

Условия медицинского страхования

№	Имя	Условия медицинского страхования
1	Стороны договора	<p>Страховщик: АО «Страховая компания «Унисон» (регистрационный номер 404393152);</p> <p>Страховщик: физическое лицо, заключившее настоящий договор страхования со Страховщиком в своих интересах или в интересах третьих лиц и обязанное уплачивать страховую премию;</p>
2	Предмет договора	<p>Предметом настоящего договора является обязательство страховщика, в обмен на уплату страховой премии застрахованным лицом, возместить ущерб, причиненный страховым случаем, в порядке и размере, указанных в настоящих условиях и страховом полисе.</p>
3	Определение терминов	<p>3.1. «Застрахованное лицо» — физическое лицо в возрасте от 1 до 65 лет, для которого предусмотрено страхование;</p> <p>3.2. «Член семьи» — супруг(а), ребенок/дети. Родственные отношения должны быть подтверждены документами, предусмотренными законодательством Грузии.</p> <p>3.3. «Семейный пакет» — минимальное количество членов семьи (супруг(а) до 65 лет и дети до 18 лет) в пакете составляет 3 (три), пакет выбирается для всех членов семьи, срок действия которого начинается с одной даты, а размер страховой премии определяется количеством членов семьи и согласованной скидкой, если таковая имеется.</p> <p>3.4. «Возрастное ограничение» — страхованием подлежат физические лица до 65 лет. В рамках семейного страхования: супруги до 65 лет и дети/дети от 1 до 18 лет;</p> <p>3.5. Иностранец — лицо, не являющееся гражданином Грузии, и лицо без гражданства, имеющее статус в Грузии;</p> <p>3.6. Лицо без гражданства – лицо, которое ни одно государство не считает своим гражданином в соответствии со своим законодательством;</p> <p>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;</p> <p>3.8. «Медицинское учреждение» – учреждение, действующее на территории Грузии, которому предоставлено право осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с требованиями законодательства Грузии;</p> <p>3.9. «Страховой случай» – событие, указанное в настоящем Соглашении, при наступлении которого Страховщик обязан выплатить страховое возмещение;</p> <p>3.10. «Несчастный случай» — внезапное, непредвиденное, неожиданное событие, вызванное воздействием видимых внешних сил, не зависящих от воли Страхователя,</p>

результатом которого является смерть Страхователя, временное или постоянное ограничение его трудоспособности;

3.11. «Полный страховой период» — период времени, в течение которого действует страхование, предусмотренное настоящим Договором;

3.12. «Индивидуальный страховой период» — период времени, в течение которого действует страховое покрытие для конкретного Страхователя;

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 за весь период страхования, подлежащая оплате страховщиком в соответствии с выбранным страховщиком/застрахованным лицом страховым пакетом.

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. «Сумма заработанной премии» — сумма индивидуальных заработанных премий, начисленных на определенную дату в рамках общего страхового периода.

3.22. «Сумма незаработанной премии» — сумма индивидуальных незаработанных премий, начисленных на определенную дату в рамках общего страхового периода.

3.23. Период ожидания – период, исчисляемый с начала действия страхового полиса и в течение которого страхователь не получает от страховщика возмещения каких-либо расходов на услуги или конкретных расходов на услуги в соответствии с условиями договора.

Одновременно,

		<p>Несмотря на условия, указанные в пунктах 3.1.18; 3.1.19; 3.1.21; расчет страховой премии, подлежащей уплате страховщиком страховщику/застрахованному лицу, а также в строгом соответствии с условиями, указанными в других пунктах настоящего Соглашения, и с учетом этих условий, в случае досрочного расторжения договора страхования, расчет страховой премии, подлежащей возврату страховщику/застрахованному лицу страховщиком, осуществляется (в случае страховщика – в соответствии с соответствующим общим страховым периодом, а в случае застрахованного(ых) – в соответствии с соответствующим индивидуальным страховым периодом) путем деления общей суммы страховой премии, установленной страховщиком и согласованной между сторонами, на количество месяцев, определяемое общим и/или индивидуальным страховым периодом.</p> <p>3.24. Основания для определения размера страховой премии: - Основными основаниями для определения страховой премии, предусмотренными настоящими Условиями, являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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); <p>3.25. «Сооплата» - часть стоимости медицинских услуг, подлежащая оплате застрахованным лицом, которая не возмещается страховщиком;</p> <p>3.26. «Отчетный месяц» - месяц, отсчитываемый каждый месяц в течение действия Соглашения, по дате подписания настоящего Соглашения.</p> <p>3.27. «День отчетности» — последний календарный день отчетного месяца.</p> <p>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.</p>
4	Предмет страхования	Медицинское страхование
5	Страховое покрытие	<p>5.1. Услуги личного/семейного врача – включает консультацию застрахованного лица личным врачом на основании личного врача, составление медицинской анкеты для каждого застрахованного лица и мониторинг состояния здоровья, при необходимости выписку направления на плановые и назначенные амбулаторные услуги. Открытие амбулаторной карты в соответствии с медицинскими показаниями;</p>

