 лари	
Дневной стационар	80%		
Онкология	100%		
Беременность/роды	100%	2 500 лари	
Амбулаторные услуги			
Неотложные амбулаторные услуги	100%	без лимита	
Плановые амбулаторные услуги	60%	5 000 лари	
Возмещение стоимости медикаментов	60%	4 500 лари	4 500 лари
стоимость биологически активных добавок	60%	500 лари	
Медикаменты без назначения врача	60%	50 лари	
Плановые амбулаторные услуги без исключений в АО "_____"	50%	без лимита	
Профилактика болезней			
Лабораторно-инструментальные исследования	100%	Два раза в течение инд. страхового периода	
Специальное профилактическое медицинское обследование только для сотрудников	100%	Один раз в течение инд. страхового периода	
Стоматологические услуги			
Неотложные стоматологические услуги	100%	без лимита	
Плановые стоматологические услуги в провайдерских клиниках	90%	3 000 лари	
Плановые стоматологические услуги свободный выбор клиник	50%		
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в "_____"	60%	3 000 лари	
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО "_____"	60%	3 000 лари	

Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО	60%	3 000 лари
Плановые стоматологические услуги в ООО "_____"	50%	2 000 лари
Плановые стоматологические услуги в ООО _____	50%	2 000 лари
Одонто визиограмма, ортопантомограмма, денальная компьютерная томография в ООО "_____ " (_____)	40%	1 000 лари
Фиксация несъемного ортодонтического аппарата (брекет-системы) в ООО Дентал Стар	50%	без лимита
Ортопедические и ортодонтальные стоматологические услуги в провайдерских стоматологических клиниках	Скидка 30%	
Дополнительные услуги		
Страхование жизни	6 000.00 лари	
Страхование от несчастного случая		
Полная постоянная нетрудоспособность	6 000.00 лари	
Туристическое страхование, лимит 50,000.00 EUR; поддержка "Eurore Assistance"	60 дневный мультиполис (страховой период)	
Ежемесячная страховая премия по индивидуальной карте	.00 лари	

<i>Страховые покрытия, предусмотренные Договором страхования</i>	Тип карты - С 2 (Карта предназначена для членов семьи сотрудника)	
	Доля Страховщика	Лимит*
Круглосуточное телефонное обслуживание	100%	без лимита
Услуги личного врача	100%	без лимита
Скорая медицинская помощь	100%	без лимита
Госпитальные медицинские услуги	Агрегированный лимит на Госпитальные медицинские услуги: 25 000 лари	
Госпитальные услуги, обусловленные несчастным случаем	100%	25 000 лари
Ургентные госпитальные услуги	100%	
Плановые госпитальные услуги	100%	12 000 лари
Дневной стационар	70%	
Онкология	100%	
Беременность/роды	100%	2 500 лари
Амбулаторные услуги		
Неотложные амбулаторные услуги	100%	без лимита
Плановые амбулаторные услуги	50%	5 000 лари
Возмещение стоимости медикаментов	50%	4 500 лари
стоимость биологически активных добавок	50%	500 лари
Медикаменты без назначения врача	50%	50 лари
Плановые амбулаторные услуги без исключений в АО "Медицинская корпорация Эвекс"	50%	без лимита
Профилактика болезней		
Лабораторно-инструментальные исследования	100%	Два раза в течение инд. страхового периода
Специальное профилактическое медицинское обследование только для сотрудников	100%	Один раз в течение инд. страхового периода
Стоматологические услуги		
Неотложные стоматологические услуги	100%	без лимита
Плановые стоматологические услуги в провайдерских клиниках	90%	3 000 лари

Плановые стоматологические услуги свободный выбор клиник	50%	
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в "_____"	60%	3 000 лари
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО "_____ "(_____)	60%	3 000 лари
Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО _____	60%	3 000 лари
Плановые стоматологические услуги в ООО "_____ "(_____)	50%	2 000\ лари
Плановые стоматологические услуги в ООО _____	50%	2 000\ лари
Одонтотомограмма, ортопантомограмма, дентальная компьютерная томография в ООО "_____ "(_____)	40%	1 000 лари
Фиксация несъемного ортодонтического аппарата (брекет-системы) в ООО _____	50%	без лимита
Ортопедические и ортодонтальные стоматологические услуги в провайдерских стоматологических клиниках		Скидка 30%
Дополнительные услуги		
Страхование жизни		6 000.00 лари
Страхование от несчастного случая		
Полная постоянная нетрудоспособность		6 000.00 лари
Туристическое страхование, лимит 50,000.00 EUR; поддержка "_____е"		60 дневный мультиполис (страховой период)
Ежемесячная страховая премия в случае страхования одного члена семьи		.00 лари
Ежемесячная страховая премия в случае страхования двух и более членов семьи		.00 лари

