

Условия медицинского страхования

№	Имя	Условия медицинского страхования
1	Стороны договора	Страховщик: АО «Страховая компания «Унисон» (регистрационный номер 404393152); Страхователь: физическое лицо, заключившее настоящий договор страхования со Страховщиком в своих интересах или в интересах третьих лиц и обязанное уплачивать страховую премию;
2	Предмет договора	Предметом настоящего договора является обязательство Страховщика, в обмен на уплату страховой премии Страхователем, возместить ущерб, причиненный страховым случаем, в порядке и размере, предусмотренных настоящими условиями и страховым полисом.
3	Определение терминов	3.1. «Застрахованное лицо» — физическое лицо в возрасте от 1 года до 65 лет включительно, в отношении которого осуществляется страхование; 3.2. «Член семьи» — супруг(а), ребенок/пасынок (падчерица). Родственные отношения должны быть подтверждены документами, предусмотренными законодательством Грузии. 3.3. «Семейный пакет» — минимальное количество членов семьи в рамках пакета (супруг(а) — в возрасте до 65 лет включительно, дети — в возрасте до 18 лет включительно) составляет 3 (три). Для всех членов семьи выбирается один пакет, срок действия которого начинается с одной даты, а размер страховой премии определяется количеством членов семьи и согласованной скидкой, при наличии таковой. 3.4. «Возрастное ограничение» — страхованию подлежат физические лица в возрасте до 65 лет. В рамках семейного страхования: супруги — в возрасте до 65 лет, дети/пасынки (падчерицы) — в возрасте от 1 года до 18 лет; 3.5. Иностранец — лицо, не являющееся гражданином Грузии, и лицо без гражданства, имеющее статус в Грузии; 3.6. Лицо без гражданства – лицо, которое ни одно государство не считает своим гражданином в соответствии со своим законодательством; 3.7. Электронная карта/страховой полис – карта, размещенная на официальном сайте страховщика www.unison.ge в личном кабинете пользователя – («Мой аккаунт»), является подтверждением страхования, осуществляемого на основании договора. Электронная карта предусматривает конкретный лимит услуг, процент софинансирования страховщика, покрытие, доплаты и т. д. Лицо считается застрахованным только в соответствии с условиями страхования, определенными в соответствии с пакетом, предназначенным для него/нее; 3.8. «Медицинское учреждение» – учреждение, действующее на территории Грузии, которому предоставлено право осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с требованиями законодательства Грузии;

- 3.9. «Страховой случай»** – событие, указанное в настоящем Соглашении, при наступлении которого Страховщик обязан выплатить страховое возмещение;
- 3.10. «Несчастный случай»** —внезапное, непредвиденное и неожиданное событие, вызванное воздействием очевидных внешних сил, не зависящих от воли Застрахованного лица, результатом которого является смерть Застрахованного лица либо временное или постоянное ограничение его трудоспособности;
- 3.11. Общий (полный) страховой период**— период времени, в течение которого действует страхование, предусмотренное настоящим Договором;
- 3.12. «Индивидуальный страховой период»** — период времени, в течение которого страховое покрытие действует в отношении конкретного Застрахованного лица;
- 3.13. «Лимит»** — максимальная сумма ответственности страховщика, которая определяется в электронной карте в соответствии с полным страховым периодом и подлежит пропорциональному уменьшению в соответствии с индивидуальным страховым периодом.
- 3.14. «Сублимит»** — часть лимита, определяющая максимальную сумму компенсации за конкретную услугу;
- 3.15. «Зона страхового покрытия»** — географическая зона действия страхования. Данное страхование действует только на территории Грузии, за исключением оккупированных территорий.
- 3.16. «Поставщик услуг»** — медицинское учреждение, находящееся в договорных отношениях со страховщиком, которое предоставляет застрахованному лицу медицинские услуги, указанные в договоре, по медицинским показаниям, перечень которых является предметом индивидуального соглашения и прилагается к настоящему договору в качестве приложения.
- 3.17. «Медицинское показание»** — состояние здоровья, требующее медицинского вмешательства (лечения или исследования), назначенного лицензированным врачом в соответствии с установленной медицинской практикой в стране и мире, на основании руководящих принципов/протоколов;
- 3.18. «Полная (суммарная) страховая премия»** — общая стоимость страхования за полный страховой период, подлежащая уплате Страхователем в соответствии со страховым пакетом, выбранным Страхователем/Застрахованным лицом.
- 3.19. «Индивидуальная заработанная премия»** — рассчитывается на определенную дату в рамках общего страхового периода как сумма пропорциональной премии за период времени, прошедший с начала индивидуального страхового периода конкретного застрахованного лица до указанной даты;
- 3.20. «Индивидуальная незаработанная премия»** — рассчитывается на определенную дату в рамках общего страхового периода как сумма премии, пропорциональная оставшемуся до истечения индивидуального страхового периода конкретного застрахованного лица периоду времени;
- 3.21. Общая заработанная премия** — сумма индивидуальных заработанных премий, начисленных на определенную дату в рамках общего страхового периода.
- 3.22. Общая незаработанная премия** — сумма индивидуальных незаработанных премий, начисленных на определенную дату в рамках общего страхового периода.
- 3.23. Период ожидания** – период, исчисляемый с начала страхового периода, в течение которого Страховщиком не возмещаются Застрахованному лицу расходы на

		какие-либо услуги либо расходы на конкретные услуги в соответствии с условиями Договора. Вместе с тем, несмотря на условия, предусмотренные пунктами 3.18, 3.19 и 3.21, при расчете страховой премии, подлежащей уплате Страхователем/Застрахованным лицом Страховщику, а также при неукоснительном соблюдении и учете условий, предусмотренных другими положениями настоящего Договора, в случае досрочного прекращения действия страхования расчет страховой премии, подлежащей возврату Страховщиком Страхователю/Застрахованному лицу, осуществляется следующим образом: в отношении Страхователя — исходя из соответствующего общего страхового периода, а в отношении Застрахованного лица (Застрахованных лиц) — исходя из соответствующего индивидуального страхового периода, путем деления общей страховой премии, установленной Страховщиком и согласованной Сторонами, на количество месяцев, предусмотренных общим и/или индивидуальным страховым периодом.. 3.24. Основания для определения размера страховой премии: - Основными основаниями для определения страховой премии, предусмотренными настоящими Условиями, являются: - Структура страхового пакета; - Количество заявленных (застрахованных) лиц; - Цены на медицинские услуги; - Государственные нормативные акты Грузии; - Продолжительность страхового периода; - Курс национальной валюты (по данным Национального банка Грузии); - Индекс потребительских цен в сфере здравоохранения, публикуемый Национальным статистическим бюро Грузии; - Коэффициент убыточности (понесенные убытки за период по сравнению с премией, начисленной за соответствующий период); 3.25. «Сооплата» - часть стоимости медицинских услуг, подлежащая оплате застрахованным лицом, которая не возмещается страховщиком; 3.26. «Отчетный месяц» - месяц, отсчитываемый каждый месяц в течение действия Соглашения, по дате подписания настоящего Соглашения. 3.27. «День отчетности» — последний календарный день отчетного месяца. 3.28. «Двойное страхование» — если застрахованное лицо в этом виде страхования является выгодоприобретателем другой, одной или нескольких страховых компаний, то убыток компенсируется солидарно между страховщиками, в котором АО «Страховая компания «Унисон» будет участвовать пропорционально объему своей ответственности, при условии, что общая сумма страхового возмещения не превысит фактический ущерб.
4	Предмет страхования	Медицинское страхование
5	Страховое покрытие	5.1. Услуги личного/семейного врача — предусматривают консультацию Застрахованных лиц личным/семейным врачом по месту его приема, ведение медицинской анкеты каждого Застрахованного лица и мониторинг состояния его

