

Важные условия договора

Продукт . . .

- ✓ Важные условия данного договора представляют собой неполную информацию о страховании;
- ✓ Составная часть договора страхования вместе с важными условиями договора размещена на сайте <https://credobank.ge/> :
 - Форма претензии
 - Информационный лист
 - Стандартные условия договора и приложения к нему, так же

1. Информация о страховой компании и типе договора:

- ✓ АО«Международная Страховая Компания Ирао»
(идентификационный номер :205023856)
- ✓ Юридический адрес Тбилиси, район Ваке-Сабуртало, ул. В. Бочоришвили 88/15
- ✓ Страхование здоровья– это застрахованное по договору благо, здоровье пользователя/застрахованного, которое при наступлении страхового случая влечет за собой возникновение страховой суммы, обязанность выдачи/возмещения в соответствии с условиями договора.

2. Информация о сроке действия договора страхования здоровья, страховой премии, условиях расторжения договора, форме подачи претензии, сроках и статье, регулирующей исключения:

- ✓ Период страхования и размер страховой премии, предусмотренные договором, указываются в печатной форме страхового полиса
- ✓ **Договор страхования здоровья может быть аннулирован :**
 - а) полное выполнение взятых на себя страховщиком обязательств;
 - б) неисполнение обязательств, взятых на себя стороной договора;
 - с) письменное соглашение сторон.

d) иные случаи, предусмотренные законодательством и (или) договором страхования;

- ✓ Любая претензия может быть предъявлена пользователем страховщику только в письменной форме, форма подачи претензии прилагается к договору страхования **в виде Приложения №Х**, претензии пользователя рассматриваются **Х департаментом** страховщика, который с момента получения соответствующей письменной претензии в срок **. . . календарных дней** обеспечивает представление письменного ответа пользователям, доставку ответа пользователю возможно **осуществить . . .**
- ✓ Наименование и адрес надзорного органа страховщика:
ЮЛПП « Государственная служба по надзору за страхованием Грузии», Тбилиси, район Ваке-Сабуртало, улица Тенгиза Абуладзе N 34.

3. Электронный полис размещен: <https://online.iraog.ge/ka/login>.

4. Условия страховых покрытий, получения услуг, выдачи возмещения

1. „Ирао-Асистанс“

Предусматривает 24 часовую телефонную консультацию, доставку страхователю информации, связанной со страхованием организацию медицинского обслуживания, в частности, планирование визита к личному врачу и вызов бригады скорой медицинской помощи.

1.1. Схема получения услуг:

1.1.1. Для связи с «Ирао-помощь» звоните по следующему номеру: (032) 2 949 949.

2. Услуга личного врача

Предусматривает консультацию и наблюдение за состоянием здоровья застрахованных лиц у личного врача, направление на дополнительные консультации и/или обследования при медицинских показателях, назначение лечения, выдачу направления в аптечную сеть провайдера, согласование лечебной тактики со специалистами конкретного профиля, выпуск бюллетеня;

2.1. Схема получения услуги:

2.1.1. Для получения услуг личного врача застрахованный обращается в «Ирао-ассистанс» и договаривается о времени визита к врачу.

3. Скорая медицинская услуга

Предоставляется застрахованному бригадой скорой медицинской помощи провайдера, включая расходы на транспортировку по территории Грузии в соответствии с заключением и показанием к оказанию неотложной медицинской помощи.

3.1. Схема получения услуги:

3.1.1. Застрахованное или иное заинтересованное лицо обращается в «Ирао-Ассистанс». При необходимости «Ирао-Ассистанс» обеспечивает вызов бригады скорой медицинской помощи для застрахованного лица. В таких случаях застрахованному лицу достаточно предъявить страховую карту и документ, удостоверяющий личность, в бригаду скорой помощи, и он освобождается от оплаты стоимости услуги; В таких случаях застрахованному лицу достаточно предъявить страховую карту и документ, удостоверяющий личность, в бригаду скорой помощи, и он освобождается от оплаты стоимости услуги;

3.1.2. Застрахованный или иное заинтересованное лицо самолично обращается в бригаду скорой медицинской помощи провайдера. Страхователь самостоятельно оплачивает полную стоимость услуги и затем обращается к страховщику за возмещением. Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

3.1.2.1. Страховая карта;

3.1.2.2. Документ удостоверения личности;

- 3.1.2.3. Медицинская документация, подтверждающая оказанные услуги, заверенная печатью и подписью обслуживающего учреждения/врача;
- 3.1.2.4. Финансовая документация, подтверждающая оплату, представляющая собой документ, приравненный к чеку, отпечатанный по схеме штемпеля по форме, установленной Министерством финансов, где дается подробная оценка/расчет услуги.

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

4. Профилактика заболеваний

Предоставляет консультацию личного врача без медицинских показаний. По направлению личного врача – общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, определение уровня глюкозы в крови, определение уровня протромбина в крови, эхоскопию любой одной системы.

4.1. Схема получения услуги:

Для получения услуг личного врача застрахованный может обратиться в «Ирао-ассистанс» для организации визита к личному врачу, который обеспечивает застрахованного направлением на обследования, предусмотренные настоящими условиями. Данной услугой можно воспользоваться в Тбилиси и в регионе, в местах дислокации личного врача, где застрахованное лицо открыло анкету.

5. Больничные услуги

Предусматривает возмещение расходов на хирургическое и консервативное лечение, назначенное врачом по медицинским показателям (диагностические мероприятия, терапевтическое и хирургическое лечение, медикаменты, парентеральное и энтеральное питание, стандартное, реанимационное и/или палата интенсивной терапии) в течение страхового периода, которое будет предоставляться застрахованному лицу в лицензированном медицинском учреждении.