- 1.1 Для застрахованных **страховщик выделяет дополнительный страховой фонд** в размере 30 000 (тридцать пять тысяч четыреста шестнадцать) лари, распоряжение которым будет производиться на основании письменного взаимного согласования страховщика и страхователя. Сумма будет использована только в течении действия настоящего договора (общего страхового периода) в случае исчерпания страхового лимита или при надобности дополнения сооплаты или в случае ухудшения состояния здоровья застрахованных лиц, которые, исходя из предусмотренных настоящим Договором исключений, не подлежат возмещению.
- 1.2 При эндопротезировании и операциях, проводимых с использованием различных корректирующих медицинских приспособлений, установлены следующие подлимиты на плановые госпитальные услуги (которые, во избежание всяких сомнений, являются составной частью установленного картой лимита на плановые госпитальные услуги): 1,500.00 (одна тысяча пятьсот) лари - на стэнд; 2,000.00 (две тысячи) лари – на протез, имплантат и другие вспомогательные приспособления. В тех случаях стентирования, когда состояние здоровья пациента требует использование стента, покрытого препаратом, Страховщик обязуется возместить стоимость стента, покрытого препаратом, но не более чем 1,500.00 (одна тысяча пятьсот) лари на каждый отдельный стент. При операциях, проводимых с использованием стента, не покрытого препаратом, Страховщик обязуется возместить стоимость стента не более чем подлимита 1,500.00 (одна тысяча пятьсот) лари.
- 1.3 *Во избежание всяких сомнения, лицо считается застрахованным только по видам страховых покрытий/услуг, предусмотренных предназначенной для него/приобретенной им картой.*
- 1.4 *Расходы на лечение состояний/заболеваний, предусмотренных соответствующими лимитами/подлимитами, возмещаются только в пределах, установленных такими лимитами/подлимитами (предельная сумма, возмещаемая Страховщиком). При исчерпании одного лимита/подлимита не допускается использование лимита и/или подлимита, отведенного на другие услуги.*

2. Условия страховых покрытий, получения услуг, выплаты возмещения

- 2.1 Круглосуточный кол-центр** – предусматривает предоставление **Страховщиком** круглосуточных телефонных консультаций, информации по вопросам страхования и организацию медицинского обслуживания. Для получения любой информации по вопросам страхования и/или организации медицинского обслуживания **Застрахованное лицо** может обратиться в кол-центр **Страховщика** по номеру телефона: **995 32) -----**; уведомление кол-центра не может рассматриваться в качестве основания для отказа в выплате страхового возмещения, если удовлетворены все остальные условия **Договора страхования**, за исключением случая лечения за рубежом, когда уведомление кол-центра является обязательным.
- 2.2 Услуги личного (персонального) врача** - предусматривает возмещение расходов на услуги личного (персонального) врача. Услуги личного (персонального) врача включают: консультации личного врача; при необходимости, визит врача на дом; мониторинг состояния здоровья Застрахованного лица и открытие медицинской карты; координацию и управление страховым случаем; выдачу направления на дополнительные консультации и/или обследование; назначение лечения и согласование тактики лечения со специалистом конкретного профиля; выдачу гарантийного письма; медицинские рекомендации по ведению здорового образа жизни.
- 2.2.1 Услуги личного (персонального) врача **Застрахованный** может получить только в Тбилиси и Батуми в медицинские учреждения указанные в подпункте 3 Приложения № 5 к Договору медицинского страхования в других регионах Грузии - **в медицинских учреждениях**, указанных **Страховщиком**. Также Страховщик обеспечивает размещение персонального врача в **ООО «Батумский нефтяной терминал», с понедельника до пятницы от 09:00 и до 18:00 часов**
- 2.3 Услуги бригады скорой медицинской помощи** – предусматривает возмещение расходов на услуги, оказанные любой лицензированной бригадой скорой медицинской помощи на территории Грузии, включая транспортировку больного на территории Грузии.
- 2.3.1 **При вызове бригады скорой медицинской помощи** - **Застрахованный** (его представитель) связывается с кол-центром **Страховщика**. При необходимости оказания срочной медицинской помощи транспортировку **Застрахованного** (в Тбилиси, а также из регионов – в ближайшее медицинское учреждение соответствующего профиля) организует **Страховщик**, который также возмещает расходы **медицинскому учреждению**. В этом случае **Застрахованному лицу** достаточно предъявить карту и документ, удостоверяющий личность, после чего он освобождается от оплаты стоимости услуг.
- 2.3.2 Если **Застрахованный** сам вызывает бригаду скорой медицинской помощи, тогда он сам же оплачивает полную стоимость услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением возмещения. Для получения **страхового возмещения** **Застрахованный** обязан вместе с картой и документом, удостоверяющим личность, представить **Страховщику**:
- 2.3.2.1 запись врача бригады скорой медицинской помощи о состоянии здоровья;
- 2.3.2.2 оригинал приравненного к чеку документа, напечатанного типографским способом по форме, утвержденной Министерством финансов.
- 2.4 Профилактика болезней** – предусматривает возмещение расходов на профилактические лабораторно-инструментальные исследования:
- 2.4.1 **Лабораторно-инструментальные исследования** включают: консультации персонального врача, общий анализ крови, общий анализ мочи. ЭКГ, определение уровня глюкозы в крови, определение уровня протромбина в крови, эхокардиографию какой-либо одной системы;
- 2.4.2 Лабораторно-инструментальные исследования проводятся только в Тбилиси и Батуми в медицинские учреждения указанные в подпункте 4 Приложения № 5 к Договору медицинского страхования и на остальной территории Грузии - в **провайдерских клиниках Страховщика**.
- 2.4.3 **Специальный профилактический медицинский осмотр** только для сотрудников включают: консультацию персонального врача, аудиометрию, определение остроты зрения (консультация офтальмолога), рентгенографию легких, на основании чего персональным врачом будет выдаваться форма № IV-100/а Справка о состоянии здоровья. Также, по письменному требованию Страхователя, Страховщик организует выдачу персональным врачом рекомендации о соответствии здоровья работника трудовым обязанностям. Специальный профилактический медицинский осмотр будет проводиться в медицинских учреждениях, указанных Страховщиком
- 2.5 Госпитальные услуги** - предусматривает возмещение расходов на хирургическое и консервативное госпитальное лечение (койко-дни, лечебно-диагностические и лабораторно-инструментальные исследования, медикаменты, парентеральное и энтеральное питание). Госпитальные услуги включают:
- 2.5.1 **Неотложные госпитальные услуги** - предусматривает совокупность лечебно-диагностических мероприятий, проводимых при ухудшении состояния здоровья Застрахованного, отсрочка которых неизбежно приведет к смерти или резкому ухудшению состояния здоровья пациента;
- 2.5.2 **Плановые госпитальные услуги** - предусматривает возмещение расходов на хирургическое и консервативное госпитальное лечение, в том числе С данного лимита покрываются услуги:
- **Онкохирургия;**
 - **Интервенционная кардиология/кардиохирургия;**
 - **Дневной стационар:** включает только следующие вмешательства/манипуляции/хирургические операции:

Гинекология

Гистекроскопия (диагностика, манипуляции, операции)

Конизация

Абляция

Диагностическое выскабливание (кроме прерывания беременности)

Иссечение и дренаж бартолиновой железы

Иссечение кисты матки

Лапароскопическая сальпингэктомия

Лапароскопическая кистэктомия

Кардиоваскулярная система :

Стимуляторы

Кардиоверсия

Оториноларингология:

Аденоидэктомия

Тонзиллэктомия

Аденотонзиллэктомия

Назальная полипэктомия

Конхотомия

Септопластика

Хронический синусит - эндоскопическая операция

Миринготомия

Гайморотомия

Септопластика, дезинтеграция носовых раковин

Офтальмология:

Операция катаракты

Блефаропластика

Экцизия халазиона

Дренаж лакримальной железы

Операции по поводу энтропиона, эктропиона

Кератопластика

Лазерная/фотокоагуляция

Энуклеация /эвисцерация

Иссечение птеригиума

Пластика зрачка

Дакриоцисториностомия

Дакриоцистэктомия

Витрэктомия

Передняя витрэктомия

Пломбирование склеры

Имплантация интрастромальных роговичных колец

Сквозная кератопластика

Коррекция косоглазия

YAG-лазерная хирургия

Гастроэнтерология:

Иссечение /лигирование тромбозного геморроя

Иссечение пилонидальной кисты

Дренирование дермоидной кисты

Иссечение перианальных поражений, кондилом

Неосложненная фисурэктомия

Полипэктомия прямой кишки

Эндоскопическая папиллотомия/сфинктеротомия

Эндоскопическое лигирование варикозных вен (желудка, пищевода)

Эндоскопическая гастростомия
Эндоскопическая полипэктомия
, Эндоскопическое извлечение инородных тел

Генитоуринарный тракт:

Троакарная эпицистостомия
Циркумцизии
Обрезание уздечки
Литотрипсия

Челюстно-лицевая хирургия:

Иссечение кисты гайморовой пазухи
Иссечение кисты с прорастанием в нижнечелюстной канал
Иссечение доброкачественной опухоли мягких тканей лица
Вскрытие субпериостального абсцесса
Оперативное лечение периостита

Смешанная хирургия:

Удаление с кожи шрамов, родинок, опухолевых образований

Ампутация пальца
Дренирование кист и абсцессов мягких тканей
Стриппинг или лигация варикозных вен нижних конечностей
Иссечение лимфатических узлов
Простая обработка поверхностных ран/восстановление/извлечение инородного тела
Криотерапия

(При этом расходы на лечение возможных осложнений после вышеупомянутых вмешательств/манипуляций/хирургических операций будут возмещены за счет лимита на плановые госпитальные услуги, с учетом соплатежа, установленного картой для этого вида услуг (имеются в виду осложнения, возникшие как до выписки застрахованного из медицинского учреждения, так и после выписки). также демонтаж фиксатора с региональной или местной анестезией будут возмещены за счет лимита на плановые госпитальные услуги, с учетом соплатежа, установленного картой для этого вида услуг.