здоровья, а при необходимости — выдачу медицинских назначений и направлений на плановые амбулаторные услуги, а также оформление листка нетрудоспособности при наличии медицинских показаний;

Примечание: Местонахождение семейного врача и амбулаторное медицинское учреждение-провайдер выбираются при приобретении страхового полиса. Изменение выбранного местонахождения допускается только один раз в течение страхового периода и не ранее чем по истечении 1 (одного) месяца с даты начала страхового периода.

5.2. Профилактика заболеваний – включает следующие консультации и осмотры в профилактических целях/при отсутствии жалоб на заболевания, на основании направления семейного врача, по месту нахождения семейного врача:

- Консультация одного (любого) узкого специалиста;
- Общий анализ крови;
- Полный анализ мочи;
- Определение уровня глюкозы в крови;
- Определение креатинина в крови;
- Ультразвуковое исследование одной (любой) системы;
- Электрокардиограмма;
- Определение протромбина в крови;
- Тиреотропный гормон (ТТГ)

Примечание: Профилактические услуги не включают исследования, используемые для мониторинга и лечения уже диагностированных хронических заболеваний.

5.3. Экстренная медицинская помощь - включает оказание первой помощи на месте службой экстренной медицинской помощи, оценку состояния здоровья и, при необходимости, транспортировку в медицинское учреждение.

5.4. Госпитальное обслуживание в связи с несчастным случаем - включает медицинские мероприятия в случае ухудшения состояния здоровья в результате воздействия внешних факторов (физических, механических, термических, химических), отсрочка которых более чем на 24 часа приводит к инвалидности или летальному исходу для застрахованного лица.

5.5. Экстренная госпитальная помощь

5.5.1. Экстренная (критическая) госпитальная помощь - госпитальная помощь, направленная на спасение жизни с одновременной реанимацией. Вмешательство начинается в течение нескольких минут после принятия решения.

5.5.2. Экстренная/немедленная госпитализация — госпитализация, предоставляемая при остром и/или клинически ухудшенном, угрожающем жизни состоянии, когда медицинское обслуживание начинается не позднее первых 24 часов после наступления страхового случая.

Примечание: На лиц, застрахованных впервые, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на услуги экстренной госпитализации продолжительностью 15 (пятнадцать) дней.

5.6. Плановая/срочная госпитализация с задержкой

5.6.1. Срочная госпитализация с задержкой — планируется в течение нескольких дней после наступления страхового случая.

	5.6.2. Плановая госпитализация — планируется в удобное для пациента, врача и/или медицинского учреждения время. 5.6.3. На лиц, застрахованных впервые, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на услуги плановой/срочной госпитализации продолжительностью 12 (двенадцать) месяцев. 5.7. Кардиология/кардиохирургия — включает плановые и экстренные стационарные услуги, в том числе интервенционную кардиологию и кардиохирургию. 5.7.1. На лиц, застрахованных впервые, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на услуги по кардиологии/кардиохирургии: по пакетам «Старт» и «Классик» — 24 (двадцать четыре) месяца, а по пакетам «Эдванс», «Премиум» и «UNIQUE» — 12 (двенадцать) месяцев. 5.8. «Онкология» — предусматривает возмещение расходов на диагностику, терапевтическое, химио- и лучевое лечение, предоперационные обследования и хирургическое лечение как доброкачественных, так и злокачественных онкологических заболеваний; покрывает как амбулаторные, так и стационарные услуги, а возмещение стоимости лекарств производится из онкологического лимита с соответствующей доплатой. Примечание: На лиц, впервые застрахованных по любому из пакетов, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на онкологические услуги продолжительностью 12 (двенадцать) месяцев. 5.9. Услуги дневного стационара/дневного стационара на одну койку - включают экстренные и плановые услуги дневного стационара (услуги дневного стационара - услуги, предоставляемые в медицинском учреждении с соответствующей лицензией, так что застрахованное лицо занимает койку) и услуги дневного стационара на одну койку (услуги дневного стационара на одну койку - услуги, предоставляемые в медицинском учреждении с соответствующей лицензией, так что пребывание застрахованного лица на койке по медицинским показаниям не превышает 1 койко-день) (лечебно-хирургическое лечение; медицинские манипуляции; пребывание в стандартной палате, диагностические исследования и лекарства, необходимые для лечения в стационаре). А также их осложнения (то есть осложнения, которые развиваются до выписки застрахованного лица из медицинского учреждения и после выписки), за исключением экстренных (критических) услуг дневного стационара/дневного стационара на одну койку. Случаи, указанные в положительном перечне услуг (стоимость манипуляций/вмешательств/хирургического лечения указанных заболеваний/состояний), будут возмещены страховщиком, если они соответствуют исключениям, предусмотренным настоящим соглашением. Примечание: На лиц, впервые застрахованных по любому из пакетов, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на плановые
--	---

услуги дневного стационара/стационара продолжительностью в один койко-день — 12 (двенадцать) месяцев, а на экстренные услуги дневного стационара/стационара продолжительностью в один койко-день — 15 (пятнадцать) дней.

