

Информационный лист

Информационный лист представляет собой общую, неисчерпывающую информацию об условиях страхования и не должен рассматриваться как неотъемлемая часть договора страхования или его условий. Ознакомление с информационным листом, а также с пояснениями страховщика, содержащимися в нем, не влечет за собой юридических последствий и не создает никаких прав или обязанностей между сторонами. Правовые отношения между застрахованным лицом и страховщиком регулируются исключительно соответствующим договором страхования и его условиями.

Страховая компания:	АО «Страховая компания «Юнисон»»
Идентификационный код:	404393152
Юридический/фактический адрес:	Тбилиси, ул. Д. Гамрекели №19
Телефон:	+995 32 2 991 991
Электронная почта:	unison@unison.ge
Тип и описание договора страхования:	Медицинское страхование
Страхование предоставляется от следующих рисков:	Описание застрахованного риска и условий страхового покрытия см. в статье 5 Условий медицинского страхования.
Дополнительные виды страхового покрытия:	Дополнительные виды страхового покрытия (в виде туристического страхования), если таковые имеются, должны быть указаны в страховом полисе.
Условия, размер и порядок осуществления потребителем любых дополнительных финансовых расходов помимо страховой премии.	Информация о штрафных санкциях/наказаниях, возникающих в связи с расторжением договора, содержится в статье 13 условий медицинского страхования.

Франшиза	Данная страховка не предусматривает франшизу.
Полный список исключений из страхового покрытия.	Полный перечень см. в пункте 9 Условий медицинского страхования. На лиц, впервые застрахованных, а также на лиц, с момента окончания последнего непрерывного периода страхования которых прошел 1 (один) месяц или более, в отношении экстренной госпитальной и амбулаторной медицинской помощи распространяется период ожидания продолжительностью 15 (пятнадцать) дней. На лиц, впервые застрахованных, а также на лиц, с момента окончания последнего непрерывного периода страхования которых прошел 1 (один) месяц или более, в отношении плановой/срочной отсроченной госпитальной медицинской помощи распространяется период ожидания продолжительностью 12 (двенадцать) месяцев. На лиц, впервые застрахованных, а также на лиц, с момента окончания последнего непрерывного периода страхования которых прошел 1 (один) месяц или более, в отношении услуг кардиологии/кардиохирургии распространяется период ожидания продолжительностью 24 (двадцать четыре) месяца для пакетов «Старт» и «Классик», а для пакетов «Эдванс», «Премиум» и «UNIQUE» — 12 (двенадцать) месяцев. На лиц, впервые застрахованных, а также на лиц, с момента окончания последнего непрерывного периода страхования которых прошел 1 (один) месяц или более, в отношении онкологических услуг распространяется период ожидания продолжительностью 12 (двенадцать) месяцев. На лиц, впервые застрахованных по любому пакету, а также на лиц, с момента окончания последнего непрерывного периода страхования которых прошел 1 (один) месяц или более, в отношении плановой медицинской помощи в дневном стационаре/стационаре одного койко-дня распространяется период ожидания продолжительностью 12 (двенадцать) месяцев, а в отношении экстренной медицинской помощи в дневном стационаре/стационаре одного койко-дня — 15 (пятнадцать) дней. На лиц, впервые застрахованных по любому пакету, а также на лиц, с момента окончания последнего непрерывного периода страхования которых прошел 1 (один) месяц или более, в отношении плановых высокотехнологичных

	исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, PET-CT) распространяется период ожидания продолжительностью 9 (девять) месяцев. На лиц, впервые застрахованных по любому пакету, а также на лиц, с момента окончания последнего непрерывного периода страхования которых прошел 1 (один) месяц или более, в отношении услуг, связанных с беременностью и родами, распространяется период ожидания продолжительностью 24 (двадцать четыре) месяца.
Форма и сроки уведомления страховщика в случае наступления страхового случая, подачи заявления о страховом случае, урегулирования страхового случая и выплаты страхового возмещения:	См. статью 8 Условий медицинского страхования. Застрахованное лицо обязано в течение 30 (тридцати) календарных дней предоставить страховщику удостоверение личности и документы на возмещение расходов, в которых должно быть указано направление к врачу-специалисту в связи с необходимостью получения конкретных медицинских услуг, диагноз, вид и стоимость услуги, а также документ(ы), подтверждающий(ие) оплату стоимости услуги.