



თიბისი დაზღვევა

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

სამომგაურო დაზღვევის პირობები  
საქართველოში მოგზაურთათვის

#TRI/001/22

TRAVEL INSURANCE POLICY WORDING  
FOR TRAVELLERS IN GEORGIA

#TRI/001/22

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПУТЕШЕСТВИЯ  
ДЛЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ В ГРУЗИИ

#TRI/001/22

شروط تأمين السفر

لمسافرين الى جورجيا

TRI\001\22#

## 1. ბარონთა 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 პერიოდი არ უნდა აღემატებოდეს 180 დღეს;

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

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

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

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

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

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

**მოცდის პერიოდი** - პერიოდი, რომლის განმავლობაშიც დამდგარი სადაზღვევო ხელშეკრულებით დაფარული შემთხვევების მკურნალობის/რეჰაბრირაციის 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. სადაზღვევო დაფარვა

სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი ითვალისწინებს დაზღვეულის (უცხო ქვეყნის მოქალაქის) საქართველოს ტერიტორიაზე დროებით ყოფნისა და მოგზაურობისას სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში გაუთვალისწინებელ/გადაუდებელ ავადმყოფობასთან ან უბედურ შემთხვევასთან დაკავშირებული სამედიცინო და/ან რეპატრიაციის ხარჯების ანაზღაურებას განსაზღვრული ლიმიტის/ქველიმიტის ფარგლებში. 65 წელზე მეტი ასაკის პირებისათვის ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ უბედური შემთხვევით გამოწვეული სამედიცინო - სტაციონარული და ამბულატორული მკურნალობის ან უბედური შემთხვევით გამოწვეული გარდაცვალებისას რეპატრიაციის ხარჯები.

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

### 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 2 505 222 ან +995 32 2 42 22 22.**
- 3.2. იმ შემთხვევაში, თუ ასისტანსთან დაუყოვნებლივ დაკავშირება შეუძლებელია საპატიო მიზეზის გამო, სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ შეტყობინება უნდა განხორციელდეს 24 საათის განმავლობაში და აუცილებლად სამედიცინო მომსახურების მიღების დასრულებამდე. ყველა შეტყობინება, რომელიც განხორციელდება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 24 საათის გასვლის შემდეგ, არ დაექვემდებარება ანაზღაურებას წინამდებარე პირობების მიხედვით, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა, როდესაც არსებობს ამ ვადის გადაცილების დასაბუთებული, საპატიო მიზეზი.
- 3.3. **COVID 19 თან დაკავშირებული მომსახურების მისაღებად** დაზღვეული, ან დაინტერესებული პირი, ვალდებულია SARS-CoV-2-ზე ტესტირების დადებითი პასუხის შესახებ დაუყოვნებლივ აცნობოს ცხელ ხაზს. შეტყობინება მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი, გვარი, პოლისის ნომერი, დადებითი ტესტის პასუხის თარიღი. შეტყობინების გარეშე მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 3.4. მას შემდეგ, რაც მოხდება ასისტანსის მიერ დაზღვეულის იდენტიფიცირება (პოლისის ნომრის, პასპორტის ნომრის, სახელისა და გვარის მიწოდებით და ინფორმაციით საზღვრის გადაკვეთის შესახებ, რაც დასტურდება საერთაშორისო პასპორტში შესაბამისი აღნიშვნით), დაზღვეული მიიღებს მითითებებს იმ სამედიცინო პროვაიდერების შესახებ, რომელთაც შეუძლია მიმართოს მომსახურების მიღების მიზნით.
- 3.5. დაზღვეულის მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება მოხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ პროვაიდერ დაწესებულებასთან პოლისში მითითებული სადაზღვევო ლიმიტისა და ფრანშიზის ოდენობის გათვალისწინებით. დაზღვეული/დამზღვევი ვალდებულია თავად გადაიხადოს ფრანშიზით გათვალისწინებული თანხა.
- 3.6. მზღვეველის მიერ პროვაიდერი დაწესებულებისათვის მომსახურების ღირებულების ანაზღაურების საფუძველია, პროვაიდერი დაწესებულების მიერ მზღვეველისათვის მიწოდებული შემდეგი დოკუმენტაცია: სამედიცინო დოკუმენტაცია (მათ შორის, საჭიროების შემთხვევაში დაზღვეულის ავადმყოფობის ისტორია), სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეული მომსახურების ჩამონათვალი, ანგარიშფაქტურა, დაზღვეულის პასპორტისა და სადაზღვევო პოლისის ასლები, დამატებით უბედური შემთხვევისას - შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული ცნობა.
- 3.7. სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში მომხდარი და ამ პერიოდის განმავლობაში მიმდინარე სადაზღვევო შემთხვევისას მზღვეველი უფლებას იტოვებს დაზღვეულთან/დაზღვეულის უფლებამოსილ პირთან შეთანხმებით მოახდინოს დაზღვეულის ევაკუაცია/რეპატრიაცია შესაბამის ქვეყანაში.
- 3.8. იმ შემთხვევაში, თუ მზღვეველის სამედიცინო ექსპერტთა ჯგუფი, მკურნალ ექიმთან კონსულტაციის საფუძველზე, შესაძლოდ ჩათვლის დაზღვეულის რეპატრიაციას და შესთავაზებს დაზღვეულს/დაზღვეულის უფლებამოსილ პირს, მაგრამ დაზღვეული/დაზღვეულის უფლებამოსილი პირი უარს იტყვის დაზღვეულის ტრანსპორტირებაზე და არ წარმოადგენს მოტივირებულ სამედიცინო დასკვნას, რომლითაც დადასტურდება, რომ მისი ევაკუაცია საფრთხეს აყენებს მის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას, მზღვეველი იხსნის ყოველგვარ პასუხისმგებლობას დაზღვეულის ჰოსპიტალიზაციისა და რეპატრიაციის ხარჯების ანაზღაურებაზე.
- 3.9. მზღვეველი 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.
- 3.10. მზღვეველი ანაზღაურებს მხოლოდ საქართველოში გაწეულ სამედიცინო დახმარების ხარჯებს, სხვა ქვეყანაში დაბრუნების შემდეგ გაწეული სამედიცინო ხარჯები არ ანაზღაურდება.