- 2.5.3 **Онкологические услуги** - предусматривает возмещение расходов на диагностику доброкачественной и злокачественной онкологической проблематики, химио и лучевой терапии, гормональной терапии, а также на исследования и медикаменты, связанные с этими процедурами. Возмещение выплачивается в пределах лимита и соплатежа по соответствующей карте.
- 2.5.4 **В случае неотложных госпитальных услуг** - Застрахованный (или его представитель) в течение 24 часов должен связаться, по своему желанию, с круглосуточным кол-центром. Сообщение должно содержать следующую информацию: имя, фамилию **Застрахованного** лица, номер карты, наименование медицинского учреждения, время помещения в стационар. После представления уполномоченным представителем **Застрахованного** полной документации, **Страховщик** в течение 1 (одного) рабочего дня выдает гарантийное письмо только в провайдерские **медицинские учреждения**, на основании которого **Застрахованный** обеспечивается необходимыми услугами в соответствующем стационаре. В этом случае **Застрахованный** платит только свою долю соплатежа (если таковая предусмотрена соответствующей картой) и полностью освобождается от уплаты оставшейся части стоимости медицинских услуг.
- 2.5.5 **Для получения плановых госпитальных услуг** – **Застрахованный** должен представить **Страховщику** медицинскую и финансовую документацию, необходимую для плановой госпитализации. Получив такую документацию, **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** в течение 2(двух) рабочих дня выдает гарантийное письмо только в **провайдерские медицинские учреждения**, на основании которого **Застрахованный** обеспечивается необходимыми услугами в соответствующем медицинском учреждении. В этом случае **Застрахованный** платит только свою долю соплатежа (если таковая предусмотрена соответствующей картой) и полностью освобождается от уплаты оставшейся части стоимости медицинских услуг.
- 2.5.6 **Для получения онкологических услуг** – **Застрахованный** должен представить **Страховщику** медицинскую и финансовую документацию, необходимую для оказания онкологических услуг, как минимум за 2(два) рабочих дня до начала лечения. Получив такую документацию, **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** выдает гарантийное письмо только в **провайдерские медицинские учреждения**. В этом случае **Застрахованный** платит только свою долю соплатежа (если таковая предусмотрена соответствующей картой) и полностью освобождается от уплаты оставшейся части стоимости медицинских услуг. **Застрахованный** может также обратиться в любое непровайдерское лицензированное **медицинское учреждение**, где он сам оплачивает полную стоимость медицинских услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением **страхового возмещения**, который в соответствии с условиями **Договора страхования** оплачивает расходы на оказанные медицинские услуги.
- 2.5.7 **В случае неотложных и плановых госпитальных услуг, а также онкологических услуг**, Застрахованный или его представитель для получения гарантийного письма **Страховщика**, вместе с **картой** и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:
- 2.5.7.1 форму № IV-100/а;
- 2.5.7.2 детальную калькуляцию стоимости медицинских услуг;
- 2.5.7.3 счет-фактуру.
- 2.5.8 **В случае неотложных и плановых госпитальных услуг**, оказываемых в непровайдерском медицинском учреждении. **Застрахованный** должен сам оплатить полную стоимость медицинских услуг и представить **Страховщику** форму № IV-100/а, детальную калькуляцию стоимости медицинских услуг, счет-фактуру, оригиналы кассового приходного ордера, выписанного получателем денежной суммы, и кассового чека, подтверждающего оплату, либо распечатку из пост-терминала, а **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** оплачивает расходы на оказанные медицинские услуги.
- 2.6 **Амбулаторные услуги** - предусматривает возмещение расходов на консультации врачей-специалистов, лабораторные и/или инструментальные исследования, и амбулаторные манипуляции .
- Амбулаторные услуги** включают:
- 2.6.1 **Плановые амбулаторные услуги** - в любом лицензированном медицинском учреждении в соответствии с условиями **Договора страхования**;
- 2.6.2 **Плановые амбулаторные услуги** в АО " _____ " (г.). В том случае, если **Застрахованный** получает плановые амбулаторные услуги в АО " _____ " (в соответствии с имеющимися в клинике ресурсами) , на него не распространяются исключения, предусмотренные подпунктами 3.1.1 - 3.1.7, 3.1.11 и 3.1.12 настоящего Приложения (возмещение выплачивается **Страховщиком** с учетом **лимита** и **соплатежа**, указанных в соответствующей **карте**).
- 2.6.3 **Неотложные амбулаторные услуги**, которыми покрываются только:
- а) травмы;
- б) гипертонический криз;

- в) гипертермия;
- г) гипотермия;
- д) термическое поражение;
- е) кровотечение;
- ж) почечная, абдоминальная и желчекаменная колика;
- з) приступ бронхиальной и кардиальной астмы;
- и) отравление (кроме наркотического);
- к) аллергическая реакция (анафилаксия, крапивница, отек Квинке);
- л) дегидратация;
- м) абсцесс (хирургическое лечение);
- н) синдром крупа и ложный круп;
- о) неотложная вакцинация (против столбняка, бешенства, ботулизма, антигюрзин) (полный курс);
- п) пароксизмальная тахикардия.

Вместе с тем, страхованием могут покрываться и другие конкретные случаи, которые не включены в вышеприведенный перечень, но, исходя из тяжести заболевания/состояния, требуют немедленного амбулаторного медицинского вмешательства. Расходы на такие случаи возмещаются за счет лимита, установленного для планового амбулаторного покрытия по соответствующей карте (если такое покрытие предусмотрено картой), с учетом процента соплатежа, установленного для этого покрытия (если возможность соплатежа предусмотрена картой). Во избежание всяких сомнений, несмотря на вышесказанное, на такие случаи распространяются условия и правила получения неотложных амбулаторных услуг как это предусмотрено пунктом 2.6.4 данного Приложения.