5.1. Больничные услуги включают в себя:

- 5.1.1. Больничные услуги в связи с несчастным случаем - предусматривающее финансирование комплекса мероприятий, связанных с ухудшением состояния здоровья в течение страхового периода только в результате воздействия внешней силы (физической, механической, термической, химической), во время которого в условиях промедления неизбежны смерть пациента или резкое ухудшение состояния и во время которого просрочка страхователя в клинике по медицинским показателям превышает 1 койко-день.
- 5.1.2. **Неотложную больничную услугу**—которая предусматривает финансирование комплекса мероприятий, исходя из ухудшения состояния здоровья застрахованного в течение страхового периода, во время которого в условиях промедления неизбежны смерть пациента или резкое ухудшение состояния, и во время которого просрочка страхователя в клинике по медицинским показателям превышает 1 койко-день. Вместе с тем, указанные услуги не покрывают таких услуг, на которые распространяются условия/исключения настоящего договора страхования и которые не включены в перечень услуг кардиологии, онкологии и дневного стационара.
- 5.1.3. **Плановую больничную услугу (период ожидания 12 месяцев на первично застрахованных)** –которая предусматривает период страхования финансирование стоимости плановых стационарных услуг, возмещаемых по условиям/исключениям настоящего договора страхования и не включенных в перечень кардиологических, онкологических и дневных стационарных услуг, в течение которых просрочка застрахованных в клинике по медицинским показаниям превышает 1 койко-день.
- 5.1.4. **Кардиологию(период ожидания 12 месяцев на плановые услуги для первично застрахованных)**—которая предусматривает финансирование в течение страхового периода, плановой и неотложной кардиохирургии, плановой и неотложной интервенционной кардиологии, плановых и неотложных вмешательств/манипуляций. Вышеуказанные случаи покрываются указанной услугой, при которой задержка застрахованного лица в клинике по медицинским показаниям может составлять или превышать 1 койко-день. Из указанного лимита, с учетом установленной страховой картой

доплаты за данную услугу, покрываются также расходы на последующие осложнения (имеются в виду как до выписки застрахованного из лечебного учреждения, так и осложнения, развившиеся после выписки независимо от того, возникают ли состояния, вызванные этими осложнениями, в условиях стационара неотложной помощи или в амбулаторных условиях). Кроме того, коронароангиография, не включающая стентирование, возмещается из лимита, предусмотренного для амбулатории, с учетом соответствующей доплаты.

5.1.5. Услугу дневного стационара (период ожидания 12 месяцев на плановые услуги для первично застрахованных) - которая предусматривает финансирование расходов на плановые и неотложные вмешательства/манипуляции/хирургические операции, определенные положительным перечнем, независимо от задержки в медицинском учреждении, назначенной врачом в течение страхового периода и так же случаи, не входящие в этот положительный перечень, при которых задержка застрахованного лица с медицинским показанием не превышает 1 койко-дня.

5.1.5.1. Гинекология:

- 5.1.5.1.1. Полипэктомия
- 5.1.5.1.2. Операции/манипуляции на шейке матки
- 5.1.5.1.3. Медицинская гистероскопия/гистерорезектоскопия
- 5.1.5.1.4. Абляция
- 5.1.5.1.5. Иссечение бартолиновой железы и дренирование
- 5.1.5.1.6. Иссечение кисты влагалища
- 5.1.5.1.7. Лапароскопическая цистэктомия, овариэктомия, сальпингэктомия, аднексэктомия
- 5.1.5.1.8. Манипуляции/вмешательства/хирургическое лечение, связанные с эндометриозом и аденомиозом.

5.1.5.2. Оториноларингология:

- 5.1.5.2.1. Аденоидэктомия
- 5.1.5.2.2. Тонзиллэктомия
- 5.1.5.2.3. Аденотонзиллэктомия
- 5.1.5.2.4. Назальная полипэктомия
- 5.1.5.2.5. Резекция носовой перегородки
- 5.1.5.2.6. Дезинтеграция раковин
- 5.1.5.2.7. Конхотомия
- 5.1.5.2.8. Хронический синусит – эндоскопическая хирургия
- 5.1.5.2.9. Миринготомия
- 5.1.5.2.10. Гайморотомия
- 5.1.5.2.11. Септопластика.

5.1.5.3.Офтальмология:

- 5.1.5.3.1. Операция катаракты
- 5.1.5.3.2. Дренирование слезной железы
- 5.1.5.3.3. Операция энтропиона/эктропиона
- 5.1.5.3.4. Кератопластика
- 5.1.5.3.5. Лазерная/фотокоагуляция
- 5.1.5.3.6. Энуклеация/эвисцерация
- 5.1.5.3.7. Иссечениептеригиума
- 5.1.5.3.8. Пластика глазного яблока
- 5.1.5.3.9. Дакриоцисториностомия
- 5.1.5.3.10. Витрэктомия
- 5.1.5.3.11. Пломбирование склеры
- 5.1.5.3.12. Имплантация интрастромальных дуг
- 5.1.5.3.13. Сквозная кератопластика
- 5.1.5.3.14. YAG лазерная хирургия
- 5.1.5.3.15. Операции на слезном канале
- 5.1.5.3.16. Операции на роговице.

5.1.5.4.Гастроэнтерология:

- 5.1.5.4.1. Физурэктомия
- 5.1.5.4.2. Полипэктомия из прямой кишки
- 5.1.5.4.3. Папиллотомия/сфинктеротомия
- 5.1.5.4.4. Лигирование варикозно расширенных вен (желудка, пищевода).
- 5.1.5.4.5. Гастростома
- 5.1.5.4.6. Полипэктомия
- 5.1.5.4.7. Электрокоагуляции
- 5.1.5.4.8. Папиллосфинктеротомия
- 5.1.5.4.9. Лапароцентез
- 5.1.5.4.10. Лапароскопическая холецистэктомия
- 5.1.5.4.11. Дренирование и/или иссечение дермоидной/копчиковой кисты.

5.1.5.5.Генитоуринарныйтракт:

- 5.1.5.5.1. Троякарная эпицистостомия
- 5.1.5.5.2. Литотрипсия
- 5.1.5.5.3. Операции/манипуляции, связанные с гидроцеле/варикоцеле
- 5.1.5.5.4. Хирургия, связанная с фимозом
- 5.1.5.5.5. Орхиэктомия
- 5.1.5.5.6. Орхиопексия
- 5.1.5.5.7. Эпидидимэктомия
- 5.1.5.5.8. Эндоскопическое удаление камней
- 5.1.5.5.9. Цистолитотомия
- 5.1.5.5.10. Чрескожная лапаксия

5.1.5.5.11. Катетеризация/стентирование мочеточника и/или мочевого пузыря

5.1.5.5.12. Лазерная и оптическая хирургия.

5.1.5.6. Маммология:

5.1.5.6.1. Иссечение кист.

5.1.5.7. Челюстно-лицевая хирургия:

5.1.5.7.1. Иссечение кисты, входящей в полость гимора

5.1.5.7.2. Иссечение кисты, разросшейся в нижнечелюстном канале

5.1.5.7.3. Вскрытие поднадкостничного абсцесса

5.1.5.7.4. Оперативное лечение периостита

5.1.5.7.5. Цистэктомия

5.1.5.7.6. Воспаление диинфильтрата, вскрытие абсцесса

5.1.5.7.7. Лечение альвеолита соскобом.