- 3 11. იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას ასისტანსისთვის შეტყობინების განხორციელების გარეშე და თავად გადაიხდის მომსახურების საფასურს, მზღვეველი იტოვებს უფლებას, უარი განაცხადოს სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე.
- 3 12. იმ შემთხვევაში, თუ აღმოჩნდება, რომ დაზღვეულმა პაციენტადები 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 13. აღნიშნული ვადის გადაცილების შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაცივება, გარდა იმ გამონაკლისი შემთხვევებისა, როდესაც ვადაგადაცილება ობიექტური მიზეზებითაა განპირობებული, რაც უნდა დასტურდებოდეს სათანადო მტკიცებულებებით.
- 3 14. მზღვეველის მოთხოვნისას, დაზღვეული ვალდებულია ნებისმიერი მესამე პირისაგან გამოითხოვოს და მზღვეველს წარუდგინოს დამატებითი ინფორმაცია/დოკუმენტაცია სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ.

#### 4. გამონაკლისები

სამოგზაურო დაზღვევის პირობები არ ითვალისწინებს შემდეგი სახის მომსახურებების ხარჯების დაფარვას:

- 4 1. მზღვეველის თანხმობის გარეშე გაწეული მომსახურების ხარჯები;
- 4 2. ქრონიკული ან/და მოგზაურობამდე არსებულ დაავადებებთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინომომსახურება;
- 4 3. დაზღვევის ძალაში შესვლამდე დამდგარი შემთხვევები; ასევე თანდაყოლილი, გენეტიკური დაავადებების, პათოლოგიების, დეფექტების და მათი გართულებების გამოკვლევასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება;
- 4 4. სამედიცინო მკურნალობის და კონსულტაციის ხარჯები, თუ ეს წარმოადგენს მოგზაურობის მიზანს;
- 4 5. იმ დაავადების ხარჯები, რომელიც ხელს არ უშლის დაზღვეულს მოგზაურობის გაგრძელებაში და არსაჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო ჩარევას;
- 4 6. სადაზღვევო შემთხვევებს, როდესაც დაზღვეული ვერ ახერხებს შემთხვევის ვალიდურობის დამტკიცებას; იმ შემთხვევაში, როდესაც დაზღვევის პირობებში მითითებული გამონაკლისების მიხედვით არ ხდება მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება, ასევე არ მოხდება რეპატრიაციის ხარჯების დაფარვა;
- 4 7. რეპატრიაციის ხარჯები, რომელიც მოჰყვა Covid-19 ინფიცირების შედეგად გარდაცვალებას;
- 4 8. არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საქმიანობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის ხარჯები;
- 4 9. ფსიქოთერაპიასთან, ფსიქიურ, ფსიქოსომატურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ხარჯი;
- 4 10. ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი გამოკვლევა და ხარჯი; კონტრაცეფციის, უნაყოფობის კვლევა და მკურნალობა;
- 4 11. ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული, ალკოჰოლური ნივთიერებების ან ექიმის დანიშნულების გარეშე მიღებული წამლების მოხმარების შედეგად პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულ დაზიანებებთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 12. შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ბე და ცე ჰეპატიტის გამოკვლევები და მკურნალობა;
- 4 13. სათვალის, ლინზების, კონტაქტური ლინზების და სმენის აპარატის შერჩევასა და შექენასთან დაკავშირებული ხარჯები;