5.9.1. Положительный перечень услуг дневного стационара/стационара продолжительностью в один койко-день включает:

- **Гинекология:** полипэктомия; миомэктомия/лапароскопическая миомэктомия; операции на шейке матки; лечебная гистероскопия/гистерорезектоскопия; конизация; абляция; иссечение и дренирование бартолиновой железы; иссечение кисты влагалища; лапароскопическая сальпингэктомия; лапароскопическая цистэктомия; удаление кисты яичника/лапароскопическая цистэктомия; любые вмешательства/манипуляции, связанные с эндометриозом; овариэктомия;
- **Сердечно-сосудистая система:** кардиоверсия; абляция; стентирование; операции/манипуляции на венах;
- **Оториноларингология:** аденотомия; тонзиллэктомия; полипэктомия носа; резекция носовой перегородки; дезинтеграция носовых раковин; конхотомия; эндоскопическое хирургическое лечение хронического синусита; миринготомия; гайморотомия; септопластика;
- **Гастроэнтерология:** иссечение/лигирование тромбированных геморроидальных узлов; неосложненная фиссурэктомия; полипэктомия прямой кишки; эндоскопическая папиллотомия/сфинктеротомия; эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен (желудка, пищевода); эндоскопическая гастростомия; эндоскопическая полипэктомия; иссечение и дренирование парапроктита; лапароцентез; лапароскопическая холецистэктомия; лапароскопическая аппендэктомия; лапароскопическая герниопластика; иссечение пилонидальной кисты; эндоскопическое удаление инородных тел;
- **Офтальмология;**
- **Мочеполовая система:** литотрипсия; операции/манипуляции при гидроцеле; орхиэктомия; орхиопексия; эпидидимэктомия; эндоскопическое удаление камней; цистолитотомия; перкутанная лапаксия; катетеризация уретры и/или мочевого пузыря; стентирование; лазерная и оптическая уретротомия; троакарная эпицистостомия (за исключением экстренных случаев); обрезание; рассечение связок.
- **Маммология:** резекция молочной железы; иссечение фиброаденомы; иссечение кисты;
- **Челюстно-лицевая хирургия:** иссечение кисты верхнечелюстной пазухи; иссечение кисты нижнечелюстного канала; удаление доброкачественной опухоли мягких тканей лица; поднадкостничный абсцесс; хирургическое лечение периостита; эндоскопическое хирургическое лечение опухоли голосовых связок;
- **Ортопедия, травматология:** удаление фиксатора под регионарной или местной анестезией; лапароскопическая артропластика, менискэктомия;
- **Общая хирургия:** иссечение рубцов, родинок, опухолевых образований кожи; ампутация пальцев (за исключением травматических случаев); дренирование кист и абсцессов мягких тканей; удаление лимфатических узлов; криотерапия; катетерная абляция; торакоцентез; дренирование желчевыводящих путей с мониторингом

реанимационных мероприятий; операции/манипуляции, связанные с абсцессами кожи, флегмонами, фурункулами и карбункулами.

5.10. Экстренная амбулаторная помощь предусматривает возмещение необходимых медицинских расходов, связанных с ухудшением состояния здоровья застрахованного лица, отсрочка которого более чем на 24 часа приведет к смерти, инвалидности или значительному ухудшению состояния здоровья застрахованного лица и потребует пребывания застрахованного лица в клинике менее 24 часов. Экстренные амбулаторные случаи определяются соответствующим **положительным списком**.

5.10.1. Положительный список экстренных амбулаторных услуг в случае оказания экстренной амбулаторной помощи включает:

- «Травмы» — консультация травматолога, рентгенологическое исследование, иммобилизация, репозиция, фиксация, блокады;
- «Рана» — консультация специалиста, хирургическое лечение и наложение швов на рану. Лекарственные препараты, вакцинация против бешенства и столбняка;
- «Кровотечение» — консультация врача, тампонада, коагулянт; коагуляция;
- «Нарушения сердечного ритма» — консультация, электрокардиограмма, стабилизация ритма;
- «Гипертонический криз» - консультация, электрокардиограмма, стабилизация артериального давления;
- Аллергия, анафилактические состояния и склонность к развитию отека гортани - консультация, противоаллергическое лечение;
- Острый бронхит/острый обструктивный ларингит/эпиглоттит - консультация, купирование бронхоспазма;
- Почечная, абдоминальная и желчная колика - консультация, общий анализ крови, полный анализ мочи, ультразвуковое исследование одной системы органов, внутривенное введение, обезболивание;
- «Задержка мочи» - консультация, катетеризация, внутривенное введение, полный анализ мочи;
- Неуточненная боль и головная боль в груди и животе - консультация, обезболивание и блокада;
- Интоксикация - консультация, промывание желудка, детоксикация/инфузионная терапия, лабораторные исследования;
- Гипертермия в детском возрасте- консультация врача, жаропонижающее лечение;
- Инородное тело в верхних дыхательных путях, ухе, слуховом канале, пищеварительной системе - консультация врача, удаление инородного тела.
- Стоимость вакцинации против бешенства, столбняка, ботулизма и укусов рептилий. Кроме того, при оказании экстренной амбулаторной помощи возмещаются только расходы на первый визит и вакцинацию, последующие визиты возмещаются в соответствии с доплатой и лимитом плановой амбулаторной помощи.

Примечание: На лиц, впервые застрахованных по любому из пакетов, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на амбулаторные услуги продолжительностью 15 (пятнадцать) дней.

5.11. **Плановая амбулаторная помощь:** включает получение амбулаторной медицинской помощи, которая не требует экстренного вмешательства и пребывания Застрахованного лица в медицинском учреждении более 24 часов.;

Примечание: На лиц, впервые застрахованных по любому из пакетов, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на плановые высокотехнологичные диагностические исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, PET-CT) продолжительностью 9 (девять) месяцев.

5.12. **Лекарственные препараты, назначенные врачом,** – включает возмещение стоимости лекарственных препаратов, назначенных застрахованному лицу семейным врачом или врачом-специалистом узкого профиля для амбулаторного лечения.

5.13. Лекарственный препарат, зарегистрированный в соответствии с законодательством Грузии, который используется для лечения или профилактики заболевания и действующее вещество которого или их комбинация предназначены для медикаментозной терапии конкретного заболевания, профилактики заболевания или его осложнений в соответствии с лечебными рекомендациями, разработанными и утвержденными международно признанными и/или местными медицинскими ассоциациями, и имеются достаточные, достоверные клинические доказательства эффективности их применения в соответствии с ними;

- Зарегистрированные гомеопатические препараты возмещаются, если они не назначены врачом-гомеопатом.

- Биологически активные/пищевые добавки; иммуномодуляторы; фитопрепараты и парамедицинские препараты могут быть приобретены застрахованным лицом только по направлению от семейного врача в указанной сети аптек со скидкой 25% в пределах, предусмотренных в пакете.

5.14. **Экстренная стоматологическая помощь** - включает облегчение/лечение острой зубной боли, диагностическую рентгенографию, удаление зуба и корня в экстренном случае. В зависимости от диагноза.

