



თიბისი დაზღვევა



საინფორმაციო ფურცელი
ონკოლოგიური დაავადებების
დაზღვევა

#CAI-02/21

გამარჯობა!

თქვენ ეცნობით ონკოლოგიური დაავადებების (ავთვისებიანი სიმსივნეები) დაზღვევის ძირითად პირობებს. აღნიშნული საინფორმაციო ფურცელი არ შეიცავს ამომწურავ ინფორმაციას და იგი არ არის დაზღვევის ხელშეკრულების ტოლფასი. შესაბამისად, მისი გაცნობა არ წარმოშობს ჩვენს შორის სამართლებრივ შედეგებს.

ვინ არის მზღვეველი?

მზღვეველი ორგანიზაციაა სს „თიბისი დაზღვევა“ (ს/კ 405042804)

მისამართი: ქ. თბილისი, ალ. ყაზბეგის გამზ. #24ბ

ცხელი ხაზი/ტელეფონი: (+995 32) 242 22 22

დაზღვევის ხელშეკრულების სახე

წინამდებარე საინფორმაციო ფურცელი შეიცავს მოკლე ინფორმაციას ონკოლოგიური დაავადებების (ავთვისებიანი სიმსივნეები) დაზღვევის ხელშეკრულების შესახებ. დაზღვევის შექმნის შემთხვევაში, გადმოგეცემათ დაზღვევის დამადასტურებელი დოკუმენტი „პოლისი“, რომელიც მასში მითითებულ დაზღვევის პირობებთან და ხელშეკრულების მნიშვნელოვან პირობებთან ერთად, დაზღვევის ერთიან ხელშეკრულებას წარმოადგენს. პოლისში მითითებული დაზღვევის პირობების ნახვა შეგიძლიათ ჩვენს ვებ გვერდზე www.tbcinsurance.ge. თქვენს მიერ დაზღვევის შექმნა გულისხმობს, რომ დაეთახმეთ საიტზე განთავსებულ და პოლისში მითითებულ დაზღვევის პირობებს **#CAI-02/21**.

რისგან ხართ დაზღვეული?

დაზღვევა ითვალისწინებს:

1. სადაზღვევო პერიოდში, **მოცდის პერიოდის** გასვლის შემდეგ, პოლისით გათვალისწინებული **ავთვისებიანი ინვაზიური სიმსივნის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, მოსარგებლზე პოლისში მითითებული სადაზღვევო თანხის 100%-ის გაცემას, ხოლო პრე-ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში სადაზღვევო თანხის 10%-ის გაცემას.**

მოცდის პერიოდი წარმოადგენს პერიოდს, რომლის განმავლობაშიც სადაზღვევო ხელშეკრულებით დაფარული ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, სადაზღვევო ანაზღაურება არ ექვემდებარება ანაზღაურებას. წინამდებარე პირობებით, მოცდის პერიოდი შეადგენს პირველ 90 (ოთხმოცდაათი) დღეს სადაზღვევო ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან.

2. სადაზღვევო პერიოდში, **ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოძიებას.**

3. სადაზღვევო პერიოდში, **საზღვარგარეთ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას.**

სადაზღვევო დაფარვა

- **ავთვისებიანი სიმსივნე პრე-ინვაზიურ სტადიაზე (კარცინომა in situ, კლინიკური სტადიები 0 და I)** - კარცინომატოზური უჯრედების ფოკალური, ლოკალიზებული ავტონომიური ზრდა იმ ქსოვილის ფარგლებში, რომლისგანაც მოხდა მათი განვითარება, გარშემო ჯანსაღ ქსოვილში ან სხეულის გარშემო ნაწილებში შეღწევის გარეშე. არაინვაზიური კიბო უნდა იყოს დადასტურებული ფიქსირებული ქსოვილის მიკროსკოპული (ჰისტოპათოლოგიური დასკვნით) გამოკვლევით. დაფარული არაინვაზიური კიბოს შემთხვევები შემოიფარგლება შემდეგი სიმსივნეებით: ყველა პირველადი პრე-ინვაზიური კიბო (კარცინომა in situ) AJCC კლასიფიკაციის მიხედვით (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification). სადაზღვევო პერიოდში, 90-დღიანი მოცდის პერიოდის ამოწურვის შემდეგ, ასეთი დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში, მოსარგებლეს გადაეცემა სადაზღვევო თანხის 10% და სადაზღვევო პოლისის რჩება ძალაში, სადაზღვევო პერიოდის და/ან სადაზღვევო თანხის სრულ ამოწურვამდე.
- **ავთვისებიანი ინვაზიური სიმსივნე (კიბო), კლინიკური სტადიები II, III, IV** - ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება უკონტროლო ზრდით და შეღწევით ჯანმრთელ ქსოვილებში. კიბო ასევე მოიცავს ავთვისებიან ლიმფომასა და ავთვისებიან ძვლის ტვინის პათოლოგიებს, ლეიკემიის ჩათვლით.