- 4 14. სარეაბილიტაციო მკურნალობა, სამედიცინო მასაჟი, ფიზიოთერაპია, ლაზეროთერაპია და კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობის ხარჯები;
- 4 15. პროთეზირების, იმპლანტაციის და ტრანსპლანტაციის ხარჯები;
- 4 16. ნებისმიერი სახის აცრასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 17. კარდიოქირურგიული და კარდიონევაზიური მკურნალობის ხარჯები;
- 4 18. ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურება;
- 4 19. შემთხვევებს, რომლებიც დაკავშირებულია დაზღვეულის პროფესიულ ან/და სამოყვარულო სპორტში მონაწილეობასთან, ალპინიზმსა და კლდეზე ცოცვასთან, დელტაპლანითა და პარაშუტით ხტომასთან, წყალქვეშ ყვინთვასთან, ცხენით ან კვადროციკლით გადაადგილებასთან ან სხვა აქტივობასთან, რომელიც შეიცავს დაშავების მომატებულ რისკს;
- 4 20. კანონსაწინააღმდეგო ქმედებისას, თვითდაშავებით, თვითმკვლელობით ან მათი მცდელობისას მიღებული დაზიანებებით გამოწვეული ხარჯები;
- 4 21. შემთხვევებს, რომლებიც გამოწვეულია დაზღვეულის მიერ არააუცილებელ ხიფათში თავის ჩაგდებით;
- 4 22. საჰაერო ან სარკინიგზო კატასტროფით გამოწვეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- 4 23. ომით (მათ შორის, სამოქალაქო), ნებისმიერი სახის შეიარაღებული საბრძოლო მოქმედებით, ტერორისტული აქტებით ან აჯანყებითა და დემონსტრაციებით განპირობებული ჯანმრთელობის დაზიანება; ასევე შეიარაღებული ძალების მანევრებსა და საწვრთნელ მესადინეობებში მონაწილეობისას მიღებული დაშავებით გამოწვეული მკურნალობის ხარჯები;
- 4 24. რადიოაქტიური წყაროს ზემოქმედებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 4 25. იზოლაციის/კარანტინის, მათ შორის კოვიდ-სასტუმროში განთავსების ხარჯები, ასევე სავალდებულო SARS-CoV-2-ზე ტესტირების სტანდარტული სქემა მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.
- 4 26. პანდემიებით, ეპიდემიებით (გარდა COVID-19-სა), გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ყველა სახის დაზიანებასთან დაკავშირებული ხარჯები.
- 4 27. ექსკლუზიური მომსახურებები: არასტანდარტული/ზესტანდარტული სამედიცინო მომსახურება, არასტანდარტული პალატა, აყვანილი ექიმი;
- 4 28. მომსახურებები, რომელიც არ არის ტერმინთა განმარტებებში და სადაზღვევო დაფარვებში;
- 4 29. სხვა პროგრამით/დაზღვევით დაფინანსებული მომსახურების ღირებულება;

## 5. სხვა მნიშვნელოვანი პირობები

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

სამედიცინო პერსონალი, კლინიკა, ჰოსპიტალი ან სხვა მსგავს დაწესებულება, სახელმწიფო ორგანო, სატრანსპორტო სამსახური, ნებისმიერი ფიზიკური თუ იურიდიულ პირი) გამოითხოვოს და მიიღოს დაზღვეულის შესახებ საჭირო ინფორმაცია, მათ შორის პერსონალური ინფორმაცია/განსაკუთრებული კატეგორიის პერსონალური ინფორმაცია, დაზღვეულის საზღვრის კვლასთან დაკავშირებული მონაცემები. შესაბამისად, ყველა ზემოთჩამოთვლილ პირს დაზღვეული ანიჭებს უფლებამოსილებას სს თიბისი დაზღვევის მოთხოვნის საფუძველზე მიაწოდოს მას სრულად მოთხოვნილი (ზემოთჩამოთვლილი) მონაცემები/განსაკუთრებული კატეგორიის მონაცემები/დოკუმენტაცია.

- 5.9 დაზღვეულის მიერ მზღვეველისათვის წარმოსადგენი ყველა სახის საბუთი უნდა იყოს წარმოდგენილი: ქართულ, ინგლისურ ან რუსულ ენებზე;
- 5.10 დაზღვეული არ შეიძლება იყოს საქართველოს მოქალაქე ან/და ბინადრობის უფლების მქონე პირი;
- 5.11 წინამდებარე სადაზღვევო პირობების ქართულ, ინგლისურ და რუსულ ტექსტებს შორის შეუსაბამობის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება დაზღვევის პირობების ქართულ ვერსიას.
- 5.12 მხარეთა მიერ ერთმანეთისათვის ნებისმიერი ფორმით (ზეპირი ან წერილობითი) მიწოდებული ყველა ინფორმაცია ითვლება კონფიდენციალურად და არ შეიძლება მისი მესამე პირისათვის გადაცემა მეორე მხარის წინასწარი თანხმობის გარეშე, გარდა საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობითა და წინამდებარე პირობებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა;
- 5.13 დამზღვევი/დაზღვეული ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას, განხორციელებული დაზღვევის ფარგლებში მიღებული პერსონალური მონაცემები, მათ შორის განსაკუთრებული კატეგორიის მონაცემები დაამუშაოს: ა) სადაზღვევო მომსახურების გაწევის მიზნით, ბ) დამზღვევის მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შეუსრულებლობის შემთხვევაში, მზღვეველის ინტერესების დაცვის მიზნით და გ) ზარალის დარეგულირების მიზნებისათვის, ნებისმიერი კერძო თუ საჯარო დაწესებულებიდან, მათ შორის სს „თიბისი დაზღვევის“ მონათესავე/აფილირებული/საერთო კონტროლს დაქვემდებარებული კომპანიისაგან გამოითხოვოს დამზღვევის/დაზღვეულის პერსონალური ინფორმაცია ან/და სხვა საჭირო დოკუმენტაცია, ასევე, აღნიშნული მონაცემები განათავსოს მის მფლობელობაში/სარგებლობაში არსებულ სერვერებზე, როგორც ქვეყნის შიგნით, ისე მის ფარგლებს გარეთ;
- 5.14 დამზღვევი/დაზღვეული ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას, მისთვის მიწოდებული პერსონალური ინფორმაცია დაამუშაოს, ასევე, პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის - ახალი სადაზღვევო პროდუქტებისა და მომსახურების შესათავაზებლად. მონაცემთა სუბიექტს უფლება აქვს ნებისმიერ დროს მოსთხოვოს მზღვეველს მის შესახებ მონაცემთა პირდაპირი მარკეტინგის მიზნებისათვის გამოყენების შეწყვეტა იმავე ფორმით, რა ფორმითაც ხორციელდება პირდაპირი მარკეტინგი - მზღვეველისათვის წერილობითი ან სატელეკომუნიკაციო საშუალებებით მიმართვის გზით.
- 5.15 დამზღვევი/დაზღვეული ანიჭებს მზღვეველს უფლებამოსილებას, სადაზღვევო ურთიერთობების შესახებ ინფორმაცია (მოქმედების ვადა, სტატუსი, სადაზღვევო პრემია და სხვა) დაამუშაოს, მათ შორის, ხელმისაწვდომი გახადოს მისი აგენტ(ებ)ისათვის/პარტნიორი ორგანიზაციებისათვის, ვისაც ამგვარ ინფორმაციაზე წვდომა ესაჭიროება საკუთარი უფლება-მოვალეობებისა და მზღვეველის სახელშეკრულებო თუ საკანონმდებლო ვალდებულებების შესრულებისთვის.