5.1.5.8. Хирургия смешаная:

5.1.5.8.1. Иссечение и/или дренирование кист и абсцессов мягких тканей

5.1.5.8.2. Стриппинг или лигирование варикозно расширенных вен нижних конечностей, флебэктомия

5.1.5.8.3. Удаление лимфатических узлов с целью лечения

5.1.5.8.4. Абляция

5.1.5.8.5. Торакоцентез

5.1.5.8.6. Дренирование желчных протоков с контролем реанимации

5.1.5.8.7. Операции/манипуляции, связанные с абсцессами кожи, флегмоной, фурункулом, карбункулами.

5.1.5.9. Ортопедия, травматология:

5.1.5.9.1. Удаление металлической конструкции

5.1.5.9.2. Лапароскопическая артроскопия/лапароскопическая менискэктомия.

Вместе с тем, из указанного лимита, с учетом установленной страховой картой доплаты за данную услугу, покрываются расходы на последующие осложнения указанных вмешательств/манипуляций/хирургических операций (имеется в виду как осложнения, развившиеся до выписки застрахованного из лечебного учреждения и, так и развившиеся после выписки, независимо от того, будут ли состояния, вызванные этими осложнениями, в условиях стационара скорой помощи или в амбулаторных условиях).

Примечание: Любое вмешательство/манипуляция/хирургическая операция, определяемая 10-й редакцией Международной классификации болезней (ICD-10) как доброкачественная или злокачественная онкологическая проблема, не будет покрываться этой услугой.

5.2. Схема получения услуг:

5.2.1. В связи с несчастным случаем при оказании стационарных услуг, при оказании неотложной стационарной помощи, при оказании неотложной помощи дневного стационара и при оказании неотложной кардиологической услуги - застрахованное или иное заинтересованное лицо обращается в "Ирао-Ассистанс" в течение 48 часов,(как в случае обращения в клинику провайдера, так и в клинику, не провайдера),за исключением задержки уведомления по объективным обстоятельствам, когда застрахованный не может быть идентифицирован медицинским учреждением или застрахованный находится в таком состоянии, что уведомление невозможно по состоянию здоровья.Уведомление должно содержать следующую информацию: **Имя и фамилию застрахованного, номер страховой карты, наименование медицинского учреждения, время обращения в медицинское учреждение, предварительный диагноз.**

5.2.1.1. При обращении в медицинское учреждение провайдера страхователя на основании направления,страховщик будет обеспечен обслуживанием в соответствующем стационаре в пределах лимита/доплаты, указанных в страховом полисе.

5.2.1.2. При обращении в непровайдерское медицинское учреждение, также в случае получения слуг без уведомления как в провайдерском так и непровайдерском медицинском учреждении, застрахованный оплачивает сумму услуги в полном объеме и обращается к страховщику за дальнейшим возмещением, который после получения документации возмещает стоимость полученных медицинских услуг на основании условий договора страхования.В случае услуг, полученных без уведомления, в клинике-провайдере будет возмещена по стоимости оплаченной страховщиком,а в непровайдерской же в пределах лимитов и доплат, предусмотренных страховой картой. Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

5.2.1.2.1. Страховая карта;

5.2.1.2.2. Документ удостоверения личности;

5.2.1.2.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;

5.2.1.2.4. Детальная оценка/расчет услуг;

5.2.1.2.5. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страхование возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

5.2.2. Во время плановых стационарных услуг, плановых дневных стационаров и плановых кардиологических услуг:

5.2.2.1. При обращении в провайдерское медицинское учреждение страховщика застрахованному будут оказаны услуги в соответствующей больнице в пределах лимита/доплаты, указанных в страховом полисе. За 5 (пять) рабочих дней до получения услуги застрахованный должен предоставить полную документацию, на основании которой, если стоимость услуги не превышает 1 000 (тысяч) лари, страховщик выдает гарантийное письмо в течение 1 (одного) рабочего дня, а если стоимость услуги свыше или равна 1000 (тысяча) лари, гарантийное письмо будет выдано страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней.

5.2.2.2. Для получения гарантийного письма страхователь или его представитель должны представить страховщику:

5.2.2.2.1. Страховую карту;

5.2.2.2.2. Документ удостоверения личности;

5.2.2.2.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;

5.2.2.2.4. Подробный расчет стоимости медицинских услуг;

5.2.2.3. При обращении в непровайдерское медицинское учреждение, а также в случае получения услуг в обслуживающем медицинском учреждении без предоставления предварительной документации застрахованный оплачивает стоимость услуги в полном объеме и затем обращается к страховщику за возмещением, который после получения документации возмещает стоимость оказанных медицинских услуг в зависимости от условий договора страхования.

Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 5.2.2.3.1. Страховая карта;
- 5.2.2.3.2. Документ удостоверения личности;
- 5.2.2.3.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;
- 5.2.2.3.4. Подробный расчет стоимости услуг;
- 5.2.2.3.5. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

6. Онкология (период ожидания 12 месяцев на плановые услуги для первично застрахованных)

Предусматривает при соответствующих медицинских показателях, определенных 10-й редакцией Международной классификации болезней (ICD-10) как доброкачественная или злокачественная онкологическая проблема, возмещение расходов, связанных с неотложным и плановым хирургическим лечением (медикаменты, диагностические мероприятия, терапевтическое и хирургическое лечение, стандартную, реанимационную и/либо интенсивную палату парентерального и энтерального питания), манипуляции, диагностику, химию, радио и лучевое лечение, а также возмещение расходов, на обследования и медикаменты, связанные с этими

процедурами. Из указанного лимита, с учетом установленной страховой картой доплаты за данную услугу, покрываются расходы на осложнения (имеются в виду как до выписки застрахованного из лечебного учреждения, так и осложнения, развившиеся после выписки, независимо от того обслуживаются ли состояния, вызванные этими осложнениями, в неотложных стационарных или в амбулаторных условиях).

6.1. Схема получения услуги:

6.1.1.1.В случае онкохирургии, в случае радио- и лучевой терапии и химиотерапии:

6.1.1.2. При обращении в провайдерское медицинское учреждение страховщика застрахованному будут оказаны услуги в соответствующей больнице в пределах лимита/доплаты, указанных в страховом полисе. За 5 (пять) рабочих дней до получения услуги застрахованный должен предоставить полную документацию, на основании которой, если стоимость услуги не превышает 1 000 (тысяч) лари, страховщик выдает гарантийное письмо в течение 1 (одного) рабочего дня, а если стоимость услуги свыше или равна 1000 (тысяча) лари, гарантийное письмо будет выдано страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней. Для получения гарантийного письма страхователь или его представитель должны представить страховщику:

- 6.1.1.2.1. Страховую карту;
- 6.1.1.2.2. Документ удостоверения личности;
- 6.1.1.2.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;
- 6.1.1.2.4. Подробный расчет стоимости услуг;

6.1.1.3. При обращении в непровайдерское медицинское учреждение, а также в случае получения услуг в обслуживающем медицинском учреждении без предоставления предварительной документации застрахованный оплачивает стоимость услуги в полном объеме и затем обращается к страховщику за возмещением, который после получения документации возмещает стоимость оказанных медицинских услуг в зависимости от условий договора страхования.

Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное

пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 6.1.1.3.1. Страховую карту;
- 6.1.1.3.2. Документ удостоверения личности;
- 6.1.1.3.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;
- 6.1.1.3.4. Подробную оценку/расчет стоимости услуг;
- 6.1.1.3.5. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

6.1.2. При наличии онкологического диагноза схему возмещения стоимости обследований и медикаментов см. схему получения медицинских услуг при плановых амбулаторных услугах и возмещения стоимости медикаментов.

7. Беременность (период ожидания 12 месяцев на плановые услуги для первично застрахованных)

Предусматривает финансирование плановых и неотложных медицинских услуг, связанных с беременностью и ее осложнениями (консультация врача, лабораторные и инструментальные исследования, прерывание беременности по медицинским показаниям, диагностика и лечение осложнений беременности, манипуляции, медикаменты, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях).

Указанное покрытие возмещается в полном объеме в пределах лимитов/доплат, указанных в страховом полисе, и на него не распространяются договорные исключения, кроме государственных/реферальных программ.

7.1. Схема получения услуг:

Для получения услуг с привлечением личных врачей застрахованный обращается к личному врачу, который выявляет проблему и обеспечивает застрахованного необходимыми исследованиями и направлением в медицинское учреждение - провайдер. При направлении личного врача в клинику- провайдер (при предъявлении направления, страховой карты и документа, удостоверяющего личность) застрахованный оплачивает только свою долю суммы, предусмотренной страховым пакетом (при наличии).

Застрахованные, открывшие историю болезни у личного врача страховщика, могут воспользоваться электронным направлением. При наличии у застрахованного диагноза и назначения, заверенных подписью и печатью уполномоченного лица (титульный лист врача) и/или формы № IV-100, заполненной по правилам, установленным Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача, За 1 рабочий день до получения услуги застрахованный отправляет запрос в электронном виде на электронный адрес mimartva@irao.ge. На основании подтверждения в соответствии с условиями договора оказания медицинских услуг страховщик обеспечивает отправку электронного направления в медицинское учреждение - конкретного провайдера. На основании электронного заявления (в случае предъявления страховой карты и документа, удостоверяющего личность) застрахованный уплачивает только причитающуюся ему сумму доплаты (если такая предусмотрена соответствующей страховой картой) и полностью освобождается от уплаты оставшейся суммы стоимости медицинских услуг.

- 7.1.1. **Свободный выбор** - при обращении в клинику провайдера или не провайдера, без направления личного врача и/или электронного направления застрахованный оплачивает сумму соответствующей услуги в полном объеме и обращается к страховщику за возмещением, который после получения документации возмещает расходы полученных медицинских услуг на основании условий договора страхования. Услуги, полученные без направления в клинику-провайдер, возмещаются с процентом доплаты, предназначенным для свободного выбора.

Для получения компенсации необходимо после получения сервисав течение 30 (тридцати) календарных дней предоставить в страховую компанию или

загрузить в личное пространство - <https://online.iraao.ge/login> следующую документацию:

- 7.1.1.1. Страховую карту;
- 7.1.1.2. Документ удостоверения личности;
- 7.1.1.3. Медицинская документация об услугах, назначенных и оказанных лицензированным врачом (форма № IV-100, заполненная по правилам, установленным Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача) либо заверенные подписью и печатью уполномоченного лица (титульный лист врача) диагноз и назначение, заключение о проведенных исследованиях и др.)
- 7.1.1.4. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraao.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

8. Роды (период ожидания 12 месяцев на плановые услуги для первично застрахованных)

Предусматривает финансирование расходов на медицинские услуги (медикаменты, манипуляции, обезболивание, палата (стандартная/нестандартная, реанимационная, интенсивная палата), питание, гонорар врача), связанные с физиологическими родами, кесарево сечение по медицинским показаниям и без них, а также их осложнения, осложнения при госпитализации. Вместе с тем, в рамках покрытия и лимита, предоставляемых указанной услугой, будет осуществляться финансирование состояний, связанных с родами и/или их последующими осложнениями (как до выписки застрахованного, так и осложненных состояний, развившихся после выписки застрахованного лица из медицинского учреждения). Независимо от того, будет ли оказана необходимая медицинская помощь при состояниях, вызванных этими осложнениями, в условиях стационара скорой медицинской помощи или

амбулаторно; за исключением случаев послеродового сепсиса, послеродового атонического кровотечения и внематочной беременности, финансирование которых будет осуществляться за счет соответствующего лимита, предусмотренного для стационарных услуг.

Указанная услуга возмещается в полном объеме в пределах лимитов/доплат, указанных в страховом полисе, и на него не распространяются договорные исключения, кроме государственных/реферальных программ.

8.1. Схема получения услуги:

8.1.1. При обращении в медицинское учреждение провайдера страховщика, на основании предъявления в медицинское учреждение страховой карты и удостоверения личности, застрахованному будут оказаны услуги в соответствующей больнице в пределах лимита/доплаты, указанных в страховом полисе. В случае кесарева сечения застрахованный или его представитель должны предоставить страховщику:

8.1.1.1. Страховую карту;

8.1.1.2. Документ удостоверения личности;

8.1.1.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;

8.1.1.4. Подробный расчет стоимости медицинских услуг;

В случае планового кесарева сечения для получения гарантийного письма за 5 (пять) рабочих дней до получения услуги застрахованное лицо/его представитель должны предоставить полный комплект документов, указанных выше, на основании чего, если стоимость услуги не превышает 1 000 (тысячу) лари, страховщик выдает гарантийное письмо в течение 1 (одного) рабочего дня, а если стоимость услуги свыше или равна 1000 (тысяче) лари, гарантийное письмо будет выдано страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней.

8.1.2. При обращении в непровайдерское медицинское учреждение, застрахованный оплачивает стоимость услуги в полном объеме и затем обращается к страховщику за возмещением, который после получения документации возмещает стоимость оказанных медицинских услуг в зависимости от условий договора страхования.

Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 8.1.2.1. Кредитную карту;
- 8.1.2.2. Документ удостоверения личности;
- 8.1.2.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;
- 8.1.2.4. Подробный расчет стоимости медицинских услуг;
- 8.1.2.5. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производится путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета..