- 2.6.4 **В случае неотложных амбулаторных услуг - Застрахованный** (или его представитель) до или во время получения услуг должен связаться, по своему желанию, с круглосуточным кол-центром. Сообщение должно содержать следующую информацию: имя, фамилию **Застрахованного** лица, номер карты, наименование медицинского учреждения, время обращения **в медицинское учреждение**. В **провайдерской клинике Застрахованный** платит только свою долю **соплатежа** (если таковая предусмотрена соответствующей **картой**) и полностью освобождается от уплаты оставшейся части стоимости медицинских услуг. В случае обращения в непровайдерскую клинику, **Застрахованный** сам оплачивает полную стоимость медицинских услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением **страхового возмещения**. Получив необходимую документацию, **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** оплачивает расходы на оказанные медицинские услуги.
- 2.6.5 **Для получения плановых амбулаторных услуг - Застрахованный** должен связаться с круглосуточным кол-центром и/или обратиться к личному (персональному) врачу: в Тбилиси и Батуми - в медицинских учреждениях, указанных в подпункте 2.2.1. данного Приложения, в остальных регионах Грузии - в **провайдерских медицинских учреждениях**. Личный (персональный) врач идентифицирует проблему и обеспечивает **Застрахованного** всеми необходимыми исследованиями и направлениями в провайдерские/ непровайдерские медицинские учреждения. Если **Застрахованный** по направлению личного (персонального) врача получает **амбулаторные услуги** в непровайдерской клинике, или если необходимость проведения дополнительного медицинского обследования врачом-специалистом в провайдерской клинике не подтверждается направлением, выданным личным (персональным) врачом, **Застрахованный** должен сам оплатить стоимость медицинских услуг и затем обратиться к **Страховщику** за получением страхового возмещения. Получив необходимую документацию, **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** решает вопрос о возмещении расходов на оказанные медицинские услуги. Кроме того, **Застрахованный** может обратиться в любое лицензированное **медицинское учреждение**, где он сам оплачивает полную стоимость медицинских услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением страхового возмещения. Получив необходимую документацию, **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** оплачивает расходы на оказанные медицинские услуги.
- 2.6.6 **Для получения услуг, указанных в подпункте 2.6.2., в АО "_____"** - **Застрахованный** обращается к личному (персональному) врачу. Личный (персональный) врач идентифицирует проблему и обеспечивает **Застрахованного** всеми необходимыми исследованиями и направлениями. Получить такие услуги **Застрахованный** может только по направлению личного (персонального) врача. На основании направления личного (персонального) врача **Застрахованный** платит только ту долю соплатежа, которая установлена картой для данного случая. Остальную часть суммы **Страховщик** оплачивает непосредственно медицинскому учреждению. Расходы на услуги, полученные без направления личного (персонального) врача, возмещению не подлежат.
- 2.6.7 Как в случае плановых, так и неотложных амбулаторных услуг, если **Застрахованный** сам оплачивает стоимость медицинских услуг, то для получения **страхового возмещения** он вместе с **картой** и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:
- 2.6.7.1 медицинскую документацию, подтверждающую оказание соответствующих услуг (диагноз, назначения, заключения по проведенным исследованиям и другие документы, заверенные подписью и печатью уполномоченного лица);

2.6.7.2 оригиналы кассового приходного ордера, выписанного получателем денежной суммы, и кассового чека, подтверждающего оплату, либо распечатку из пос-терминала;

2.7 Возмещение стоимости лекарств (в дальнейшем – "медикаменты") – предусматривает возмещение расходов на медикаменты, назначенные любым лицензированным врачом и/или личным (персональным) для амбулаторного лечения, и выписанные в порядке, установленном законодательством Грузии.

2.7.1 Назначенные врачом медикаменты могут быть приобретены на основании направления только в аптечной сети провайдерских фармацевтических компаний.

2.7.2 В том случае, если врач назначает **Застрахованному** лицу медикаментозное лечение на продолжительный период (более 2 месяцев), **Страховщик** возмещает стоимость только того количества медикаментов, которое необходимо для двухмесячного курса лечения. Право на получение возмещения стоимости медикаментов, необходимых для дальнейшего курса лечения, или право требования гарантийного письма возникает у **Застрахованного** в случае обращения не позднее, чем за 10 дней до окончания двухмесячного курса. Соответственно, по гарантийному письму выписываются медикаменты только для двухмесячного курса лечения.

Если период страхования заканчивается и страховой случай произошел во время периода страхования по гарантийному письму выписываются медикаменты только для 1 месячного курса лечения.

2.7.3 Если **Застрахованный** приобретает медикаменты без направления, то для получения **страхового возмещения** он вместе с картой и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:

2.7.3.1 квитанцию с детальным перечислением приобретенных медикаментов;

2.7.3.2 оригинал кассового чека или распечатку из пост-терминала;

2.7.3.3 назначение специалиста с указанием диагноза.

Вместе с тем, возмещение стоимости незарегистрированных медикаментов (те препараты, у которых истек срок действия регистрации) производится только в том случае, если такие медикаменты будут приобретены в аптечной сети фармацевтических компаний – **провайдерах Страховщика**.

2.8 возмещение стоимости медикаментов, приобретенных без назначения врача, что охватывает болеутоляющие, жаропонижающие и противовоспалительные препараты. Возмещение расходов на медикаменты, приобретенные без назначения врача, будет осуществляться только в том случае, если застрахованный приобретет болеутоляющие, жаропонижающие или противовоспалительные медикаменты. При этом страховщик возмещает стоимость таких медикаментов в рамках лимита, установленного на одну выдачу, в частности в пределах суммы в размере 15 (пятнадцать) лари, согласно процентной доле, предусмотренной картой.