## 6. სადაზღვევო პოლისის მოქმედების დასრულება და შეწყვეტა

- 6.1 სადაზღვევო პოლისის მოქმედება დასრულებულად ჩითვლება 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 დამზღვევეს 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** – Individual or Legal entity, who according to the present terms, enters into the insurance agreement with the insurer;

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

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

**Insurance period** – period indicated in the policy during which the insurance is in force; the insurance period is limited to 180 days;

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

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

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

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

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

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

**Waiting period** – period starting from insurance period first date when covered event (medical/repatriation expenses incurred) occurred is not subject to reimbursement. Under the present contract expenses occurred during the first 24 hours from the start date of Insurance Period are not reimbursable.

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

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

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

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

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

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

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

**Medical treatment related to COVID-19** – in case COVID-19 is confirmed, expenses related to out-patient and in-patient treatment in Georgia, according to guidelines approved in Georgia.

**COVID-19 tested positive/COVID-19/disease** - SARS-CoV-2 infection tested positive by PCR method in Georgia during insurance period and after exhaustion of waiting period.

## 2. INSURANCE COVERAGE

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

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

SERVICE	LIMITS/SUB LIMIT	DEDUCTIBLE
Assistance Consultation	No limitation	0
Ambulance (Emergency Medical Care)	No limitation	0
Emergency Outpatient Care due to ailment not related to COVID-19/personal accident	2,000 EURO	50 EURO
Emergency Hospital Treatment due to ailment not related to COVID-19/personal accident	700 EURO per day	100 EURO
Emergency Dental Treatment	500 EURO	25 EURO
Repatriation	10,000 EURO	0
Medical Treatment related to COVID-19:	10,000 EURO	0
Due to minor and moderate condition	80 EURO per day	
Due to severe condition	200 EURO per day	
Total Limit	50,000 EURO	

## 3. INSURANCE INDEMNIFICATION

- 3 1. **In case of insured event the Insured/Policyholder or his/her eligible representative shall notify the Insurer Assistance Service about the event occurrence immediately but not later than 24 hours at the following phone number +995 32 2 505 222 or +995 32 2 42 22 22.**
- 3 2. In case Assistance can not be reached immediately by the Insured due to reasonable excuse, notification about the insurance event should be made within 24 hours from the occurrence and before the completion of all the medical procedures. All the notifications made after 24 hours from the occurrence of insurance event, will not be indemnified by the Insurer according to the terms of present agreement, except for cases when there are objective reasons for the delay, which should be proved with the corresponding and appropriate evidences.

- 3 3. To receive COVID-19 related treatment, the insured is obliged to inform the Assistance immediately upon positive SARS-CoV-2 test result and present the following information: Insured's name, surname, policy number, date of positive test result. Medical expenses incurred without notification shall not be reimbursed.
- 3 4. After insured's identification by Assistance (via policy number, Passport ID, name and surname, information about the crossing of the border, which is proved with the appropriate indication in the international passport), the Insured will receive information about the medical service providers, to whom he/she should apply for receiving medical service.
- 3 5. The costs of medical services provided to the insured person, will be reimbursed by the Insurer directly to the provider institution only within the insurance limit and above the deductible indicated in the policy. The Insured should pay the sum of deductible.
- 3 6. The Insurer will indemnify the expenses of provided services to the provider institution on the base of the following documentation provided by provider: medical documentation (including, in case of need, the medical history), list of services rendered by provider, invoice, along with copies of Insured's passport and insurance policy, in addition, in case of accident – the official reference of accident.
- 3 7. While managing the insured event, occurred during insurance period, the Insurer reserves the right to evacuate/repatriate the Insured to the appropriate country upon agreement with the Insured/an authorized person of Insured.
- 3 8. In case the medical expert group of the Insurer on the base of a physician advice, considers possible the repatriation of Insured and offers the Insured/an authorized person of Insured, but the Insured/an authorized person of Insured refuses repatriation and does not provide motivated medical conclusion verifying that evacuation of the insured endangers his/her life or health, the Insurer reserves right to immediately cancel the contract signed with Policyholder/Insured and exempts liability to indemnify medical, hospitalization and repatriation expenses of Insured.
- 3 9. The Insurer shall indemnify only for reasonable and customary charges. Reasonable and customary charges shall be deemed to refer to a charge for medical care that does not exceed the general level of charges in the locality for a similar disease or injury.
- 3 10. The Insurer shall indemnify only medical expenses incurred in Georgia, medical expenses incurred outside Georgia after return to the appropriate country shall not be indemnified.
- 3 11. In case when the Insured contacts any medical institution independently and notifies International Assistance already after obtaining of all services, the Insurer reserves right to refuse issuing the indemnification.
- 3 12. If it will be discovered that notification was not made to Assistance in the above defined terms due to the reasonable excuse, the insured should immediately, but not later than 48 hours, provide the Insurer with following medical and financial documentation (in the original form): medical documentation, list of services rendered by provider, invoice, check confirming the payment of the mentioned service fees by the insured, along with Insured's passport and insurance policy, in addition, in case of accident – the official reference of accident.
- 3 13. In case of expiration of the above-mentioned period, the reimbursement of costs will not occur, except for cases when there are objective reasons for the delay, which should be proved with the corresponding and appropriate evidences.
- 3 14. Upon Insurer's request, 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 expenses arising from:

- 4 1. All expenses made without obtaining the approval of Insurer;
- 4 2. Chronic or pre-existing diseases,
- 4 3. Conditions occurred before the insurance came into force; Congenital and genetic diseases, pathologies, defects and their complications;
- 4 4. A trip undertaken for the purpose of receiving medical treatments or advice;
- 4 5. Diseases which do not require emergency medical assistance and which do not prevent insured from continuing the journey;
- 4 6. Failure of the insured person to provide appropriate explanation of the cause of the claim; In all cases, when the treatment expenses are not indemnified according to the exclusions indicated in the policy wording, the repatriation expenses would not be covered also;
- 4 7. repatriation expenses occurred due to death caused by COVID-19;
- 4 8. Consultations and treatment at non-licensed medical institutions and by non-certified private persons;
- 4 9. Mental or behavioral disorders, psychotherapy;
- 4 10. Pregnancy, delivery and any of their complications; Sterility examination and treatment, contraception;
- 4 11. Costs for treatment of aggravation of health condition that is directly or indirectly caused by or constitutes the consequence of being under the influence alcoholic, narcotic and/or toxic substances; Also, injuries caused by drugs not prescribed by a registered qualified medical practitioner;
- 4 12. Examination and treatment of AIDS, sexually transmitted diseases, B and C hepatitis;
- 4 13. Purchasing eye glasses, contact lenses and hearing aids;
- 4 14. Rehabilitation, medical massage, physiotherapy, laser therapy and treatment for cosmetic purposes;
- 4 15. Prosthesis, implantation and transplantation;
- 4 16. Vaccination or immunization;
- 4 17. Cardio-surgery and cardio-invasive treatment;
- 4 18. Oncologic diseases;
- 4 19. Events related to the participation of insured in professional and/or amateur sport, alpinism and rock-climbing, hang-gliding and parachute jumping, diving, horse riding or all-terrain vehicle driving or other sports which include increased degree of risk of injury;
- 4 20. Commitment of any criminal act as well as the consequences of acts of suicide or attempt of suicide;
- 4 21. Events occurring due to insured's unnecessarily running the risk of danger;
- 4 22. Events occurring from transport catastrophe -air and train crash;
- 4 23. Accident occurring during a civil war or war with foreign country, acts of terrorism, riots and demonstrations; Also, the insured's participation in any maneuvers or training exercises of the armed forces;
- 4 24. Injuries caused by a source of radioactivity;
- 4 25. Isolation/quarantine expenses, including COVID-hotel expenses, and obligatory SARS-CoV-2 standard tests shall not be covered;
- 4 26. Damages caused by pandemic, epidemic (except for COVID-19), pollution and natural disasters.
- 4 27. Expenses related to exclusive services: non-standard/above-the-standard services, non-standard board / hospital room, specially chosen physician;
- 4 28. Services not listed in the Insurance Coverage and Definitions;
- 4 29. Expenses covered by any other program/insurance.

## 5. OTHER IMPORTANT CONDITIONS

- 5.1 The insurance is performed according to the Georgian legislation and the present terms and conditions;
- 5.2 The present insurance is in force only in Georgia and for the insured events occurred during insurance period after expiration of waiting period;
- 5.3 It is required, that the Insured should not be in Georgia when buying the insurance policy, or should purchase the insurance policy during the first 24 hours after entering the territory of Georgia, otherwise the insured event will not be indemnified;
- 5.4 The insurance premium is paid in one installment upon the issuance of the policy;
- 5.5 Insurance policy enters in force upon expiry of the Waiting Period, provided insurance premium is paid in full; Insurance period shall not be less in duration than the duration of stay in Georgia.
- 5.6 The Insurer is entitled to verify correctness of insurance event and costs;
- 5.7 In case the Insurer considers necessary, the Insured is obliged to allow physician-expert indicated by the Insurer to examine the Insured and be acquainted with his/her case history;
- 5.8 The Policyholder/Insured under this Agreement / Policy gives the Insurer the power, for the purposes of settlement of the insurance case, to request information from third parties (any medical staff, clinic, hospital or other similar institution, government agency, transport service, any individual or legal entity) personal information / special category of personal information of the Insured, data related to the border crossing of the insured. Accordingly, the Insured grants all the above-mentioned persons the authority to provide the Insurer with the fully requested (above-mentioned) data / special category data / documentation upon the request of JSC TBC Insurance.
- 5.9 All the documents required by the Insurer should be presented only in Georgian, English or Russian languages;
- 5.10 The Insurance is not applicable to Georgian citizens and/or permanent residents;
- 5.11 In case of irrelevance between Georgian, English and Russian texts of present terms and conditions, the Georgian version shall prevail;
- 5.12 Any information, both oral or written, transferred between the parties is considered confidential and shall not be transferred to the third parties without prior written concern of the parties unless otherwise provided by the present agreement or according to the acting Georgian legislation;
- 5.13 The Policyholder/ Insured authorizes the Insurer to process the personal data, including special category data obtained within the insurance for the purposes to: a) provide the insurance services, b) protect insurers rights in case insured fails to fulfill obligations undertaken; and c) manage loss settlement process, including request personal information of the insured / insured and / or other necessary documents from the institution, including the affiliated / affiliated / jointly controlled company of JSC TBC Insurance and to deposit any such personal data on servers under its ownership in Georgia or abroad;
- 5.14 The The Policyholder/ Insured authorizes the Insurer ocess the obtained personal data for the purposes of direct marketing - offering new insurance products and services. Data subject may apply the insurer any time requesting the termination of such processing the same way the direct marketing is done.
- 5.15 The Policyholder/ Insured authorizes the Insurer to process information about the insurance relationship (validity, status, insurance premium, etc.), including making it available to its agent (s) / partner organizations who need access to such information through their rights and obligations. For fulfillment of contractual or legislative obligations.