5.15. **Плановая стоматологическая помощь** - включает консультацию стоматолога, диагностическое, хирургическое и лечебное лечение, которое включает удаление зуба, лечение простого и сложного кариеса, чистку от камней два раза в год.

5.16. **Скидка от 10% до 40%** предоставляется на ортопедические и ортодонтические стоматологические услуги/имплантацию в указанных клиниках-партнерах;

5.17. **Беременность** – включает финансирование плановых и экстренных медицинских услуг, необходимых для ухода за беременными женщинами (консультация врача, лабораторные и инструментальные исследования, аборт по медицинским показаниям, диагностика и лечение осложнений беременности, манипуляции, медикаментозное лечение, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях).

5.17.1. **Роды** – включает медицинские услуги, связанные с физиологическими родами, кесаревым сечением по медицинским показаниям, а также их осложнениями, осложнениями послеродового периода (медикаментозное лечение, манипуляции, анестезия, палата (стандартная, интенсивная терапия, реанимация)).

		Примечание: На лиц, застрахованных впервые, а также на лиц, у которых с момента окончания последнего непрерывного периода страхования прошел 1 (один) месяц и более, распространяется период ожидания на услуги, связанные с беременностью и родами, продолжительностью 24 (двадцать четыре) месяца.
6	Дополнительные виды страхового покрытия (если таковые предусмотрены страховым полисом)	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВИДЫ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ (В ВИДЕ ТУРИСТИЧЕСКОГО СТРАХОВАНИЯ), ЕСЛИ ТАКОВЫЕ ИМЕЮТСЯ, ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ В СТРАХОВОМ ПОЛИСЕ.
7	Заключение договора страхования	7.1. Заключение договора страхования между Страховщиком и Страхователем осуществляется физически или дистанционно с использованием одного или нескольких средств дистанционной связи, организованных страховщиком; 7.2. Стороны соглашаются, что договор может быть заключен в электронной форме, в том числе путем подтверждения соответствующей ссылки или через платформу Signify (https://signifyapp.com/ka-GE/). Также договор может быть заключен и страховой полис оформлен дистанционно с использованием веб-сайта страховщика (https://unison.ge/). Договор, заключенный таким образом, имеет ту же юридическую силу, что и договор, подписанный сторонами на бумаге. 7.3. Стороны соглашаются, что условия страхования, предусмотренные договором, действуют в течение срока действия полиса. 7.4. При автоматическом продлении договора, если страхование продолжается с полисом той же или большей стоимости, то условия возмещения (процент возмещения, лимит) за плановую госпитализацию, включая дневной стационар, эндопротезирование и роды, соответствуют полису, приобретенному застрахованным лицом в предыдущем году, а если страхование продолжается с полисом меньшей стоимости, то условия возмещения за плановую госпитализацию соответствуют вновь выбранному полису.
8	Правила получения страховых услуг и выплаты компенсаций	8. Для получения любой услуги застрахованному лицу рекомендуется обратиться в информационную службу страховщика по телефону 032 299 19 91, которая предоставит полную информацию о получении услуги и, при необходимости, назначит визит к семейному врачу. 8.1. Получение услуг семейного врача, а также направления на плановые осмотры/гарантийного письма 8.1.1. Застрахованное лицо обязано уведомить информационную службу страховщика по телефону 032 299 19 91, которая организует дальнейшее медицинское обслуживание; услуги семейного врача также можно получить через приложение или через личного менеджера, если такая услуга предусмотрена условиями страхования.

8.1.2. Направление на профилактические осмотры выдается только после консультации с семейным врачом.

8.2. Экстренная амбулаторная помощь / экстренная госпитализация / госпитализация в связи с несчастным случаем - застрахованное лицо или третье лицо обязаны уведомить информационную службу страховщика по телефону 032 2 991 991 в течение 24 часов после госпитализации и сразу после несчастного случая, а также согласовать с ней дальнейшие действия;

8.2.1. В случае несчастного случая - выгодоприобретатель/третье лицо обязаны связаться с информационной службой страховщика по телефону 032 2 991 991 не позднее чем через 48 часов после несчастного случая, а также письменно уведомить Страховщика о страховом случае не позднее 14 (четырнадцати) дней.

8.2.2. Уведомление должно содержать следующую информацию: имя и фамилия застрахованного лица, личный номер, наименование медицинского учреждения, время госпитализации; Если уведомление не позволяет предварительно согласовать лечение по объективным причинам, эти обстоятельства должны быть подтверждены соответствующими документальными доказательствами; В учреждении-поставщике медицинских услуг — после подачи уведомления — застрахованный оплачивает только причитающуюся ему сумму, если таковая имеется, а в случае учреждения, не являющегося поставщиком услуг, — застрахованный оплачивает стоимость услуги самостоятельно, после предоставления страховщику полного комплекта документов, сумма будет возмещена безналичным платежом в пределах соответствующего лимита и соплатежа.

8.3. В случае, если застрахованное лицо самостоятельно оплачивает стоимость медицинских услуг, для получения возмещения оно обязано в течение 30 календарных дней предоставить страховщику вместе с документом, удостоверяющим личность, следующие документы:

8.3.1. При вызове скорой помощи — справку от врача скорой помощи о состоянии здоровья; чек и квитанцию, подтверждающие оплату.

8.3.2. В случае плановых или экстренных амбулаторных услуг — документация об оказанной медицинской услуге, диагноз и рецепт, заверенные подписью и печатью на титульном листе или бланке 100/а, заключение проведенного исследования, квитанция из кассы лица, получающего деньги, и чек из кассы/терминала;

8.3.3. В случае приобретения лекарственных средств без оформления гарантийного письма — квитанция, подробный перечень приобретенных лекарственных средств, чек, рецепт врача-специалиста.

8.3.4. В случае экстренных стоматологических услуг — медицинская документация об оказанной услуге, диагноз, заверенный подписью и печатью на титульном листе или бланке №100/а и его назначение, заключение проведенного