Примечание: Местонахождение семейного врача и амбулаторного учреждения, предоставляющего услуги, выбирается при покупке страхового полиса. Местонахождение может быть изменено только один раз в течение страхового периода не позднее чем через 1 (один) месяц после 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: Для основных застрахованных лиц, а также для лиц, чей последний непрерывный страховой период составлял 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 15 (пятнадцать) дней для экстренной госпитализации.

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. Для основных застрахованных лиц, а также для тех, чей последний непрерывный страховой период составлял 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 12 (двенадцать) месяцев.

5.7. Кардиология/кардиохирургия — включает плановые и экстренные стационарные услуги, в том числе интервенционную кардиологию и кардиохирургию.

5.7.1. Для основных застрахованных лиц, а также для тех, чей последний непрерывный страховой период составлял 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 24 (двадцать четыре) месяца.

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: Для основных застрахованных лиц, а также для тех, чей последний непрерывный страховой период составлял 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 12 (двенадцать) месяцев для онкологических услуг.

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: Для основных застрахованных лиц, а также для лиц, чей последний непрерывный страховой период составил 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 12 (двенадцать) месяцев для услуг дневного стационара/дневного стационара.

5.9.1. Положительный перечень услуг дневного стационара/дневного стационара в случае дневного стационара/дневного стационара включает:

- **Гинекология:** полипэктомия; миомэктомия/лапароскопическая миомэктомия; операции на шейке матки; лечебная гистероскопия/гистерорезектоскопия; конизация; абляция; иссечение и дренирование бартолиновой железы; иссечение вагинальной кисты; лапароскопическая сальпингэктомия; лапароскопическая цистэктомия; Удаление кисты яичника/лапароскопическая цистэктомия; любые вмешательства/манипуляции, связанные с эндометриозом; овариэктомия;

- **Сердечно-сосудистая система:** кардиоверсия; абляция; стентирование; операции/манипуляции с венами;
 - **Отоларингология:** аденотомия; тонзиллэктомия; полипэктомия носа; резекция носовой перегородки; дезинтеграция носовой раковины; конхотомия; эндоскопическая хирургия хронического синусита; миринготомия; гипоротомия; септопластика;
 - **Гастроэнтерология:** иссечение/перевязка тромбированных геморроидальных узлов (геморроидальные узлы); неосложненная фиссурэктомия; полипэктомия из тонкой кишки; эндоскопическая папиллотомия/сфинктеротомия; эндоскопическая перевязка варикозных вен (желудок, пищевод); 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; чрескожная лапароскопия; катетеризация уретры и/или мочевого пузыря, стентирование; лазерная и оптическая уретротомия; троакарная эпицистостомия (кроме экстренных случаев); обрезание; рассечение связок
 - **Маммология:** резекция молочной железы; иссечение фиброаденомы; иссечение кисты;
 - **Челюстно-лицевая хирургия:** иссечение кисты в верхнечелюстной пазухе; иссечение кисты в нижнечелюстном канале; Удаление доброкачественной опухоли мягких тканей лица; поднадкостничный абсцесс; оперативное лечение периостита; эндоскопическое хирургическое лечение опухоли голосовых связок.
 - **Ортопедия, травматология:** демонтаж фиксатора под региональной или местной анестезией; лапароскопическая артропластика, менискэктомия;
 - **Смешанная хирургия:** иссечение рубцов, родинок, опухолевых образований с кожи; ампутация пальцев (кроме травматических); 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, 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 у детей Возраст - 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: Для основных застрахованных лиц, а также для тех, чей последний непрерывный страховой период составляет 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 15 (пятнадцать) дней для экстренной амбулаторной помощи.