2.8.1 Если **Застрахованный** приобретает медикаменты без назначения врача, то для получения **страхового возмещения** он вместе с картой и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:

2.8.1.1 квитанцию с детальным перечислением приобретенных медикаментов;

2.8.1.2 оригинал кассового чека или распечатку из пост-терминала;

2.9 Беременность – предусматривает возмещение расходов на медицинские услуги по патронажу беременных (консультация врача, лабораторные и инструментальные исследования, медикаменты, связанные с беременностью, диагностирование и лечение осложнений беременности, и терминация беременности по медицинским показаниям).

2.9.1 Для получения соответствующих медицинских услуг **Застрахованный** заранее связывается с круглосуточным кол-центром, который обеспечивает получение **Застрахованным** соответствующих медицинских услуг в Тбилиси и Батуми в медицинские учреждения указанные в подпункте 3 Приложения № 5 к Договору медицинского страхования или в других лицензированных медицинских учреждениях. В случае обращения к гинекологу в **провайдерских клиниках** по направлению личного (персонального) врача, **Застрахованный** освобождается от уплаты суммы на месте, а случае обращения в непровайдерские лицензированные медицинские учреждения - оплачивает полную стоимость медицинских услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением страхового возмещения. Получив необходимую документацию, **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** оплачивает расходы на оказанные медицинские услуги

2.9.2 Если **Застрахованный** сам оплачивает стоимость медицинских услуг, то для получения **страхового возмещения** он вместе с картой и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:

2.9.2.1 медицинскую документацию, подтверждающую оказание соответствующих услуг (диагноз, назначения, заключения по проведенным исследованиям и другие документы, заверенные подписью и печатью уполномоченного лица);

2.9.2.2 оригиналы кассового приходного ордера, выписанного получателем денежной суммы, и кассового чека, подтверждающего оплату, либо распечатку из пос-терминала.

2.10 Роды – предусматривает возмещение расходов, связанных физиологическими родами, преждевременными родами и кесаревым сечением по медицинским показаниям, а также лечением родовых осложнений, за исключением атонического послеродового кровотечения и послеродового сепсиса, которые покрываются за счет лимита и соплатежа, предусмотренных для неотложных госпитальных услуг.

2.10.1 **Застрахованный** (или его уполномоченное лицо) в течение 48 (сорока восьми) часов после наступления **страхового случая** должен связаться, по своему желанию, с круглосуточным кол-центром, который организует получение **Застрахованным** соответствующих медицинских услуг в провайдерских клиниках **Страховщика** или других

лицензированных **медицинских учреждениях**, а в случае планового кесарева сечения - желательно, чтобы **Застрахованный** представил документацию **Страховщику** до проведения операции; после представления уполномоченным лицом **Застрахованного** полной документации, **Страховщик** в течение 2 (двух) рабочих дней выдает гарантийное письмо только в провайдерские медицинские учреждения, на основании которого **Застрахованный** обеспечивается необходимыми услугами в соответствующем медицинском учреждении. В этом **случае Застрахованный** освобождается от уплаты стоимости медицинских услуг.

2.10.2 В случае родов, для получения от **Страховщика** гарантийного письма **Застрахованный** (или его уполномоченный представитель) вместе со страховой картой и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:

2.10.2.1 форму № IV-100/а;

2.10.2.2 детальную калькуляцию стоимости медицинских услуг;

2.10.2.3 счет-фактуру.

2.10.3 В непровайдерском медицинском учреждении **Застрахованный** должен сам оплатить полную стоимость медицинских услуг и представить **Страховщику** форму № IV-100/а, детальную калькуляцию стоимости медицинских услуг, счет-фактуру. **Страховщик** в соответствии с условиями **Договора страхования** оплачивает расходы на оказанные медицинские услуги в порядке безналичного расчета.

2.11 Стоматологические услуги - предусматривает возмещение расходов на стоматологическое лечение или предоставление соответствующих скидок в провайдерских стоматологических клиниках **Страховщика**. Стоматологические услуги включают:

2.11.1 **Неотложные стоматологические услуги** - предусматривает возмещение расходов на первичную стоматологическую помощь (снятие острой зубной боли (анестезия), удаление (экстракция) зуба при острой зубной боли, открытие канала и рентген при остром пульпите).

2.11.1.1 **Для получения неотложных стоматологических услуг - Застрахованный** (или его представитель) должен заранее связаться, по своему желанию, с круглосуточным кол-центром, который организует получение **Застрахованным** соответствующих медицинских услуг. В случае обращения в провайдерскую клинику **Застрахованный** платит только свою долю соплатежа (если таковая предусмотрена соответствующей картой) и полностью освобождается от уплаты оставшейся части стоимости медицинских услуг, а в случае обращения в другое лицензированное медицинское учреждение - **Застрахованный** оплачивает полную стоимость услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением **страхового возмещения**.

2.11.1.2 Если **Застрахованный** сам оплачивает стоимость медицинских услуг, то для получения страхового возмещения он вместе с картой и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:

2.11.1.2.1 медицинскую документацию, подтверждающую оказание соответствующих услуг (диагноз, назначения, заключения по проведенным исследованиям и другие документы, заверенные подписью и печатью уполномоченного лица);

2.11.1.2.2 оригиналы кассового приходного ордера, выписанного получателем денежной суммы, и кассового чека, подтверждающего оплату, либо распечатку из пос-терминала.