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

9. Амбулаторные услуги

Предусматривают при соответствующих медицинских показаниях финансирование комплекса лечебно/диагностических мероприятий (консультация специалиста, (консультация врача, лабораторные и инструментальные исследования, медикаменты, связанных с ухудшением состояния здоровья страхователя в течение страхового периода (только при неотложной амбулаторной помощи при амбулаторном или стационарном лечении)), которые будут предоставлены застрахованному в любом лицензированном медицинском учреждении, где задержка застрахованного не превышает 1 койко-день и/или не занимает койко-место.

9.1. Амбулаторные услуги включают в себя:

- 9.1.1. **Неотложную амбулаторную помощь** - которая предусматривает возмещение стоимости медицинских услуг, необходимых только в случаях, определенных положительным перечнем, в пределах лимита/доплаты, указанных в страховом полисе.

Случаями, определяемыми положительным списком, являются:

- 9.1.1.1. Травма – повреждение тела в результате воздействия внешней силы (физической, механической, термической, химической) – консультация врача, хирургическая обработка ран/перевязка/наложение швов, рентгенологическое исследование, коррекция переломов и иммобилизация; рентгенологическое исследование вывиха, консультация и фиксация.
- 9.1.1.2. Интоксикация – консультация врача, дезинтоксикация / инфузионная терапия, лабораторные исследования.
- 9.1.1.3. Гипертонический криз - консультация врача, электрокардиография, стабилизация артериального давления.
- 9.1.1.4. Кровотечение - консультация врача, тампонада, коагулянты.
- 9.1.1.5. Почечная, абдоминальная, желчная колика - консультация врача, общие анализы крови и мочи, УЗИ, в/в инфузия, обезболивающие и спазмолитические препараты.
- 9.1.1.6. Статус бронхиальной и сердечной астмы - консультация врача, медикаментозная терапия, купирование приступов.
- 9.1.1.7. Острая/опасная для жизни аллергическая реакция - консультация врача, противоаллергическое лечение.
- 9.1.1.8. Острый обструктивный ларингит-консультация, купирование приступа.
- 9.1.1.9. Неотложная вакцинация - предусматривает консультацию врача, амбулаторные манипуляции, антирабическую, противостолбнячную, противоботулическую вакцину и сыворотку «антигюрза». Кроме того, при наступлении страхового случая первая вакцинация возмещается в пределах доплаты и лимита услуги экстренной вакцинации. Каждая последующая будет возмещена в пределах доплаты плановой амбулаторной услуги и лимита.

Случай/услуга, не указанные в положительном перечне и подлежащие компенсации согласно соответствующим пунктам условий/исключений договора, покрываются лимитом и доплатой, установленными для плановой амбулатории.

- 9.1.2. **Плановые амбулаторные услуги** – предусматриваются возмещением стоимости медицинских услуг в любом лицензированном медицинском учреждении в пределах лимита/доплаты, указанных в страховом полисе;
- 9.1.3. **Плановые амбулаторные услуги при хронических заболеваниях (сахарный или несахарный диабет, почечная и/или печеночная хр. недостаточность) (период ожидания 6 месяцев на первично застрахованных)** – предусматривают возмещение стоимости медицинских услуг, оказываемых в любом лицензированном медицинском учреждении при хронических

заболеваниях (**сахарный или несахарный диабет, почечная и/или печеночная хр. недостаточность**) в пределах лимита/доплаты, указанных в страховом полисе;

- 9.1.4. Амбулаторные услуги без исключений** - Услугу можно получить только на основании направления личного врача в соответствующие медицинские учреждения, указанные в страховом полисе; В данную услугу входят только: консультации врача-специалиста, инструментальные и клинико-лабораторные исследования, которые могут быть проведены на базе медицинских учреждений, на которые распространяется действие полиса.;
- 9.1.5. Физиопроцедуры и лечебный массаж в реабилитационном центре ООО «Центр здоровья Давида Татишвили» и ООО «Тега»** - предоставляется скидка **30% на указанные процедуры**, для получения услуги достаточно предъявить страховую карту в клинике.
- 9.1.6. Услуги медсестры на дому** - предусматривают финансирование медицинских манипуляций, проводимых медсестрой на дому, назначенных лечащим врачом стационара в течение 2-х недель, в пределах доплаты и лимита плановых амбулаторных услуг.

9.2. Схема получения услуг:

9.2.1. При неотложной амбулаторно-поликлинической помощи

9.2.1.1.Застрахованное или иное заинтересованное лицо обращается в **"Ирао-Ассистанс"** в течение 24 часов,(как в случае обращения в клинику провайдера, так и в клинику, не провайдера),за исключением задержки уведомления по объективным обстоятельствам, когда застрахованный не может быть идентифицирован медицинским учреждением или застрахованный находится в таком состоянии, что уведомление невозможно по состоянию здоровья.Уведомление должно содержать следующую информацию: **имя и фамилию застрахованного, номер страховой карты, наименование медицинского учреждения, время обращения в медицинское учреждение.** В клинике -провайдер застрахованное лицо оплачивает только свою долю (при ее наличии), предусмотренную страховой картой.

9.2.1.2.При обращении в непровайдерское медицинское учреждение, также в случае получения слуг без уведомления как в провайдерском так и непровайдерском медицинском учреждении, застрахованный

оплачивает сумму услуги в полном объеме и обращается к страховщику за дальнейшим возмещением, который после получения документации возмещает стоимость полученных медицинских услуг на основании условий договора страхования.

Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 9.2.1.2.1. Страховая карта;
- 9.2.1.2.2. Документ удостоверения личности;
- 9.2.1.2.3. Форма № IV-100/а, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача;
- 9.2.1.2.4. Детальная оценка/расчет услуг;
- 9.2.1.2.5. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев)

9.2.2. Во время плановых амбулаторных услуг

- 9.2.2.1. Для получения услуг с привлечением личных врачей застрахованный обращается к личному врачу, который выявляет проблему и обеспечивает застрахованного необходимыми исследованиями и направлением в медицинское учреждение – провайдер (в том числе при заболеваниях, указанных в исключениях в соответствии с покрытием, определенным в страховом полисе и указанных клиник-провайдеров). При направлении личного врача в клинику- провайдер (при

предъявлении направления, страховой карты и документа, удостоверяющего личность) застрахованный оплачивает только свою долю суммы, предусмотренной страховым пакетом (при наличии). Застрахованные, открывшие историю болезни у личного врача страховщика, могут **воспользоваться электронным направлением**. При наличии у застрахованного диагноза и назначения, заверенных подписью и печатью уполномоченного лица (титульный лист врача) и/или формы № IV-100, заполненной по правилам, установленным Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача, За 1 рабочий день до получения услуги застрахованный отправляет запрос в электронном виде на электронный адрес mimartva@iraog.ge. На основании подтверждения в соответствии с условиями договора оказания медицинских услуг страховщик обеспечивает отправку электронного направления в медицинское учреждение - конкретного провайдера. На основании электронного заявления (в случае предъявления страховой карты и документа, удостоверяющего личность) застрахованный уплачивает только причитающуюся ему сумму доплаты (если такая предусмотрена соответствующей страховой картой) и полностью освобождается от уплаты оставшейся суммы стоимости медицинских услуг.