5.11. Плановая амбулаторная помощь включает в себя: - получение амбулаторной помощи, не требующей экстренного вмешательства, и пребывание застрахованного лица в медицинском учреждении более 24 часов;

Примечание: Для основных застрахованных лиц, а также для тех, чей последний непрерывный страховой период составил 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 9 (девять) месяцев для плановых высокотехнологичных обследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ПЭТ-КТ).

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

		<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>5.14. Экстренная стоматологическая помощь - включает облегчение/лечение острой зубной боли, диагностическую рентгенографию, удаление зуба и корня в экстренном случае. В зависимости от диагноза.</p> <p>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.</p> <p>Примечание: Для основных застрахованных лиц, а также для тех, чей последний непрерывный страховой период составлял 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 30 (тридцать) дней для экстренной и плановой стоматологической помощи.</p> <p>5.16. Скидка от 10% до 40% предоставляется на ортопедические и ортодонтические стоматологические услуги/имплантацию в указанных клиниках-партнерах;</p> <p>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).</p> <p>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)).</p> <p>Примечание: Для основных застрахованных лиц, а также для тех, чей последний непрерывный страховой период составлял 1 (один) месяц или более, применяется период ожидания в 24 (двадцать четыре) месяца для услуг, связанных с беременностью и родами.</p>
6	Дополнительные виды страхового покрытия (если	<p>Дополнительные виды страхового покрытия (в виде туристического страхования), если таковые имеются, должны быть указаны в страховом полисе.</p>

	таковые предусмотрены страховым полисом)	
7	Заклучение договора страхования	<p>7.1. Заключение договора страхования между страховщиком и застрахованным лицом осуществляется физически или дистанционно с использованием одного или нескольких средств дистанционной связи, организованных страховщиком;</p> <p>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.</p> <p>7.3. Стороны соглашаются, что условия страхования, предусмотренные договором, действуют в течение срока действия полиса.</p> <p>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.</p>
8	Правила получения страховых услуг и выплаты компенсаций	<p>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.</p> <p>8.1. Получение услуг семейного врача, а также направления на плановые осмотры/гарантийного письма</p> <p>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 заявление или через личного менеджера, если такая услуга предусмотрена условиями страхования.</p> <p>8.1.2. Направление на профилактические осмотры выдается только после консультации с семейным врачом.</p> <p>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;</p> <p>8.2.1. В случае несчастного случая - выгодоприобретатель/третье лицо обязаны связаться с информационной службой страховщика по телефону 032 2 991 991 не</p>

позднее чем через 48 часов после несчастного случая, а также уведомить застрахованное лицо о происшествии в письменной форме не позднее чем через 14 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 рецепта по гарантийному письму — 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.

		<p>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;</p> <p>Примечание:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страховщик имеет право не возмещать расходы, связанные с стационарным лечением, если он не был уведомлен о госпитализации застрахованного лица в порядке, указанном в настоящих условиях/договоре. • По гарантийному письму может быть выставлен счет максимум на 1 месяц приема лекарств. В случае приобретения лекарств без гарантийного письма, возмещается стоимость лекарств максимум за 1 месяц. • Если застрахованное лицо не проходит запланированное лечение, на которое было выдано направление/гарантийное письмо, в течение срока действия гарантийного письма, то направление/гарантийное письмо считается недействительным и не подлежит возмещению со стороны страховщика.
9	Исключения	<p>Следующие случаи и/или расходы на услуги, связанные с их осложнениями, не подлежат компенсации:</p> <p>9.1. Следующие случаи и/или расходы на услуги, связанные с их осложнениями, не подлежат компенсации:</p> <p>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;</p> <p>9.1.2. Ухудшение состояния здоровья, вызванное попыткой самоубийства (если это не касается спасения жизни другого человека), участием в (незаконной) акции; военной службой, страховым случаем, произошедшим во время лишения свободы, медицинскими услугами, связанными с зависимостью от алкоголя, наркотиков, токсичных веществ, а также ухудшением состояния здоровья, вызванным воздействием этих веществ, включая ухудшение состояния здоровья, вызванное дорожно-транспортным происшествием при управлении транспортным средством в состоянии опьянения этими веществами;</p> <p>9.1.3. Участие в любых видах профессионального и рискованного спорта.</p> <p>9.1.4. Медицинские услуги, вызванные эпидемией/пандемией;</p> <p>9.1.5. Та часть расходов на услуги, финансируемые государством, муниципалитетом, социальными программами, бюджетом органа местного самоуправления и/или третьей стороной, которая возмещается соответствующей программой/страховой компанией (в тех медицинских учреждениях, где программы не действуют, Компания возмещает расходы в объеме, предусмотренном настоящими Условиями). В случае, если Страхователь исчерпает лимит для конкретного случая, установленный государственной программой, Страховщик обязуется возместить оставшиеся расходы по этому случаю сверх лимита государственной программы. Также, если Страхователь, являющийся бенефициаром государственной программы, добровольно отказывается от использования льгот по этой программе, однократно</p>