2.11.2 **Плановые стоматологические услуги в провайдерских стоматологических клиниках и в ООО "_____ Стоматология" (_____, и/н 204954969) и в ООО _____ (и/н 204954969)** - предусматривает стоматологические консультации, диагностическую рентгенографию, пломбирование зуба, плановое стоматологическое хирургическое лечение, профессиональную чистку, лечение пародонтита, острых и одонтогенных заболеваний слизистой оболочки рта.

2.11.2.1 **Для получения плановых стоматологических услуг - Застрахованный** заранее направляет сообщение в кол-центр **Страховщика**; операторы кол-центра организуют оказание медицинских услуг в предварительно определенных **Страховщиком** провайдерских стоматологических клиниках. При обращении **Застрахованного** в непровайдерскую лицензированную стоматологическую клинику, **Застрахованный** оплачивает полную стоимость услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением страхового возмещения.

2.11.2.2 Если **Застрахованный** сам оплачивает стоимость медицинских услуг, то для получения страхового возмещения он вместе с картой и документом, удостоверяющим личность **Застрахованного**, должен представить **Страховщику**:

2.11.2.2.1 медицинскую документацию, подтверждающую оказание соответствующих услуг (диагноз, назначения, заключения по проведенным исследованиям, дэнтвизиограмма до и после получения услуг и другие документы, заверенные подписью и печатью уполномоченного лица);

2.11.2.2.2 оригиналы кассового приходного ордера, выписанного получателем денежной суммы, и кассового чека, подтверждающего оплату, либо распечатку из пос-терминала.

2.11.3 **Ортопедические стоматологические услуги и имплантация в ООО "_____ " (_____, и/н _____), в "_____ " (и/н _____) и в ООО _____ (и/н _____)** - предусматривает возмещение расходов на ортопедические стоматологические услуги и имплантацию, а также расходов на терапевтическую и хирургическую стоматологию, необходимых для подготовки ортопедических работ.

2.11.3.1 В случае **ортопедических стоматологических услуг и имплантации** - **Застрахованный** заранее направляет сообщение в кол-центр **Страховщика**; операторы кол-центра организуют получение медицинских услуг в

предварительно определенных **Страховщиком** и указанных в карте конкретных клиниках, в пределах установленного соответствующей **картой лимита и соплатежа**.

2.11.3.2 Расходы на стоматологические услуги, полученные в других клиниках (кроме ООО "_____ " и/н _____), "_____" (и/н _____)) и в ООО _____ (и/н _____), возмещению не подлежат.

2.11.4 **Скидки на ортопедию и имплантацию в провайдерских стоматологических клиниках** - предусматривает скидку 30% в **провайдерских** стоматологических клиниках.

2.12 Туристическое страхование - предусматривает страхование в соответствии с условиями полиса туристического страхования **Страховщика**. Для активации этого покрытия/получения полиса туристического страхования **Застрахованный** должен направить сообщение в АО "Страховую компанию _____", после чего, по представлению **Застрахованным** лицом своего паспорта, **Страховщик** выдает ему соответствующий полис туристического страхования.

2.13 Максимальный срок для представления документации **Страховщику** и требования **страхового возмещения** составляет 60(шестьдесят) календарных дней с момента осуществления **Застрахованным** (его представителем) соответствующих платежей. После истечения этого срока **Застрахованный** теряет право требовать от **Страховщика** выплаты **страхового возмещения** (данная оговорка распространяется также на возмещение расходов на лечение за границей).

2.14 **Страховщик** выплачивает страховое возмещение в порядке наличного расчета только в том случае, если размер такого возмещения не превышает 500 (пятьсот) лари. Страховые выплаты сверх этой суммы производятся **Страховщиком** в порядке безналичного расчета в течение 3(трех) рабочих дней после получения **Страховщиком** всех необходимых документов, предусмотренных Договором (данная оговорка распространяется также на возмещение расходов на лечение за границей).

2.15 Возмещение расходов на лечение за границей – предусматривает возмещение расходов на лечение заболеваний такими методами, применение которых на территории Грузии невозможно, или если лечение проводится за границей по желанию **Застрахованного**. При этом **страховое возмещение** выплачивается, исходя из рыночных цен, установленных лицензированными и действующими в Грузии лучшими медицинскими учреждениями на такие же/аналогичные медицинские услуги (независимо от расходов, понесенных во время лечения за границей), в пределах установленного картой лимита и соплатежа - в том случае, если такое лечение может быть проведено в Грузии. Если же проведение лечения на территории Грузии не представляется возможным, тогда возмещение выплачивается на основании представленной калькуляции, в пределах установленного **лимита и соплатежа**. Данное покрытие не распространяется на следующие виды медицинских услуг/расходов: стоматологические услуги, беременность/роды и расходы на назначенные в Грузии медикаменты и/или их аналоги, которые были приобретены за границей и/или через Интернет.