## **6. TERMINATION AND CANCELLATION OF THE INSURANCE POLICY**

- 6.1 The insurance policy terminates in the following cases: expiration of the term of validity or depletion of limit of liability indicated in the insurance policy;
- 6.2 In case of cancellation of the travel insurance policy before the commencement of the insurance period indicated in the policy, the Policyholder shall be reimbursed the total insurance premium minus 10%, which shall be the penalty for termination of the policy.
- 6.3 After the commencement of insurance period in case of cancellation of insurance policy, the Insurer will not reimburse the payed insurance premium to the insured;
- 6.4 In case of cancellation of insurance policy before the commencement of insurance period, the insurer should be notified in written 5 (five) calendar days earlier before such cancellation.

## **7. DISPUTE SETTLEMENT**

- 7.1. Any disputes and differences, arising between parties in respect of the present Insurance Policy Wording will be settled based on mutual agreement. In case the parties fail to reach the agreement, disputes shall be solved by the Courts of Georgia according to the current Georgian legislation.
- 7.2. In case of discrepancies between the foreign language and Georgian versions of the insurance conditions, the Georgian version shall prevail.

## 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Страховщик** - АО «ТБС Страхование»;

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

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

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

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

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

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

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

**Несчастный случай** - телесное повреждение застрахованного 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 медицинскими расходами/расходами на репатриацию не подлежит возмещению. В рамках настоящего договора период ожидания составляет первые 24 часа с момента начала Страхового Периода.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Подтвержденный COVID-19** - SARS-CoV-2 инфекция, подтвержденная лабораторным методом ПЦР на территории Грузии во время действия страхового покрытия.

## 2. СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ

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

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

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



### 3. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

- 3 1. **При наступлении страхового случая, застрахованный/страхователь или уполномоченное лицо обязан немедленно, но не позднее 24 часов, сообщить «ассистансу» страховщика по следующему номеру: +995 32 2 505 222 или +995 32 2 42 22 22.**
- 3 2. В случае, если немедленная связь с ассистансом невозможна по уважительным причинам, сообщение о страховом случае должно быть осуществлено в течение 24 часов и обязательно до завершения получения медицинских услуг. Все сообщения, осуществленные после истечения 24 часов, не подлежат возмещению по настоящим условиям, кроме исключительных случаев, когда имеют место подтвержденные уважительные причины просрочки этого срока.
- 3 3. При получении положительного ответа на SARS-CoV-2 застрахованный/страхователь или уполномоченное лицо обязан немедленно, сообщить «Ассистансу» страховщика по следующему номеру: +995 32 2 505 222 или +995 32 2 42 22 22 следующую информацию: имя, фамилия застрахованного, номер полиса, дата теста. Медицинские услуги, полученные без оповещения «Ассистанса» не подлежат возмещению.
- 3 4. После того, как застрахованный будет идентифицирован ассистантом (подачей номера полиса, номера паспорта, имени и фамилии и информацией о пересечении границы, что подтверждается соответственной отметкой в международном паспорте), застрахованный получит указания о тех медицинских провайдерах, к которым могут обратиться с целью получения услуг.
- 3 5. Возмещение стоимости медицинских услуг, полученных застрахованным, происходит страховщиком прямо учреждению-провайдеру с учетом страхового лимита и франшизы. Застрахованный/страхователь обязан сам заплатить сумму, предусмотренную франшизой.
- 3 6. Страховщик возмещает расходы на предоставляемые услуги учреждению-провайдеру на основании следующей документации: медицинская документация (в том числе, в случае необходимости, история болезни застрахованного), перечень услуг, оказанных медицинским учреждением, счет-фактура, копии паспорта и страхового полиса застрахованного, дополнительно при несчастном случае – справка, выданная соответственным компетентным органом.
- 3 7. При страховом случае, происшедшем в течение страхового периода и происходящего в течение этого периода, страховщик оставляет за собой право, по соглашению с застрахованным/уполномоченным лицом застрахованного, совершить эвакуацию/репатриацию застрахованного в соответствующую страну.
- 3 8. В том случае, если группа медицинских экспертов страховщика, на основании консультации с лечащим врачом, сочтет возможным репатриацию застрахованного и предложит застрахованному/уполномоченному лицу застрахованного, но застрахованный/уполномоченное лицо застрахованного откажется от транспортировки застрахованного и не предъявит мотивированное медицинское заключение, по которому подтверждается, что его эвакуация создает опасность для его жизни или здоровья, страховщик снимает с себя всякую ответственность за госпитализацию и возмещение расходов на репатриацию.
- 3 9. Страховщик возмещает только разумные и обычные медицинские расходы. Разумные и обычные медицинские расходы означают местные стандартные платежи и другие платежи, которые установлены за лечение случаев подобного рода и остроты.
- 3 10. Страховщик возместит только расходы на медицинскую помощь, оказанную в Грузии, расходы на медицинскую помощь, оказанную после возвращения в соответствующую страну, не подлежат возмещению.