или навсегда, страховая компания не возмещает дополнительные расходы, вызванные этим изменением (за исключением расходов, понесенных во время родов); Если застрахованное лицо исчерпало лимит, установленный государственной программой для конкретного случая, страховщик обязуется возместить оставшиеся расходы сверх лимита государственной программы для данного случая.

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 (иглоукальвание, 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);

		<p>9.4. Расходы, связанные с приобретением, использованием и/или осложнениями следующих средств:</p> <p>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.</p> <p>9.4.2. Вспомогательные и корректирующие устройства/устройства (включая очки, линзы, слуховые аппараты, эндопротезы и т. д.), протезы.</p> <p>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);</p> <p>Примечание: Стоимость любой медицинской услуги для иностранца/негражданина возмещается в соответствии с ценами, действующими для граждан Грузии.</p>
10	<p>Права, обязанности и ответственность сторон</p>	<p>10.1. Страховщик обязан:</p> <p>10.1.1. Осуществлять страхование в соответствии с условиями, указанными в настоящем Соглашении и Приложениях к настоящему Соглашению;</p> <p>10.1.2. Неуклонно и надлежащим образом выполнять обязательства, принятые по настоящему Соглашению;</p> <p>10.1.3. В случае наступления страхового случая, после того как Страховщик/Застрахованный представят все необходимые документы для установления страхового случая и определения размера страховой компенсации, своевременно и надлежащим образом выполнить принятые по страхованию обязательства;</p> <p>10.2. Страховщик имеет право:</p> <p>10.2.1. Требовать от Страховщика/Застрахованного надлежащего и неуклонного выполнения обязательств, принятых по настоящему Соглашению и соответствующим Приложениям;</p> <p>10.2.2. Требовать от страховщика уплаты страховой премии в порядке и в сроки, установленные настоящим Соглашением;</p> <p>10.2.3. Требовать от страховщика/застрахованного лица предоставления всей необходимой информации для заключения договора страхования в форме, установленной страховщиком;</p> <p>10.2.4. Запрашивать у страховщика/застрахованного лица документацию, необходимую для заключения договора страхования и получения последующих услуг, в том числе требовать от страховщика предоставления следующей информации, необходимой для заключения договора страхования: имя, фамилия, идентификационный номер, дата рождения, место работы и должность застрахованных лиц, в случае членов семьи дополнительно: статус по отношению к застрахованному лицу, дата рождения, идентификационный номер, в форме заявления, установленной страховщиком;</p>

10.2.5. Отказывать в выплате страхового возмещения в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения страховщиком (застрахованным лицом) обязательств, принятых по настоящему Соглашению и соответствующим приложениям;

10.2.6. Отказывать в выплате страхового возмещения в случае несвоевременного и/или неполного предоставления страховщиком (застрахованным лицом) документации, относящейся к инциденту.

10.2.7. Запросить у страховщика/застрахованного лица информацию/дополнительную документацию, касающуюся урегулирования инцидента;

10.2.8. Получить необходимую документацию для урегулирования страхового случая и идентификации застрахованного лица в других организациях.