2.15.1 **Для получения лечения за границей** – Застрахованный обязан направить сообщение в круглосуточный кол-центр **Страховщика** по номеру: (995 32) _____ о том, что он направляется на лечение за границу, где он сам оплачивает полную стоимость услуг и затем обращается к **Страховщику** за получением страхового возмещения. После возвращения в Грузию **Застрахованный** в течение 30 (тридцати) календарных дней должен представить **Страховщику**:

2.15.1.1 медицинскую документацию, подтверждающую оказание соответствующих услуг (диагноз, назначения, заверенные подписью и печатью; в случае амбулаторных услуг - заключения по проведенным исследованиям и перечень манипуляций; в случае госпитальных услуг - выписку из истории болезни с указанием диагноза и оказанных медицинских услуг);

2.15.1.2 детальный перечень приобретенных медикаментов (стоимость приобретенных за границей медикаментов возмещается только в том случае, если они выписаны лечащим врачом за границей и предназначены непосредственно для курса лечения, назначенного этим врачом);

2.15.1.3 детальную калькуляцию стоимости медицинских услуг и документы, подтверждающие оплату.

Страховщик в соответствии с условиями **Договора страхования** возмещает расходы на полученные медицинские услуги. При этом им возмещается только та часть стоимости проведенных исследований или лечения, которая соответствует рыночным ценам, установленным действующими в Грузии лучшими медицинскими учреждениями - в том случае, если такое лечение может быть проведено в Грузии. Если же проведение лечения на территории Грузии не представляется возможным, тогда возмещение выплачивается на основании детальной калькуляции стоимости медицинских услуг, в пределах установленного **лимита и соплатежа**.

3. Исключения

3.1 Согласно условиям Договора страхования не покрываются/не возмещаются:

3.1.1 расходы на приобретение очков, контактных линз и слуховых аппаратов;

3.1.2 расходы, связанные с сексуальными нарушениями, импотенцией, бесплодием, репродуктологическим обследованием и лечением, контрацепцией;

3.1.3 расходы на лечение психиатрических заболеваний;

3.1.4 расходы, связанные с обследованием и лечением хронических гепатитов и их осложнений;

- 3.1.5 расходы на аборт, проведенный без медицинских показаний;
- 3.1.6 расходы на обследование и лечение, связанные с В и С гепатитами, СПИДом и их осложнениями(кроме расход на первичную диагностику (подразумевается консультация врача и простой экспресс-тест)
- 3.1.7 расходы на исследование и лечение гонореи, сифилиса, шанкроида, венерической гранулемы (донованоза), герпеса половых органов, (кроме расход на первичную диагностику, (подразумевается консультация врача и бактериология Мазки);
- 3.1.8 Расходы на лечение методами традиционной медицины, акупунктуры, доктора гомеопата, мануальной терапии, диализа,плазмафереза, бальнеотерапии, лечебного массажа, лечебной физкультуры, расходы на логопеда и расходы, связанные с реабилитационным и санитарно-курортным лечением, расходы с целью коррекции веса;
- 3.1.9 расходы на лечение, проведенное с косметической целью (включая стоматологию);
- 3.1.10 расходы на консультации и лечение в медицинских учреждениях, не соответствующих требованиям, установленным действующим законодательством Грузии или/и не имеющим соответствующую лицензию, и у частных лиц, не имеющих право осуществления медицинской деятельности, расходы на самолечение;
- 3.1.11 стоимость биологически активных добавок (кроме предусмотренных картой);
- 3.1.12 расходы на лечение повреждений, полученных при осуществлении противозаконных действий, предусмотренных Уголовным кодексом, или нанесение себе повреждений, кроме случаев, которые имеют место при действиях, совершенных для спасения чужой жизни или в пределах необходимой самообороны;
- 3.1.13 расходы связанные с наркоманией, алкоголизмом и токсикоманией; расходы на лечение заболеваний, вызванных дорожно-транспортным происшествием, произошедшим вследствие управления транспортным средством под воздействием алкоголя, наркотических, токсических или психотропных веществ;
- 3.1.14 расходы на лечение повреждений, полученных в результате участия в гражданской войне, военных действиях, антигосударственных выступлениях, вооруженном противостоянии, террористических актах;
- 3.1.15 расходы на лечение повреждения, полученного при радиационном облучении;
- 3.1.16 расходы, связанные с происшествиями во время участия в любых видах профессионального спорта;
- 3.1.17 возмещение расходов на лечение врожденных и генетических заболеваний и дефектов; (но при этом возмещаются расходы на первичную диагностику (подразумевается консультация врача), неотложные амбулаторные услуги, а также на плановые и неотложные хирургические вмешательства);
- 3.1.18 возмещение расходов на экзопротезирование и трансплантацию;

Примечание: В том случае, если финансирование медицинских услуг предусмотрено какой-либо государственной/реферальной программой(ами) (кроме государственных программ, определенных Постановлением № 36 Правительства Грузии от 21 февраля 2013 года "О некоторых мероприятиях, проводимых с целью перехода на всеобщее здравоохранение", во время которого Застрахованный может по собственному усмотрению решить, пользоваться вышеупомянутым Постановлением или обратиться к Страховщику за получением страхового возмещения), Страховщик обязуется покрывать/возмещать только те суммы, которые подлежат уплате Застрахованным лицом по принципу соплатежа в рамках такой программы, в соответствии с условиями **Договора страхования**. Вместе с тем, если **Застрахованный** получает медицинские услуги в медицинском учреждении, в котором не действует соответствующая государственная программа, **Страховщик** полностью возмещает стоимость оказанных ему медицинских услуг, согласно условиям.