- 3 11. В случае, если застрахованный обратится в медицинское учреждение без оповещения ассистента и сам оплатит стоимость услуг, страховщик оставляет за собой право отказаться от выдачи страхового возмещения.
- 3 12. В случае, если окажется, что застрахованный, по уважительным причинам не смог осуществить оповещение ассистанса в установленные сроки, он, с целью получения возмещения, должен не позднее 48 часов, предъявить страховщику оригиналы следующих документов: медицинская документация, перечень услуг, оказанных медицинским учреждением, счет-фактура, чек оплаты застрахованным указанных услуг, международный паспорт и оригинал страхового полиса, дополнительно, при несчастном случае – справка, выданная соответственным компетентным органом.
- 3 13. В случае просрочки указанного срока, страховое возмещение не выдается, кроме тех исключительных случаев, когда просрочка обусловлена объективными причинами, что должно быть подтверждено соответствующими доказательствами.
- 3 14. По требованию страховщика, застрахованный обязан запросить у любого третьего лица и предоставить Страховщику дополнительную информацию / документацию о страховом случае.

#### 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

Условия страхования путешествия не предусматривают покрытие расходов на следующие услуги:

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

- 4 17. Расходы на кардиохирургическое и кардиоинвазивное лечение;
- 4 18. Расходы на медицинские услуги, связанные с онкологическими заболеваниями;
- 4 19. Случаи, которые связаны с участием застрахованного в профессиональном и/или любительском спорте, альпинизме и скалолазании, прыжках с парашютом или дельтапланом, подводным нырянии, перемещением на коне или квадроцикле или другими активностями, которые связаны с повышенным риском повреждения здоровья;
- 4 20. Расходы, вызванные повреждением при противозаконном действии, самоповреждением, попыткой самоубийства;
- 4 21. Случаи, которые вызваны необязательным риском застрахованного;
- 4 22. Расходы на медицинские услуги, вызванные воздушной или железнодорожной катастрофой;
- 4 23. Повреждение здоровья, вызванное войной (в том числе гражданской), любыми вооруженными военными действиями, террористическими актами или восстанием и демонстрациями; также, участием в маневрах и тренировочных занятиях вооруженных сил;
- 4 24. Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными воздействием радиоактивного источника;
- 4 25. Расходы, связанные с изоляцией, карантином в том числе расходы связанные с пребыванием в ковид-гостинице, обязательным тестированием на SARS-CoV-2
- 4 26. Расходы, связанные с любыми повреждениями, вызванными пандемией, эпидемией (кроме COVID-19), загрязнением среды или стихийным бедствием.
- 4 27. Расходы, связанные с эксклюзивными услугами – палата повышенной комфортности, нестандартная палата, гонорар приглашенного врача
- 4 28. Расходы на медицинские услуги, не перечисленные в списке страховых покрытий
- 4 29. 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 в силе только в Грузии и при страховом случае, наступившем в страховом периоде;
- 5.3 Обязательным условием является нахождение застрахованного лица вне пределов Грузии или приобретение полиса в первые 24 часа по приезду в Грузию, , в противном случае, страховой случай не будет возмещен;
- 5.4 Премия полиса путешествия оплачивается полностью сразу при выдаче полиса;
- 5.5 Полис вступает в силу после пересечения границы Грузии и по истечении Периода Ожидания, с условием, что премия, определенная полисом, оплачена полностью; вместе с этим страховой период не должен быть короче срока пребывания застрахованного лица в Грузии
- 5.6 Страховщик уполномочен перепроверить верность страхового случая и расходов;
- 5.7 В случае, если страховщик сочтет нужным, Застрахованный обязан разрешить указанному Страховщиком врачу-эксперту осмотреть Застрахованного и ознакомиться с историей его болезни;
- 5.8 Страхователь/Застрахованный в соответствии с настоящим Соглашением / полисом дает Страховщику право для целей урегулирования страхового случая запрашивать информацию у третьих лиц (любого медицинского персонала, клиники, больницы или другого аналогичного учреждения, государственного учреждения, транспортной службы, любого лица или юридического лица) персональные данные / особая категория персональных данных Застрахованного, данные, связанные с пересечением границы

Застрахованным. Соответственно, Застрахованный предоставляет всем вышеперечисленным лицам полномочия по предоставлению Страховщику полностью запрошенных (упомянутых выше) данных / данных специальной категории / документации по запросу АО «ТБС Страхование»