10.2.9. Провести осмотр застрахованного лица через представителя по своему усмотрению и ознакомиться с его медицинской историей. Проверить объем медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу в медицинском учреждении, понесенные расходы и/или запросить и проверить выписанный застрахованному лицу рецепт;

10.2.10. Исключить согласованного со страховщиком/страхователем поставщика услуг из списка поставщиков в любое время по своему усмотрению (в том числе, если он не соответствует критериям и стандартам обслуживания, установленным страховщиком) и заменить его другим приемлемым для него поставщиком, о чем страховщик/страхователь должен быть немедленно уведомлен.

10.2.11. В случае обнаружения страховщиком/страхователем фальсификации или попытки фальсификации информации/документации, указанной в настоящем Соглашении, страховщик обязан выплатить 5000 (пять тысяч) GEL за каждый такой случай, и при обнаружении таких случаев страховщик имеет право в одностороннем порядке немедленно расторгнуть настоящее Соглашение без установления дополнительного срока;

10.2.12. Не выплачивать страховое возмещение в случае обнаружения факта наступления страхового случая и/или фальсификации документов, необходимых для получения возмещения, а также факта предоставления ложной информации, а в случае выплаты возмещения требовать возврата компенсированного ущерба.

10.2.13. Вместо застрахованного лица/страховщика обращаться в Группу по изучению полипрагмазии Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии для выявления случаев полипрагмазии и дальнейшего реагирования. Кроме того, каждое застрахованное лицо, получая страховые услуги, соглашается на предоставление своей медицинской документации и/или соответствующей информации о состоянии здоровья пациента лицам, участвующим в процессе полипрагмазии;

10.2.14. После возмещения застрахованному лицу расходов на медицинские услуги требовать компенсацию соответствующих расходов от лиц, ответственных за ущерб, причиненный здоровью застрахованного лица.

10.2.15. Односторонне изменять условия настоящего Соглашения, и если Страховщик не согласится в письменной форме с предложенным изменением в течение 2 (двух) рабочих дней после получения уведомления от Страховщика о реализации такого изменения, Страховщик имеет право расторгнуть Соглашение в течение 1 (одного) месяца;

10.2.16. Повышать страховую премию и/или оставлять ее без изменений, но не адаптировать Соглашение к изменившимся обстоятельствам, возникшим в случае изменения любого компонента основы определения премии в течение страхового периода. Кроме того, такое право Страховщика возникает только после того, как вышеупомянутое изменение ухудшит основу определения ценообразования (первоначальную страховую премию). Если Страховщик не согласен с предложенным изменением в течение 2 (двух) рабочих дней после получения уведомления от Страховщика о внесении изменений, Страховщик имеет право немедленно расторгнуть Договор без дополнительного срока.

10.2.17. В течение срока действия Договора, в случае отмены/изменения какой-либо государственной/направленной программы медицинского обслуживания государством, изменять условия, указанные в Договоре. Страховщик/Застрахованный должны быть уведомлены в письменной форме за один месяц до вступления изменений в силу.

10.2.18. Не возмещать ущерб, если Застрахованный или Страховщик своими действиями препятствуют исполнению требования о возмещении ущерба от третьей стороны.

10.2.19. Запрашивать у Страховщика/Застрахованного документы, необходимые для заключения Страхового договора и получения дальнейших услуг;

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

10.2.21. В случае выявления недобросовестных действий со стороны страховщика/страхователя требовать возмещения уплаченной суммы;

10.3. Страховщик/страхователь обязан:

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

10.3.2. Обеспечить предоставление страховщику необходимой и точной информации для заключения договора в форме, установленной страховщиком;

10.3.3. Уведомить страховщика о наступлении события в порядке и в сроки, установленные настоящим Соглашением;

При этом стороны учитывают, что задержка уведомления страховщиком окажет критическое воздействие на интересы страховщика по следующим обстоятельствам:

- получение доказательств становится невозможным;
- Страховщику не разрешается оценивать состояние здоровья застрахованного лица на месте;
- Право суброгации, предоставленное страховщику законом/договором, ограничено;
- Страховщик лишается возможности своевременно принимать меры по уменьшению суммы убытка;
- Своевременное выявление исключений, установленных договором, не допускается;

10.3.4. Ознакомить застрахованных лиц с условиями страхования, указанными в настоящем договоре, и обязательствами, которые они принимают на себя в соответствии с требованиями настоящего договора;

10.3.5. Полностью и надлежащим образом исполнять принятые по настоящему договору обязательства.