		исследования, рентгеновские снимки, сделанные до и после оказания услуги (указанный снимок не требуется в случае лечения простого кариеса), квитанция из кассы лица, получающего деньги, и квитанция из кассы/терминала; 8.3.5. Плановые стоматологические услуги: для получения услуги застрахованное лицо заранее связывается с колл-центром, после уведомления обращается в указанное стоматологическое учреждение, на месте оплачивает только соплатеж (если соответствующая карта это предусматривает), оставшаяся сумма оплачивается страховщиком непосредственно поставщику услуг. 8.3.6. В случае плановых или экстренных стационарных услуг и родов – третье лицо, представляющее застрахованное лицо, должно предоставить вместе с документом, удостоверяющим личность застрахованного лица, форму № 100/а; подробный расчет стоимости медицинских услуг; счет-фактуру, документы, подтверждающие оплату; Примечание: • Страховщик вправе отказать в возмещении расходов, связанных со стационарным лечением, если он не был уведомлен о госпитализации Застрахованного лица в порядке, установленном настоящими Условиями/Договором. • По одному гарантийному письму может быть выписан запас лекарственных препаратов максимум на 1 (один) месяц. В случае приобретения лекарственных препаратов без гарантийного письма за один раз возмещается стоимость лекарственных препаратов максимум за 1 (один) месяц лечения. • Направления и гарантийные письма, выданные Страховщиком, действительны в течение 10 (десяти) календарных дней с даты их выдачи. Направление, выданное семейным врачом, также действительно в течение 10 (десяти) календарных дней с даты его выдачи. • Если в течение срока действия гарантийного письма Застрахованное лицо не пройдет плановое лечение, на которое было выдано направление/гарантийное письмо, такое направление/гарантийное письмо считается утратившим силу, и соответствующие расходы не подлежат возмещению Страховщиком. • Страховщик осуществляет выплату страхового возмещения в течение 3 (трех) рабочих дней с даты предоставления всех запрошенных документов.
9	Исключения	Следующие случаи и/или расходы на услуги, связанные с их осложнениями, не подлежат компенсации: 9.1. Следующие случаи и/или расходы на услуги, связанные с их осложнениями, не подлежат компенсации: 9.1.1. Расходы на лечение заболеваний, вызванных случаями, когда застрахованное лицо умышленно подвергает себя опасности, за исключением случаев, когда оно действует с целью спасения жизни другого человека; расходы на самолечение; 9.1.2. Ухудшение состояния здоровья, вызванное попыткой самоубийства (за исключением случаев, когда такие действия совершаются с целью спасения жизни

другого лица); участие в противоправном деянии; прохождение военной службы; страховой случай, наступивший в период лишения свободы; медицинские услуги, связанные с зависимостью от алкоголя, наркотических или токсических веществ, а также ухудшение состояния здоровья, вызванное воздействием указанных веществ, в том числе ухудшение состояния здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия, произошедшего при управлении транспортным средством под воздействием указанных веществ;

9.1.3. Участие в любых видах профессионального и рискованного спорта.

9.1.4. Медицинские услуги, вызванные эпидемией/пандемией;

9.1.5. Та часть расходов на услуги, финансируемые за счет государственных, муниципальных, социальных программ, бюджета органа местного самоуправления и/или третьими лицами, которая покрывается соответствующей программой/страхованием (в медицинских учреждениях, где такие программы не действуют, Компания возмещает расходы в объеме, предусмотренном настоящими Условиями).

В случае если Застрахованное лицо исчерпает лимит, установленный государственной программой для конкретного случая, Страховщик обязуется возместить расходы по данному случаю, превышающие лимит государственной программы.

Также в случае, если Застрахованное лицо, являющееся бенефициаром государственной программы, добровольно отказывается от использования льгот, предусмотренных данной программой, однократно или на постоянной основе, Страховая компания не возмещает дополнительные расходы, возникшие вследствие такого отказа (за исключением расходов, связанных с родами).

В случае если Застрахованное лицо исчерпает лимит, установленный государственной программой для конкретного случая, Страховщик обязуется возместить расходы по данному случаю, превышающие лимит государственной программы..

9.2. Следующие расходы на медицинские услуги, связанные с заболеваниями и/или их осложнениями:

9.2.1. Системные заболевания, врожденные и/или генетические заболевания и аномалии, хроническая почечная и/или печеночная недостаточность, амиотрофический склероз, ожирение, СПИД, гепатит (любой формы и стадии), сахарный диабет и несахарный диабет, психические заболевания, эпилепсия;

9.2.2. Заболевания репродуктивной системы, в первую очередь заболевания, передающиеся половым путем (за исключением вульвовагинального кандидоза, бактериального вагиноза и уретрита) (за исключением первичной скрининговой диагностики, которая включает: консультацию врача и бактериоскопию мазка), а также искусственное осеменение, бесплодие, лечение сексуальных расстройств и расходы на контрацепцию, аборт, проводимые по искусственным и немедицинским показаниям;

9.2.3. Расходы на стационарное и дневное стационарное лечение заболеваний, существовавших до оформления страховки, за исключением неотложных (экстренных) случаев;

9.3. Следующие расходы на услуги/процедуры и/или услуги, связанные с их осложнениями:

		9.3.1. Экспериментальная и нетрадиционная медицина (иглоукалывание, гомеопатия, мануальная терапия), лазерная терапия, ультразвуковая терапия, криотерапия, плазмаферез, лечебный массаж и физиотерапия, косметическое и реконструктивное лечение (включая стоматологию: в частности, виниры, реставрация зубов, удаление пульпы зубов для последующего протезирования); 9.3.2. Любые виды экзопротезирования, трансплантация органов и тканей, стоимость сеансов диализа, диагностика околоплодных вод и любые виды генетических исследований; искусственное осеменение, стерилизация, услуги психотерапевта, психоаналитика и логопеда; 9.3.3. Имплантация дефибрилляторов, кардиостимуляторов, депо для лекарств и искусственной гортани. Медицинские услуги, не являющиеся медицински обоснованными или оказанные без медицинских показаний, дополнительные и исключительные услуги, гонорары нанятого/приглашенного врача/расходы на нестандартное размещение; 9.3.4. Отправка материалов для обследований, взятых в Грузии, за границу и проведение обследований; 9.3.5. Вакцинация/иммунизация (календарная и сезонная вакцинация); 9.3.6. Стоимость анестезии при физиологических родах; 9.3.7. Стоимость ПЭТ-исследований, стоимость абляции. 9.3.8. Обследования и расходы, связанные с получением любого вида медицинской справки; 9.3.9. Медицинские услуги, связанные с коррекцией веса, коррекцией зрения (включая лечение эксимерным лазером); 9.4. Расходы, связанные с приобретением, использованием и/или осложнениями следующих средств: 9.4.1. Незарегистрированные лекарственные средства, биологически активные пищевые добавки, гомеопатические средства, Средства гигиены и ухода, перевязочные материалы и заменители сахара, иммуномодуляторы, метаболические средства, витамины, паратерапевтические средства, защитные средства, психотропные препараты, системная ферментная терапия, имплантаты. 9.4.2. Вспомогательные и корректирующие устройства/устройства (включая очки, линзы, слуховые аппараты, эндопротезы и т. д.), протезы. 9.4.3. Та часть стоимости услуг, финансируемых государством, муниципалитетом, социальными программами, бюджетом органа местного самоуправления и/или третьей стороной, которая возмещается соответствующей программой/страховкой (в тех медицинских учреждениях, где программы не действуют, Компания возмещает расходы в объеме, предусмотренном настоящими Условиями); Примечание: Стоимость любой медицинской услуги для иностранца/негражданина возмещается в соответствии с ценами, действующими для граждан Грузии.
10	Права, обязанности и ответственность сторон	10.1. Страховщик обязан: 10.1.1. Осуществлять страхование в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором и приложениями к нему; 10.1.2. Неукоснительно и надлежащим образом исполнять обязательства, принятые на себя по настоящему Договору;