9.2.2.2. Путем свободного выбора - при обращении в клинику провайдера или не провайдера, без направления личного врача и/или электронного направления застрахованный оплачивает сумму соответствующей услуги в полном объеме и обращается к страховщику за возмещением, который после получения документации возмещает расходы полученных медицинских услуг на основании условий договора страхования. Услуги, полученные без направления в клинику-провайдер, возмещаются с процентом доплаты, предназначенным для свободного выбора.

Для получения компенсации необходимо после получения сервисом течение 30 (тридцати) календарных дней предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 9.2.2.2.1.** Страховая карта;
- 9.2.2.2.2. Документ удостоверения личности;
- 9.2.2.2.3. Медицинская документация об услугах, назначенных и оказанных лицензированным врачом (форма № IV-100, заполненная по правилам, установленным Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача) либо

заверенные подписью и печатью уполномоченного лица (титульный лист врача) диагноз и назначение, в случае необходимости заключение о проведенных исследованиях, в случае необходимости амбулаторная карта и прочее)

- 9.2.2.2.4. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

9.2.3. Услуги медсестры на дому

- 9.2.3.1. Застрахованный оплачивает стоимость услуги в полном объеме и затем обращается к страховщику за возмещением, который после получения документации возмещает стоимость оказанных медицинских услуг в зависимости от условий договора страхования.

Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 9.2.3.1.1. Страховая карта;
- 9.2.3.1.2. Документ удостоверения личности;
- 9.2.3.1.3. Форма № IV-100/a, отражающая стационарное лечение, заполненная в порядке, установленном Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача, в которой зафиксированы манипуляции, проводимые на дому;
- 9.2.3.1.4. Детальная оценка/расчет услуг;

9.2.3.1.5. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

10. Медикаменты

Предусматривает возмещение стоимости лекарственных средств, назначенных любым лицензированным врачом и (или) личным врачом по схеме, установленной законодательством Грузии, при амбулаторном и стоматологическом лечении застрахованного лица по соответствующему медицинскому показанию. Одноразовой оплате подлежит курс лечения при условии максимум 1 (одного) месяца. Стоимость медикаментов, предназначенных для лечения хронических заболеваний, будет возмещена после истечения периода ожидания (6 месяцев).

10.1. Схема получения услуг:

10.1.1. На основании направления личного врача, застрахованный в аптечной сети провайдера на основании предъявления страхового полиса и документа, удостоверяющего личность, оплачивает только свою долю (в случае наличия), предусмотренную страховым полисом.

10.1.2. При покупке медикаментов без направления личного врача застрахованный полностью оплачивает стоимость лекарств и обращается к страховщику за возмещением, который в свою очередь, после получения документации, в зависимости от условий договора страхования, возмещает расходы на медикаменты.

Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения услуги необходимо предоставить в страховую компанию

или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 10.1.2.1. Страховая карта;
- 10.1.2.2. Документ удостоверения личности;
- 10.1.2.3. Заверенная печатью выписка о приобретенных медикаментах;
- 10.1.2.4. Оригинал чека кассового аппарата подтвержденный печатью или посттерминальная распечатка;
- 10.1.2.5. Медицинская документация об услугах, назначенных и оказанных лицензированным врачом (форма № IV-100, заполненная по правилам, установленным Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, заверенная печатью обслуживающего учреждения и подписью врача) либо заверенные подписью и печатью уполномоченного лица (титульный лист врача) диагноз и назначение, в случае необходимости заключение о проведенных исследованиях, в случае необходимости амбулаторная карта и прочее).

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

11. Стоматологические услуги

Обеспечивает возмещение затрат на стоматологическое лечение или использование соответствующих скидок в стоматологическом учреждении провайдера.

11.1. Стоматологические услуги подразумевают:

- 11.1.1. **Неотложное стоматологическое обслуживание** – которое обеспечивает финансирование диагностических мероприятий (дентограмма/визио),

первой помощи (вскрытие каналов и удаление зубов) и сопутствующего обезболивания (местная анестезия) при неотложных состояниях в случае острой зубной боли по медицинским показаниям. **Услуги можно получить как в провайдерских стоматологических клиниках, так и в не провайдерских стоматологических клиниках.**

11.1.2. Плановые стоматологические услуги- предусматривают финансирование консультации стоматолога по медицинским показаниям (терапия, хирургия), диагностических мероприятий (дентограмма/визио), терапевтических услуг (пломбирование зуба: кариес, пульпит, лечение периодонтита; по профилактическим и медицинским показаниям гигиеническая чистка ультразвуковым методом) дважды в год (один раз в шесть месяцев), плановой хирургической стоматологии (экстракция зуба, плановые хирургические манипуляции) и местной анестезии. Лечение заболеваний пародонта и слизистых оболочек аппликационным методом. **Услуги можно получить только в провайдерских стоматологических клиниках.**

11.1.3. Дентальная имплантация, Ортопедические/ортодонтические стоматологические услуги – предусматривают скидки в клиниках провайдера, на ортопедические, ортодонтические стоматологические услуги и дентальную имплантацию.

11.2. Схема получения услуг:

12.2.1. Для получения неотложной и плановой стоматологической помощи при обращении в провайдерское стоматологическое учреждение страховщика (на основании предъявления страховой карты и документа, удостоверяющего личность) застрахованный оплачивает только свою долю суммы, предусмотренной страховым полисом (при наличии таковой).

12.2.2. Для получения неотложной стоматологической помощи при обращении в непровайдерское стоматологическое учреждение застрахованный оплачивает стоимость услуги в полном объеме и затем обращается к страховщику за возмещением, который после получения документации возмещает стоимость оказанных медицинских услуг в зависимости от условий договора страхования.

Для получения компенсации в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения сервиса необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное

пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 12.2.2.1. Страховая карта;
- 12.2.2.2. Документ удостоверения личности;
- 12.2.2.3. Медицинская документация, подтверждающая оказанные услуги, заверенная печатью и подписью обслуживающего учреждения/врача;
- 12.2.2.4. Рентгеновские снимки/визио, сделанные до и после услуги; Детям до 12 лет, беременным женщинам и онкологическим больным предъявление вышеперечисленного не является обязательным.;
- 12.2.2.5. Оригинал или посттерминальная распечатка приходного кассового ордера учреждения-получателя суммы и кассового чека, подтверждающего оплату;

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики, расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraog.ge/login>. Страховое возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

12.2.3. Для получения ортопедических/ортодонтических, имплантационных стоматологических услуг застрахованный обращается в клинику-провайдер, указанную в приложении к настоящему договору страховщика. При обращении (на основании предъявления страховой карты и документа, удостоверяющего личность) застрахованный оплачивает стоимость услуги по скидке.