		<p>10.3.6. В случае, если застрахованное лицо застраховало один и тот же интерес у нескольких страховщиков одновременно, застрахованное лицо обязано незамедлительно уведомить об этом страховщика, указав идентификацию всех страховщиков и сумму страхового возмещения.</p> <p>10.3.7. По запросу предоставить страховщику право и содействовать, после выплаты компенсации за ущерб, в проверке качества предоставленных медицинских услуг и, в случае выявления недостатков в медицинских услугах, приведших к увеличению ущерба, в обращении в медицинское учреждение с требованием возврата переплаченной суммы.</p> <p>10.3.8. Предоставить страховщику право обратиться в Группу по изучению полипрагмазии Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии вместо застрахованного лица;</p> <p>10.3.9. Если страховщик обнаружит, что полученные застрахованным лицом услуги превышают страховой лимит конкретного покрытия, застрахованное лицо обязано вернуть страховщику полученные сверх страхового лимита выплаты в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента обнаружения и уведомления страховщиком.</p> <p>10.4. Страховщик/застрахованное лицо имеет право:</p> <p>10.4.1. Требовать от страховщика предоставления страхования в соответствии с условиями, указанными в настоящем Соглашении;</p> <p>10.4.2. В случае наступления страхового случая потребовать от страховщика выплаты страхового возмещения в соответствии с условиями, указанными в настоящем Соглашении;</p> <p>10.4.3. Требовать от страховщика надлежащего выполнения своих обязательств;</p> <p>10.4.4. Расторгнуть настоящее Соглашение в полном соответствии с его условиями;</p>
11	Правило суброгации	<p>Если страховщик/застрахованное лицо может потребовать возмещения ущерба от третьего лица, то это требование переходит к страховщику, если он возмещает страховщику ущерб. Если страховщик отказывает в удовлетворении требования к третьему лицу или в праве на обеспечение его удовлетворения, то страховщик освобождается от обязанности возместить ущерб в размере суммы, которую он мог бы получить в качестве компенсации своих расходов, связанных с осуществлением права или подачей требования, и если такая компенсация была предоставлена, страховщик имеет право потребовать возврата</p>
12	Срок действия договора и условия его расторжения (аннулирования).	<p>12.1. Страховой период начинается в 24:00 в день, указанный в страховом полисе, и заканчивается в 24:00 в день, указанный в полисе. Полис вступает в силу в 24:00 в день уплаты страховой премии единовременно или, в случае распределения страховой премии, первым взносом, если иным сроком не установлен страховым полисом.</p> <p>12.2. Договор может быть расторгнут досрочно как по инициативе застрахованного лица, так и страховщика.</p> <p>12.3. В случае досрочного расторжения страхования по инициативе застрахованного лица он обязан во всех случаях уведомить страховщика в письменной форме; желание, выраженное устно или по телефону, не является основанием для расторжения страхования;</p>