10.1.3. В случае наступления страхового случая, после предоставления Страхователем/Застрахованным лицом всех необходимых документов для установления факта наступления страхового случая и определения размера страхового возмещения, своевременно и надлежащим образом исполнить обязательства, принятые на себя по договору страхования.;

10.2. Страховщик вправе:

10.2.1. Требовать от Страхователя/Застрахованного лица надлежащего и неукоснительного исполнения обязательств, принятых ими на себя в соответствии с настоящим Договором и соответствующими приложениями к нему;

10.2.2. Требовать от Страхователя уплаты страховой премии в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором;

10.2.3. Требовать от Страхователя/Застрахованного лица предоставления всей необходимой для заключения договора страхования информации по форме, установленной Страховщиком;

10.2.4. Запрашивать у Страхователя/Застрахованного лица документацию, необходимую для заключения договора страхования и последующего получения услуг, в том числе требовать от Страхователя предоставления следующей информации, необходимой для заключения договора страхования: имя, фамилия, личный номер, дата рождения, место работы и должность Застрахованных лиц, а в отношении членов семьи дополнительно — статус по отношению к Застрахованному лицу, дата рождения и личный номер, путем заполнения заявления по форме, установленной Страховщиком;

10.2.5. Отказать в выплате страхового возмещения в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязательств, принятых на себя в соответствии с настоящим Договором и соответствующими приложениями к нему;

10.2.6. Отказать в выплате страхового возмещения в случае непредоставления Страхователем (Застрахованным лицом) в установленный срок и/или предоставления в неполном объеме документации, связанной со страховым случаем;

10.2.7. Запрашивать у Страхователя/Застрахованного лица информацию и/или дополнительную документацию, связанную с урегулированием страхового случая;

10.2.8. Получать от других организаций необходимую документацию для урегулирования страхового случая и идентификации Застрахованного лица;

10.2.9. По своему усмотрению проводить обследование Застрахованного лица через своего представителя и знакомиться с историей его болезни; проверять объем медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в медицинском учреждении, понесенные расходы и/или запрашивать и проверять медицинские назначения, выданные Застрахованному лицу;

10.2.10. По своему усмотрению в любое время исключить из списка провайдеров провайдера, согласованного со Страхователем/Застрахованным лицом (в том числе в случае, если такой провайдер не соответствует установленным Страховщиком критериям и стандартам обслуживания), и заменить его другим

приемлемым для Страховщика провайдером, о чем Страхователь/Застрахованное лицо должны быть уведомлены не позднее чем через 5 (пять) рабочих дней;

10.2.11. В случае выявления факта фальсификации или попытки фальсификации Страхователем/Застрахованным лицом информации и/или документации, предусмотренной настоящим Договором, обязать Страхователя уплатить 5 000 (пять тысяч) лари за каждый выявленный случай. При выявлении таких случаев Страховщик также вправе в одностороннем порядке незамедлительно, без предоставления дополнительного срока, прекратить действие настоящего Договора;

10.2.12. Отказать в выплате страхового возмещения в случае выявления факта фальсификации обстоятельств наступления страхового случая и/или документов, необходимых для получения страхового возмещения, а также факта предоставления недостоверной информации, а если страховое возмещение уже было выплачено — потребовать возврата выплаченной суммы;

10.2.13. От имени Застрахованного лица/Страхователя обращаться в Группу по изучению вопросов полипрагмазии Министерства по делам вынужденно перемещенных с оккупированных территорий лиц, труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии с целью выявления случаев полипрагмазии и последующего реагирования. При этом каждое Застрахованное лицо посредством получения страховых услуг выражает согласие на предоставление своей медицинской документации и/или соответствующей информации о состоянии здоровья пациента лицам, участвующим в процессе рассмотрения вопросов полипрагмазии;

10.2.14. После возмещения Застрахованному лицу расходов на медицинские услуги требовать компенсации соответствующих расходов от лиц, ответственных за причинение вреда здоровью Застрахованного лица;

10.2.15. В одностороннем порядке изменять условия настоящего Договора. Если Страхователь в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения уведомления Страховщика о таком изменении письменно не согласится с предложенным изменением, Страховщик вправе прекратить действие Договора в течение 1 (одного) месяца;

10.2.16. Увеличить размер страховой премии и/или оставить его без изменения, одновременно приведя условия Договора в соответствие с изменившимися обстоятельствами, возникшими вследствие изменения в течение страхового периода какого-либо из компонентов, являющихся основанием для определения размера страховой премии. При этом указанное право Страховщика возникает только в том случае, если соответствующее изменение ухудшает первоначальные основания ценообразования (определения первоначальной страховой премии). Если Страхователь в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения уведомления Страховщика о таком изменении не согласится с предложенным изменением, Страховщик вправе незамедлительно, без предоставления какого-либо дополнительного срока, расторгнуть Договор;

10.2.17. В течение срока действия Договора, в случае отмены и/или изменения государством любой государственной/реферальной программы здравоохранения, изменять предусмотренные Договором условия. Страхователь/Застрахованное

лицо должны быть письменно уведомлены об этом за 1 (один) месяц до вступления соответствующих изменений в силу;

10.2.18. Отказать в возмещении ущерба, если Застрахованное лицо или Страхователь своими действиями препятствуют реализации требования о возмещении ущерба к третьему лицу;

10.2.19. Запрашивать у Страхователя/Застрахованного лица документацию, необходимую для заключения договора страхования и последующего получения услуг;

10.2.20. В случае наличия двойного страхования распределить расходы по страховому случаю с другим страховщиком;

10.2.21. В случае выявления недобросовестных действий со стороны Страхователя/Застрахованного лица потребовать возврата выплаченной суммы страхового возмещения;

10.3. Страхователь/Застрахованное лицо обязаны:

10.3.1. Обеспечить уплату страховой премии в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором;

10.3.2. Обеспечить предоставление Страховщику необходимой для заключения Договора достоверной информации по форме, установленной Страховщиком;

10.3.3. Уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.
При этом Стороны учитывают, что несвоевременное уведомление со стороны Страхователя может существенно повлиять на интересы Страховщика вследствие следующих обстоятельств:

- получение доказательств становится невозможным;
- Страховщик лишается возможности оценить на месте состояние здоровья Застрахованного лица;
- ограничивается предоставленное Страховщику законом и/или Договором право суброгации;
- Страховщик лишается возможности своевременно принять меры для уменьшения размера ущерба;
- затрудняется своевременное выявление исключений, предусмотренных Договором;

10.3.4. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями страхования, предусмотренными настоящим Договором, а также с обязательствами, возложенными на них в соответствии с требованиями настоящего Договора;

10.3.5. Неукоснительно и надлежащим образом исполнять обязательства, принятые на себя по настоящему Договору;

10.3.6. В случае если Застрахованное лицо одновременно застраховало один и тот же интерес у нескольких страховщиков, оно обязано незамедлительно уведомить об этом Страховщика, указав при этом сведения обо всех страховщиках и размер страховой суммы;

		10.3.7. По требованию предоставить Страховщику соответствующее право и оказывать содействие в проверке качества оказанных медицинских услуг после выплаты страхового возмещения, а в случае выявления недостатков в оказанных медицинских услугах, повлекших увеличение размера ущерба, — в обращении к медицинскому учреждению с требованием о возврате излишне уплаченной суммы; 10.3.8. Предоставить Страховщику право от имени Застрахованного лица обращаться в Группу по изучению вопросов полипрагмазии Министерства по делам вынужденно перемещенных с оккупированных территорий лиц, труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии; 10.3.9. Если Страховщик установит, что стоимость услуг, полученных Застрахованным лицом, превышает страховой лимит, установленный для конкретного вида страхового покрытия, Застрахованное лицо обязано в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента выявления данного обстоятельства Страховщиком и получения соответствующего требования вернуть Страховщику сумму, полученную сверх установленного страхового лимита. 10.4. Страхователь/Застрахованное лицо вправе: 10.4.1. Требовать от Страховщика осуществления страхования в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором; 10.4.2. При наступлении страхового случая требовать от Страховщика выплаты страхового возмещения в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором; 10.4.3. Требовать от Страховщика надлежащего исполнения принятых на себя обязательств; 10.4.4. Расторгнуть настоящий Договор при полном соблюдении требований и условий, предусмотренных настоящим Договором.
11	Правило суброгации	Если Страхователь/Застрахованное лицо имеет право предъявить к третьему лицу требование о возмещении ущерба, такое право требования переходит к Страховщику после возмещения им ущерба Страхователю. Если Страхователь отказывается от своего требования к третьему лицу или от права, обеспечивающего удовлетворение такого требования, Страховщик освобождается от обязанности по возмещению ущерба в размере суммы, которую он мог бы получить в порядке возмещения своих расходов в результате реализации соответствующего права или предъявления требования. Если страховое возмещение уже было выплачено, Страховщик вправе потребовать возврата соответствующей выплаченной суммы.
12	Срок действия договора и условия его расторжения (аннулирования).	12.1. Страховой период начинается в 24:00 в день, указанный в страховом полисе, и заканчивается в 24:00 в день, указанный в страховом полисе. Страховой полис вступает в силу в 24:00 в день единовременной уплаты страховой премии или, в случае уплаты страховой премии в рассрочку, в день уплаты первого страхового взноса, если страховым полисом не предусмотрен иной срок. 12.2. Договор может быть досрочно расторгнут как по инициативе Страхователя, так и по инициативе Страховщика.

		12.3. В случае досрочного расторжения договора страхования по инициативе Страхователя, Страхователь во всех случаях обязан уведомить об этом Страховщика в письменной форме. Волеизъявление, выраженное устно или по телефону, не является основанием для расторжения договора страхования; 12.4. Страхование может быть расторгнуто по инициативе страховщика в связи с нарушением обязанности уплаты страховой премии. 12.5. Страховщик вправе в одностороннем порядке незамедлительно расторгнуть договор страхования, если: - Страхователь/Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику недостоверную информацию, фальсифицирует информацию либо иным способом вводит или пытается ввести Страховщика в заблуждение; - страхование прекращается со следующего рабочего дня после получения Страховщиком соответствующей информации. 12.6. Исключение члена семьи из семейного пакета считается расторжением договора страхования для конкретного застрахованного лица и регулируется условиями досрочного расторжения договора. 12.7. В случае если выход члена семьи из семейного пакета приведет к сокращению количества членов семьи до 2 (двух) лиц, Страховщик аннулирует семейный пакет, и страховой пакет каждого Застрахованного лица будет продолжен на условиях индивидуального розничного пакета и с соответствующей страховой премией. При этом использованные лимиты будут перенесены на новый индивидуальный пакет.
13	Штрафные санкции/меры наказания, вытекающие из расторжения контракта.	13.1. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен: 13.1.1 На основании уведомления, направленного Страховщиком Застрахованному лицу (как в письменной форме, так и посредством SMS-сообщения), — в течение 30 (тридцати) дней с даты вручения/получения такого уведомления; 13.1.2. В случае полного исполнения Страховщиком принятых на себя обязательств, то есть полного исчерпания соответствующего лимита ответственности/страхового возмещения. Лимит по конкретному виду страхового покрытия указывается в страховом полисе; 13.1.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Сторонами принятых на себя обязательств; 13.1.4. В иных случаях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Грузии. 13.2. В случае досрочного прекращения Договора: 13.2.1. Страховщик вправе досрочно прекратить Договор без какого-либо предварительного уведомления в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Застрахованным лицом принятых на себя обязательств, а также в случае выявления недобросовестных действий со стороны Застрахованного лица и потребовать от Застрахованного лица возврата выгоды, полученной в результате вышеуказанных действий;