- 5.9 Все документы, предъявляемые застрахованным страховщику, должны быть предъявлены на грузинском, английском или русском языках;
- 5.10 Застрахованный не может быть гражданином или постоянно проживать в Грузии;
- 5.11 Заключая настоящий договор, застрахованный предоставляет страховщику право получить, а третьим лицам (врачам, медицинским учреждениям и т.д.) предоставить информацию о страховом случае
- 5.12 В случае несоответствия между грузинским, английским и русскими текстами настоящих страховых условий, преимущество присуждается грузинской версии страховых условий;
- 5.13 Вся информация, предоставленная сторонами друг другу в любой форме (устной или письменной) считается конфиденциальной и нельзя передавать ее третьему лицу без предварительного согласия другой стороны, кроме случаев, предусмотренных законодательством Грузии и настоящими условиями;
- 5.14 Страхователь / Застрахованный уполномочивает Страховщика, обработать персональные данные, включая данные специальной категории, полученные в пределах страхования: а) с целью оказания страховых услуг; б) с целью защиты интересов страховщика в случае невыполнения страхователем взятых обязательств и в) в целях урегулирования ущерба, в том числе, Запросить личную информацию о застрахованном / застрахованном и / или другие необходимые документы у связанной / аффилированной / совместно контролируемой компании АО «Ти Би Си Страхование». Также, разместить указанные данные на принадлежащих ему/существующих в его пользовании серверах, как внутри страны, так и за ее пределами;
- 5.15 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 такой же форме, какой осуществляется прямой маркетинг – путем письменного обращения или обращения телекоммуникационными средствами к страховщику.
- 5.16 Страхователь / Застрахованный уполномочивает Страховщика обрабатывать информацию о страховых отношениях (срок действия, статус, страховой взнос и т. Д.), В том числе предоставлять ее своим агентам / партнерским организациям, которым необходим доступ к такой информации через свои права и обязательств для выполнения договорных или законодательных обязательств.

## **6. ЗАВЕРШЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА**

- 6.1 Действие страхового полиса считается завершенным в случае истечения 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 штрафом 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 В случае досрочного прекращения полиса, страховщику должно быть сообщено за 5 (пять) календарных дней до прекращения.

## **7. УРЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗНОГЛАСИЙ МЕЖДУ СТОРОНАМИ**

- 7.1. Любые споры и разногласия между сторонами, возникшие в связи с настоящими условиями страхования, решаются путем переговоров. В случае невозможности решения вопроса путем переговоров, спор рассматривается и решается в порядке, установленном законодательством Грузии, путем обращения в суд общей юрисдикции Грузии.
- 7.2. В случае расхождения между версией условий страхования на иностранном языке и на грузинском языке, версия на грузинском языке имеет преимущественную силу.

## 1. تفسير المصطلحات

**المؤمّن** - شركة مساهمة "تأمين تي بي سي".

**حامل عقد التأمين** - الكيان الفردي أو القانوني الذي قد إبرم اتفاقية التأمين مع المؤمّن على اساس الشروط الحالية.

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

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

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

**قسط التأمين** - قيمة التأمين التي يجب على حامل عقد التأمين ان يدفع للمؤمّن بقدرة وبحكم المحدد في وثيقة التأمين.

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

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

**وقوع الحادث** - الاصابة التي تلحق بجسم المؤمّن له نتيجة عن حادث خارجي (ميكانيكي وحراري وكيميائي) خارجي.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. تغطية التأمين

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

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

### 3. تعويض التأمين

**3.1 في حالة وقوع حدث يلتزم المؤمن له / حامل عقد التأمين أو الوكيل بإخطار "مساعدة" مؤمن التأمين على الرقم التالي +995322505222 أو +995322422222 فوراً ولكن في موعد لا يتجاوز 24 ساعة.**

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

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

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

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

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

**3.7** في حالة وقوع حادث المؤمن له خلال فترة التأمين ومستمر خلال هذه الفترة يحق للمؤمن في إجراء العودة إلى الوطن بعد الوفاة للمؤمن له / وكيله إلى الدولة ذات الصلة بالاتفاق.

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

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

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

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

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

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

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

#### 4. استثناءات

لا تغطي شروط تأمين السفر تكاليف الأنواع التالية من الخدمات:

**4.1** نفقات الخدمات المقدمة دون موافقة المؤمن؛

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**4.13** النفقات المتعلقة باختيار وشراء النظارات والعدسات والاصقة والمعينات السمعية؛

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

**4.15** نفقات الأطراف الصناعية والانغراس والازدراع؛

**4.16** النفقات المتعلقة بأي نوع من التطعيم؛

**4.17** تكاليف العلاج الجراحي للقلب والتوسعي للقلب؛

**4.18** الخدمات الطبية المتعلقة بأمراض الأورام؛

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

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

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

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



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

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

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

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

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

**4.28** الخدمات غير المنصوصة في تفسيرات المصطلحات والتغطية التأمينية؛

**4.29** تكلفة الخدمات الممولة من برنامج / تأمين آخر؛

## 5. شروط مهمة أخرى

**5.1** يتم التأمين وفقًا لتشريعات جورجيا وهذه الشروط.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **6. إنتهاء صلاحية وإلغاء وثيقة التأمين**

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

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

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

**6.4** في حالة الإلغاء المبكر لوثيقة التأمين يجب إخطار المؤمن كتابيًا قبل 5 (خمسة) أيام تقويمية من الإلغاء.

## **7. تسوية النزاعات بين الاطراف**

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

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