		<p>12.4. Страхование может быть расторгнуто по инициативе страховщика в связи с нарушением обязанности уплаты страховой премии.</p> <p>12.5. Страховщик имеет право в одностороннем порядке немедленно расторгнуть договор страхования, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - страховщик/застрахованный/выгодополучатель предоставляет страховщику неверную информацию, фальсифицирует ее и вводит в заблуждение/пытается сделать это каким-либо образом; - страховка будет аннулирована на следующий рабочий день после получения страховщиком соответствующей информации. <p>12.6. Исключение члена семьи из семейного пакета считается расторжением договора страхования для конкретного застрахованного лица и регулируется условиями досрочного расторжения договора.</p> <p>12.7. В случае, если исключение члена семьи из семейного пакета приводит к уменьшению числа членов семьи до 2, то семейный пакет аннулируется страховщиком, и страховой пакет расширяется на каждого застрахованного лица на условиях индивидуального розничного пакета и с соответствующей премией, при этом израсходованные лимиты переводятся в новый индивидуальный пакет.</p>
13	<p>Штрафные санкции/меры наказания, вытекающие из расторжения контракта.</p>	<p>13.1. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто досрочно:</p> <p>13.1.1. На основании уведомления, направленного «Страховщиком» «Застрахованному лицу» (как в письменной форме, так и посредством SMS), в течение 30 (тридцати) дней с даты доставки/получения настоящего уведомления;</p> <p>13.1.2. В случае полного исполнения обязательств, принятых Страховщиком, или полного исчерпания соответствующего лимита ответственности/компенсации, конкретный лимит покрытия указан в страховом полисе.</p> <p>13.1.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств, принятых сторонами;</p> <p>13.1.4. В других случаях, предусмотренных настоящим Соглашением и законодательством Грузии.</p> <p>13.2. В случае досрочного расторжения Соглашения:</p> <p>13.2.1. Страховщик имеет право досрочно расторгнуть договор без предупреждения в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств, принятых страхователем, а также в случае выявления недобросовестных действий со стороны страхователя и потребовать от страхователя возврата полученных в результате вышеупомянутых действий выплат;</p> <p>13.2.2. В случае расторжения договора страхования по требованию страховщика/страхователя:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Начисленная страховая премия не возвращается. б. Страхователь обязан уплатить штраф в размере неначисленной страховой премии, если он хотя бы раз получил страховое возмещение в течение срока действия договора (за исключением услуг семейного врача).

		<p>в. Если страхователь вообще не получил возмещения, он обязан уплатить 20% от неначисленной премии в качестве штрафа. За исключением случая смерти страхователя в течение срока действия полиса.</p> <p>г. Кроме того, во избежание сомнений, страховая премия, начисленная до прекращения действия страхования, в любом случае подлежит уплате страховщиком/страхователем.</p> <p>13.3. Несмотря на досрочное расторжение настоящего Соглашения, каждая из сторон обязана выполнить обязательства, возникшие до расторжения настоящего Соглашения;</p> <p>13.4. Любые изменения и/или дополнения к настоящему Соглашению вступают в силу с момента письменного соглашения, в том числе путем отправки его по электронной почте и получения подтверждения. В случае неполучения страхователем подтверждения по электронной почте в течение 2 рабочих дней, страховщик имеет право считать подтверждение полученным по истечении 2 рабочих дней;</p> <p>13.5. Страховщик имеет право в одностороннем порядке изменять условия настоящего Соглашения на основании процентного изменения Индекса потребительских цен в секторе здравоохранения, публикуемого Национальным статистическим бюро Грузии, в соответствии с увеличенной суммой «%» за услугу, пропорционально доле общих убытков Компании по этим услугам (услугам), о чем Стороны договорятся путем заключения дополнительного соглашения; и если Страховщик не согласен с предложенным изменением в течение 2 (двух) рабочих дней после получения уведомления от Страховщика о реализации такого изменения, Страховщик имеет право немедленно расторгнуть Соглашение без дополнительного срока, при этом уведомление может быть сделано в соответствии с пунктом 13.4.</p>
14	<p>Страховая премия и условия оплаты</p>	<p>14.1. Полная сумма страховой премии, подлежащая уплате «Застрахованным» «Страховщику» в соответствии с соответствующим страховым периодом и выбранным «Страховщиком» страховым пакетом, указана в страховом полисе;</p> <p>14.2. В случае первого нарушения Страховщиком установленного настоящим Соглашением порядка уплаты премии (премия и/или ее часть не были уплачены вовремя или в установленном размере), Страховщик освобождается от исполнения обязательств, принятых по Соглашению. Страховщик имеет право приостановить действие Соглашения и не выплачивать компенсацию за страховые случаи в течение 14 календарных дней с даты нарушения графика без предварительного уведомления, до полного выполнения Страховщиком своих финансовых обязательств. Страховой договор возобновляется только после уплаты Страховщиком премии. После погашения задолженности Страховщик больше не будет рассматривать события, произошедшие в течение периода задолженности, как страховые случаи, и услуги, предоставленные в течение этого периода, не будут подлежать компенсации со стороны Страховщика. Кроме того, стороны соглашаются, что если «Страховщик»/«Застрахованный» не уплатит причитающуюся премию в соответствии с графиком в течение 30 (тридцати) дней, то по истечении этого срока «Страховщик» имеет право расторгнуть настоящее</p>