- 12.2.3.1. Возмещению не подлежат услуги, на которые провайдерское стоматологическое учреждение не предоставляет скидку застрахованному лицу, а также услуги, полученные в непровайдерском стоматологическом учреждении.

13. Лечение за границей

Предусматривает возмещение медицинских расходов на лечение заболеваний такими методами, которые не могут быть осуществлены на территории Грузии и (или) лечение осуществляется за границей по желанию застрахованного лица. Вместе с тем, страховое возмещение будет производиться за одинаковые/подобные услуги в соответствии со средними ценами 3 (трех) провайдеров, лицензированных в Грузии, медицинских учреждений, а если в медицинском учреждении-провайдере не предоставляется аналогичный вид услуги, то страховое возмещение будет производиться в соответствии со средними ценами 3 (трех) лицензированных медицинских учреждений в Грузии на те же/аналогичные услуги (независимо от суммы медицинских расходов, понесенных во время лечения за границей) и в пределах доплат и лимитов, предусмотренных страховой картой, в случае, если лечение возможно проводить в Грузии. Однако, если проведение лечения невозможно в Грузии, возмещение будет произведено в пределах лимита и доплат соответствующего сервиса. Указанное покрытие распространяется на следующие виды медицинских услуг/расходов: плановые стационарные услуги, кардиология, онкологические услуги, плановые услуги дневного стационара, плановые амбулаторные услуги.

13.2. Схема получения услуг:

В случае плановых стационарных услуг, кардиологии, онкологических услуг, плановых услуг дневного стационара, плановых амбулаторных услуг расходы, понесенные проведением лечения за границей будут возмещены лишь по предварительному согласованию с страховщиком, представлением соответствующей документации в сервис центры. В случае неполного предоставления застрахованным предварительной информации или запрошенной документации страховщик освобождается от любых обязательств по возмещению ущерба. В случае прохождения лечения за границей после подтверждения от страховщика застрахованный оплачивает сумму соответствующей услуги в полном объеме. В случае плановой амбулатории, предварительный договор с страховщиком не является обязательным.

Для получения возмещения в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после получения услуг за рубежом необходимо предоставить в страховую компанию или загрузить в личное пространство - <https://online.iraog.ge/login> следующую документацию:

- 13.2.1.** Медицинская документация по выполненным услугам (диагноз и назначение, заверенные подписью и печатью, в случае амбулаторных услуг - заключение проведенных исследований и перечень манипуляций; а в случае стационарных услуг - выписку

из истории болезни о поставленном диагнозе и оказанных медицинских услугах);

13.2.2. Детальный расчет стоимости медицинских услуг, документация, подтверждающая оплату.

13.2.3. Страховщик вправе потребовать перевод представленных медицинских документов/квитанций (на грузинском языке).

Страховое возмещение может быть выдано только в безналичном порядке, в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

14. Изучение исследовательского материала, взятого в Грузии за границей

Предусматривает финансирование исследования за границей биологических жидкостей и тканей, взятых в Грузии.

14.2. Схема получения услуг

14.2.1. В том случае, если услугу можно получить в Грузии, страховщик финансирует ее в соответствии со стоимостью соответствующей медицинской услуги для проведения исследования в Грузии в том же медицинском учреждении или если в том же учреждении не проводится указанное исследование, страховое возмещение будет производиться за те же/аналогичные услуги в Грузии по средним ценам поставщика и/или 3 (трех) лицензированных медицинских учреждений..

14.2.2. В том случае, если оказание указанной услуги не может осуществиться в Грузии, возмещение будет производиться на основании детального расчета стоимости медицинских услуг, в пределах соответствующего лимита и доплаты.

Если размер расчетной суммы к оплате не превышает 200 (двухсот) лари, компенсация будет произведена безналичным расчетом в течение 1 (одного) рабочего дня после получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Расчет на суммы, превышающие указанный денежный объем производятся путем безналичного расчета в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, предусмотренных договором. Документацию можно предоставить, поместив ее в ящики,

расположенные в офисах компании и/или загрузив ее в личном пространстве - <https://online.iraao.ge/login>. Страхование возмещение не выплачивается путем наличного расчета.

В случае отправки документов в электронном виде страхователь обязан хранить оригиналы документов в течение 6 (месяцев).

15. Страхование путешествий

Предусматривает оформление полиса страхования путешествий в соответствии с покрытием/страховым периодом, указанным в страховом полисе. Условия страховки путешествий подробно описаны в полисе страхования путешествий. Для активации указанного покрытия/оформления полиса страхования путешествий застрахованному лицу необходимо обратиться в сервисный центр АО «Ирао» или отправить информацию на адрес travel@iraao.ge, в результате чего на основании предъявления паспорта застрахованным оформляется соответствующий полис страхования путешествий.

Часть 2: Исключения

1. **1. Не покрываются/возмещаются в соответствии с условиями медицинского страхования:**
 - 1.1. Любой вид членовредительства; подвергать себя опасности, за исключением случаев, когда целью указанного действия является спасение жизни другого человека; Так же, умышленное действие застрахованного лица, мошенничество или последствия/осложнения такого действия; Затраты на самолечение и/или его осложнения; Расходы, связанные с лечением ухудшения здоровья, вызванного загрязнением окружающей среды или стихийными бедствиями;
 - 1.2. Расходы, связанные со случаями, которые прямо или косвенно возникли в результате нахождения под воздействием наркотических, токсических, психотропных и алкогольных веществ, а также в связи с травмами, полученными при управлении автотранспортными средствами под воздействием этих веществ; расходы, связанные с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; Затраты на лечение и осложнения травм, полученных в результате стихийных бедствий;
 - 1.3. Расходы на лечение и осложнения травм, полученных при совершении противоправных действий, предусмотренных Уголовным кодексом, а также в период гражданской войны, любого рода боевых действий, антигосударственных демонстраций, вооруженного конфликта, участия в террористических актах;

1.4. Расходы на обследование и лечение, связанные с хроническим гепатитом (при этом покрывается гепатит А), ВИЧ-инфекцией, СПИДом и их осложнениями (кроме того, компенсируется первичное обследование на гепатит, включающее консультацию врача и экспресс-простой-тест);

1.5. Возмещение расходов на обследование и лечение заболеваний в связи сахарным или несахарным диабетом, хронической недостаточностью почек и/или печени;

1.6. Возмещение расходов на обследование и лечение заболеваний эпилепсии, рассеянного и амиотрофического склероза, саркоидоза, системных заболеваний (в частности: узелковый полиартериит, некротические васкулопатии, системная красная волчанка, дерматополимиозит, системный склероз, системные повреждения соединительной ткани).