		13.2.2. В случае прекращения страхования по требованию Страхователя/Застрахованного лица: а) заработанная страховая премия возврату не подлежит; б) Застрахованное лицо обязано уплатить неустойку в размере незаработанной страховой премии, если в течение срока действия Договора оно хотя бы один раз получило страховое возмещение (за исключением услуг семейного врача); в) если Застрахованное лицо вообще не получало страхового возмещения, оно обязано уплатить в качестве неустойки 20% от незаработанной страховой премии, за исключением случая смерти Застрахованного лица в течение срока действия полиса; г) при этом, во избежание каких-либо сомнений, страховая премия, заработанная до прекращения страхования, во всех случаях подлежит уплате Страхователем/Застрахованным лицом. 13.3. Несмотря на досрочное прекращение настоящего Договора, каждая из Сторон обязана исполнить обязательства, возникшие до прекращения настоящего Договора. 13.4. Любые изменения и/или дополнения, связанные с настоящим Договором, вступают в силу на основании письменного соглашения, в том числе путем направления по электронной почте и получения подтверждения. В случае неполучения Страховщиком подтверждения от Застрахованного лица по электронной почте в течение 2 (двух) рабочих дней Страховщик вправе считать подтверждение полученным по истечении 2 (двух) рабочих дней. 13.5. Страховщик вправе в одностороннем порядке изменить условия настоящего Договора на основании процентного изменения индекса потребительских цен в сфере здравоохранения, публикуемого Национальной службой статистики Грузии, в соответствии с процентным увеличением стоимости соответствующей услуги, пропорционально доле данной услуги (услуг) в общей убыточности Компании, о чем Стороны договариваются путем заключения дополнительного соглашения. Если Страхователь в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения уведомления Страховщика о таком изменении не согласится с предложенным изменением, Страховщик вправе незамедлительно, без предоставления какого-либо дополнительного срока, прекратить действие Договора. Уведомление при этом может быть осуществлено в соответствии с пунктом 13.4 настоящего Договора.
14	Страховая премия и условия оплаты	14.1. Полная страховая премия, подлежащая уплате Застрахованным лицом Страховщику в соответствии с соответствующим страховым периодом и страховым пакетом, выбранным Страхователем, указывается в страховом полисе. 14.2. При первом же нарушении Страхователем установленного настоящим Договором порядка уплаты страховой премии (если страховая премия и/или ее часть не была уплачена своевременно или в установленном размере) Страховщик освобождается от исполнения обязательств, принятых на себя по Договору. Страховщик вправе приостановить действие Договора и не возмещать

		страховые случаи по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты нарушения графика платежей, без какого-либо предварительного уведомления, до полного исполнения Страхователем своих финансовых обязательств. Действие договора страхования возобновляется только после уплаты Страхователем страховой премии. После погашения задолженности Страховщик не рассматривает случаи, наступившие в период наличия задолженности, в качестве страховых случаев, и услуги, оказанные в этот период, не подлежат возмещению Страховщиком. При этом Стороны соглашаются, что если Страхователь/Застрахованное лицо не уплатит предусмотренную графиком страховую премию в течение 30 (тридцати) дней, по истечении указанного срока Страховщик вправе прекратить настоящий Договор и потребовать от Застрахованного лица погашения задолженности по страховой премии. 14.3. Индивидуальная страховая премия уплачивается Застрахованным лицом ежемесячно в рассрочку. Взносы за первый и последний месяцы уплачиваются при приобретении полиса. Страховая премия за первый и последний месяцы (первая часть страховой премии) должна быть уплачена в течение 4 (четырех) календарных дней с момента подписания настоящего Договора и существенных условий Договора, а оставшаяся сумма страховой премии пропорционально распределяется на последующие 10 (десять) месяцев равными платежами путем деления оставшейся суммы страховой премии на 10 (десять) месяцев. При этом, во избежание каких-либо сомнений, до уплаты первого страхового взноса или единовременной страховой премии Страховщик освобождается от исполнения своих обязательств, а полис аннулируется. Для того чтобы платеж считался осуществленным и мог быть идентифицирован, в платежном документе в обязательном порядке должен быть указан номер страхового полиса/карты.
15	Процедура разрешения споров	Любые споры, возникающие из настоящего Соглашения (включая споры, касающиеся существования, толкования, исполнения и обеспечения соблюдения настоящего Соглашения), разрешаются путем переговоров. В случае невозможности разрешения спора стороны передают дело в суд.
16	Общение между сторонами	16.1. Уведомление Страховщика Страхователю (Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю) направляется посредством SMS-сообщения, электронной почты или почтового отправления по реквизитам и адресу, указанным Страхователем в заявлении/страховом полисе. При этом Страховщик не несет ответственности в случае, если указанные реквизиты являются неверными либо были изменены, а Страховщик не был уведомлен об этом, вследствие чего уведомление не было направлено либо было направлено не по назначению. Уведомление считается врученным с момента его отправления. 16.2. В случае если Страховщик направил Страхователю уведомление на адрес электронной почты, отличный от адреса, указанного в заявлении на страхование/страховом полисе, уведомление считается врученным в день его получения Страхователем/Застрахованным лицом, при условии подтверждения получения уведомления Страхователем/Застрахованным лицом. 16.3. Страховой полис, удостоверенный электронной подписью или электронной печатью Страховщика и выданный Страховщиком, имеет силу

		оригинала. Согласие Страхователя с условиями страхования, выраженное посредством электронной коммуникации со Страховщиком, приравнивается к подписи Страхователя. Страховой полис и соответствующий договор могут быть оформлены как в письменной форме на материальном носителе, так и дистанционно с использованием веб-сайта Страховщика. 16.4. Подтверждение, направленное на любой корпоративный адрес электронной почты Страховщика, оканчивающийся на «unison.ge», приравнивается к подписи.
17	Обработка персональных данных	17.1. Страховщик вправе осуществлять обработку персональных данных (в том числе персональных данных особой категории), полученных в рамках страхования, в соответствии с требованиями Закона Грузии «О защите персональных данных». 17.2. Страхователь выражает согласие на то, что Страховщик вправе в соответствии с законодательством Грузии обрабатывать персональные данные Страхователя/Застрахованного лица, в том числе данные особой категории, в рамках и объеме настоящего Договора, в целях исполнения Договора, а при необходимости — передавать их третьим лицам. Страховщик также вправе обрабатывать персональные данные Страхователя/Застрахованного лица в маркетинговых целях, в том числе в целях прямого маркетинга. 17.3. При заключении настоящего Договора/оформлении полиса Застрахованное лицо предоставляет Страховщику право получать необходимую информацию от третьих лиц (врачей, любых медицинских учреждений, транспортных служб и др.) и освобождает указанных лиц от обязанности сохранять конфиденциальность такой информации. 17.4. Субъект персональных данных вправе в любое время потребовать от Страховщика прекратить использование его данных в целях прямого маркетинга в той же форме, в которой осуществляется соответствующая коммуникация, — путем письменного обращения или посредством телекоммуникационных средств.
18	Заключительные положения	18.1. Претензия может быть направлена на следующий адрес электронной почты Страховщика: complaints@unison.ge либо путем оставления сообщения в информационной службе Страховщика по телефону: 0 32 2 991 991; 18.2. Любые изменения или дополнения к настоящим Условиям и положениям предусмотрены (указаны) в страховом полисе или в соответствующем соглашении, заключенном между сторонами. Согласие сторон не требуется для внесения изменений/дополнений в настоящие Условия и положения, если это требуется действующим законодательством Грузии; 18.3. Соответствующими приложениями к настоящему Соглашению являются: Приложение № 1 - Страховые пакеты; Приложение № 2 - Список поставщиков услуг;