		<p>Соглашение и потребовать от «Застрахованного» уплаты задолженности по страховой премии;</p> <p>14.3. «Застрахованный» уплачивает индивидуальную страховую премию ежемесячными платежами. Первый и последний ежемесячные платежи будут произведены сразу после приобретения полиса. Страховая премия за первый и последний месяц (первая часть страховой премии) должна быть уплачена в течение 4 календарных дней с момента подписания настоящего Соглашения и важных условий Соглашения, а оставшаяся сумма премии будет распределена пропорционально на следующие 10 месяцев в соответствии с результатом, полученным путем деления оставшейся премии на 10 месяцев, равными траншами; Кроме того, во избежание недоразумений, до момента уплаты первого или единовременного страхового взноса страховщик освобождается от своих обязательств, и полис аннулируется. Для того чтобы платеж считался произведенным и был идентифицирован, в платежном документе в обязательном порядке должен быть указан номер страхового полиса/карты.</p>
15	Процедура разрешения споров	<p>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.</p>
16	Общение между сторонами	<p>16.1. Страховщик направляет Застрахованному лицу (Застрахованному лицу/Выгодополучателю) уведомление посредством текстового сообщения, электронной почты или обычной почты по адресу и контактными данными, указанным Застрахованным лицом в заявлении/страховом полисе. Кроме того, Страховщик не несет ответственности, если указанные данные неверны или были изменены, а Застрахованное лицо не было уведомлено, в результате чего уведомление не могло быть отправлено или было отправлено по неверному адресу. Уведомление считается доставленным с момента отправки;</p> <p>16.2. В случае, если Страховщик направил Застрахованному лицу уведомление на адрес электронной почты, отличный от указанного в заявлении/страховом полисе, уведомление считается доставленным в день его получения Застрахованным лицом/Застрахованным лицом, если Застрахованное лицо/Застрахованное лицо подтвердило получение уведомления;</p> <p>16.3. Страховой полис, заверенный и выданный страховщиком с электронной подписью или электронной печатью, приравнивается к оригиналу, а согласие страховщика с условиями страхования, подтвержденное страховщиком посредством электронной связи, приравнивается к подписи страховщика. Страховой полис и соответствующий договор могут быть заключены в материальной письменной форме, а также дистанционно, с использованием веб-сайта страховщика (https://unison.ge/).</p> <p>16.4. Подтверждение по любому корпоративному адресу электронной почты страховщика, заканчивающемуся на unison.ge, приравнивается к подписи.</p>
17	Обработка персональных данных	<p>17.1. Страховщик уполномочен обрабатывать персональные данные (включая особые категории персональных данных), полученные в рамках страхования, в соответствии с требованиями Закона Грузии о защите персональных данных.</p>

		<p>17.2. Страховщик соглашается с тем, что он уполномочен обрабатывать персональные данные Страховщика/Застрахованного лица, включая особые категории данных, в соответствии с законодательством Грузии, в рамках и объеме настоящего Соглашения, для целей Соглашения и, при необходимости, передавать их третьим лицам. Страховщик также уполномочен обрабатывать персональные данные Страховщика/Застрахованного лица в маркетинговых целях, включая цели прямого маркетинга.</p> <p>17.3. Заключая настоящий договор/полис, Застрахованное лицо предоставляет страховщику право получать необходимую информацию от третьих лиц (врачей, любых медицинских учреждений, транспортных служб и т. д.) и освобождает последнего от обязанности сохранять конфиденциальность этой информации.</p> <p>17.4. Субъект персональных данных имеет право в любое время потребовать от страховщика прекратить использование его данных в целях прямого маркетинга, в той же форме, в которой осуществляется указанная коммуникация, — путем подачи письменного заявления или посредством телекоммуникационных средств.</p>
18	<p>Заключительные положения</p>	<p>18.1. Заявление может быть подано по следующему адресу электронной почты Страховщика: complaints@unison.ge или оставлено в информационной службе Страховщика по телефону 0 32 2 991 991;</p> <p>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;</p> <p>18.3. Соответствующими приложениями к настоящему Соглашению являются: Приложение № 1 - Страховые пакеты; Приложение № 2 - Список поставщиков услуг;</p>