1.7. Расходы на обследование и лечение генетических и врожденных заболеваний/патологий/дефектов (при этом, возмещаются только расходы на первичную консультацию врача); затраты, связанные с исследованием и лечением воспалительных полиартропатий (следующие коды болезней предусмотрены 10-й редакцией Международной классификации болезней (ICD -10): M05-M14)

1.8. Расходы на обследование и лечение психических и/или поведенческих расстройств (в частности: нарушения органического характера, в том числе симптоматические расстройства; Психические и поведенческие расстройства, вызванные психоактивными веществами; Шизофрения, шизотипическое расстройство; Невротические, стрессогенные и соматоформные расстройства; аффективные расстройства; патология поведения, обусловленная физиологическими и физическими нарушениями; личностные и поведенческие расстройства (психопатии); умственная отсталость, нарушения психического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начатые с детского и подросткового возраста), невротизм, беспокойство и тревога (следующие коды болезней предусмотрены 10-й редакцией Международной классификации болезней (ICD -10): F00-F99, R45.0-R45.1)

1.9. Расходы по получению медицинских услуг на контрацептивы/контрацепцию, стерилизацию (или ее отмену), фертилизацию, вазэктомию, аборт проведенный без медицинских показаний, смену пола, репродуктивной функции, сексуальную дисфункцию/дисбаланс, искусственное оплодотворение;

1.10. Возмещение расходов на обследование и лечение гонореи, сифилиса, мягкого шанкра, донованоза, вызванного венерической гранулемой, хламидиоза, генитального герпеса, цитомегаловируса, трихомониаза, вульвовагинального кандидоза, вагиноза и

уретрита (при этом, возмещаются расходы на первичную скрининговую диагностику, включающую консультацию врача и бактериоскопию мазка);

1.11. Расходы онкологической проблематики любого типа (как доброкачественных, так и злокачественных) имеющиеся до страхования (в том числе даже после истечения периода ожидания не возмещаются расходы онкологической проблематики, имеющиеся до страхования);

1.12. Расходы, связанные с мероприятиями, возникающими в связи с участием в любых видах профессионального спорта или в качестве спортсмена (спортивные соревнования, тренировки, показательные выступления и прочее);

1.13. Расходы на медицинские услуги, связанные с альтернативной и экспериментальной медициной, проведением мануальной терапии, акупунктуры, плазмафереза, озонотерапии, мезотерапии, услугами логопеда, врача-гомеопата, проведением лечебной физкультуры и лечебного массажа, физиотерапии, реабилитации и санаторно-курортного лечения, генотипирования, компьютерной диагностики родимых пятен (FotoFinder), лазеротерапии посредством аппарата MonaLisa Touch, паллиативного лечения, пластической и реконструктивной хирургии, и косметической целью; затраты, связанные с метаболическим синдромом и коррекцией веса (включая послеоперационные осложнения); Расходы на иммунизацию, прививки и вакцины (при этом, возмещаются расходы вакцинации против столбняка, бешенства, ботулизма, против гюрзы и другие расходы на прививки, предусмотренные страховым полисом). Расходы на терапевтическую и хирургическую стоматологию, понесенные при подготовке к ортопедическим, ортодонтическим и/или имплантологическим работам (за исключением скидки, предусмотренной страховым полисом);

1.14. Расходы, связанные с приобретением психотропных медикаментов, паралечебных препаратов, незарегистрированных медикаментов, иммуномодуляторов, иммуностимуляторов, иммуносупрессантов, моноклональных антител, витаминов, веществ, влияющих на обмен веществ в тканях, системной энзимотерапии, биологически активных пищевых добавок и гомеопатических средств, инъекция фактора роста (PRP), стоимость лечения алкогольной зависимости/алкоголизма;

1.15. Расходы на дополнительные и/или эксклюзивные услуги (нестандартная/люксовая палата, зарплата/гонорар наемного/приглашенного врача и т.д.) при оказании стационарных услуг (кроме родов) (за исключением предусмотренных страховым полисом);

1.16. Диализ и расходы, связанные с диализом;

1.17. Расходы, касающиеся получения любого вида медицинской справки и обследованиями, связанными с ее получением (кроме покрываемых страховкой);

1.18. Затраты на экзопротезирование (включая стоматологию), трансплантацию (включая трансплантаты), коррекцию аномалий рефракции и страбизма; расходы, связанные с последующим состоянием трансплантации;

1.19. Расходы связанные с слуховыми аппаратами, оправками для очков, контактными стеклами и линзами (включая интраокулярные линзы), медицинскими устройствами, вспомогательными средствами, корригирующими устройствами, устройствами внутренней фиксации (в том числе металлоконструкции, пластины, винты и др.), протезами, имплантатами (возмещаются расходы на стент, марка и модель которого определяется страховщиком), расходы на искусственный водитель ритма; затраты на остеопластический материал и мембрану обогащенного тромбоцитами фибрина (APRF (Advanced Platelet Rich Fibrin));

Примечание: В том случае, если финансирование медицинских услуг осуществляется за счет какой-либо государственной/реферальной программы(программ), а также при какой-либо программы скрининга, страховщик обязуется покрыть/возместить только суммы, подлежащие уплате застрахованным лицом по принципу сооплаты в рамках такой программы, в соответствии с условиями, указанными в настоящем договоре. Вместе с тем, Если застрахованный получает медицинские услуги в медицинском учреждении, где соответствующая программа не действует, или если конкретный врач не участвует в соответствующей программе, или если застрахованный сам отказывается от использования программы (программ) при получении услуг, страховщик не будет возмещать расходы на такие медицинские услуги, за исключением тех расходов которые страховщик должен был бы возместить, если бы застрахованный получил услуги в таком медицинском учреждении и у врача, который участвует в соответствующей программе, или застрахованный не отказался бы от использования программы (программ) во время получения услуг. Вместе с тем, страховщик обязуется в случае инфекции (Covid-19), вызванной новым коронавирусом (SARS-CoV-2) и ее осложнений, как в неотложных, так и в плановых случаях возмещать только те услуги/вмешательства, которые не финансируются государственными/реферальными программами (программой) и находятся в соответствии с государственными стандартами/протоколами управления (возмещение будет производиться в пределах лимита и доплаты, предназначенных для соответствующей услуги).

Примечание : настоящие значительные условия являются стандартными условиями договора медицинского страхования.