დაზღვევას არ ექვემდებარებიან:

- პირები (ძირითადი დაზღვეული), რომელთა ასაკი ძალაში შესვლის თარიღისთვის არის 18 წელზე ნაკლები და 61 წელზე მეტი;
- ძირითადი დაზღვეულის შვილები, თუ მათი ასაკი აღემატება 18 წელს;
- პირები, რომლებიც საჭიროებენ მუდმივ მოვლას (დახმარებას ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო აქტივობის შესასრულებლად), მაგრამ ეს შეზღუდვა არ ვრცელდება პირებზე, რომლებიც აღმოჩნდნენ აღნიშნულ მდგომარეობაში წინამდებარე ხელშეკრულების ძალაში შესვლის შემდეგ.

სადაზღვევო ანაზღაურება არ გაიცემა:

პრე-ინვაზიურ სტადიაზე ავთვისებიანი სიმსივნის გამონაკლისებს წარმოადგენს:

- დისპლაზია და სხვა პრე-ავთვისებიანი მდგომარეობები;
- კანის კიბო, გარდა მელანომა in situ-ს (კლინიკური სტადია 0) შემთხვევებისა;

- კიბო დიაგნოსტირებული სისხლში, ნერწყვში, განავალში, შარდში ან ნებისმიერ სხვა ადამიანურ სითხეში სიმსივნური უჯრედების და/ან სიმსივნესთან დაკავშირებული მოლეკულების აღმოჩენის საფუძველზე, თუ ეს აღმოჩენა არ არის დადასტურებული სხვა ცალსახა კლინიკური მტკიცებულებებით.

ავთვისებიანი ინვაზიური სიმსივნის გამონაკლისებს წარმოადგენს:

- კარცინომა in situ, კიბო in situ, არაინვაზიური კიბო (კლინიკური სტადია 0), პრე-ავთვისებიანი მდგომარეობები და დისპლაზია;
- წინამდებარე ჯირკვლის კიბოს T2bN0M0-ზე ადრინდელი სტადიები (კლინიკური სტადიები 0 და I);
- ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული და ფოლიკულური კიბოს T2N0M0-ზე ადრინდელი სტადიები (კლინიკური სტადიები 0 და I);
- კანის ბაზალურ-უჯრედოვანი და ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომები და დერმატოფიბროსარკომა პროტუბერანს;
- კიბო დიაგნოსტირებული სისხლში, ნერწყვში, განავალში, შარდში ან ნებისმიერ სხვა ადამიანურ სითხეში სიმსივნური უჯრედების და/ან სიმსივნესთან დაკავშირებული მოლეკულების აღმოჩენის საფუძველზე, თუ ეს აღმოჩენა არ არის დადასტურებული სხვა ცალსახა კლინიკური მტკიცებულებებით.

დაზღვევამდე არსებული დაავადებების/მდგომარეობების გამონაკლისები დაზღვეული შვილების შემთხვევაში:

- დაავადება/ჯანმრთელობის პრობლემა აღმოცენდა დაზღვეულის შვილის დაბადებისთანავე ან დიაგნოსტირდა 1 წლის ასაკამდე;
- დაავადების/ჯანმრთელობის პრობლემის შესახებ დაზღვეულისთვის ცნობილი იყო დაზღვევის ძალაში შესვლამდე;
- ჯანმრთელობის ამ პრობლემასთან დაკავშირებით დაზღვეულ შვილს დასჭირდა ექიმის კონსულტაცია დაზღვევის ძალაში შესვლამდე;
- დაზღვევის ძალაში შესვლამდე აღმოცენებული დაზღვეულის შვილის დაავადება ან ჯანმრთელობის პრობლემა, რომლის გამოც გონიერი მშობელი მიმართავდა ექიმს.

სადაზღვევო ანაზღაურება ასევე არ გაიცემა:

- სადაზღვევო შემთხვევასთან და/ან ანაზღაურებასთან დაკავშირებული გაყალბებული დოკუმენტების/ყალბი ინფორმაციის წარმოდგენის ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში;
- თუ დაზღვეულმა დაარღვია სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ შეტყობინების ვადა და წესი;
- თუ ავთვისებიანი სიმსივნე დიაგნოსტირდა ან/და მასთან დაკავშირებული კვლევები დაწყებულია დაზღვევის ძალაში შესვლამდე;
- თუ ავთვისებიანი სიმსივნე დიაგნოსტირდა მოცდის პერიოდის (სადაზღვევო პერიოდის პირველი 3 თვის) განმავლობაში;

- მზღვეველის მიერ ზარალის შესაფასებლად აუცილებელი საბუთების სრულყოფილად წარმოდგენლობისას;
- თუ დაზღვევის პროცესში დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ არასწორად და/ან არაზუსტად იქნა ინფორმაცია მოწოდებული დაზღვეულის შესახებ, რასაც შეიძლება არსებითი გავლენა ჰქონოდა რისკის შეფასებისას;
- სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას სრულად და დროულად არ იყო გადახდილი სადაზღვევო პრემია ან მისი ნაწილი, სადაზღვევო პოლისში მითითებული გრაფიკის მიხედვით;
- თუ სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებით დამზღვევის, მოსარგებლის მიერ მზღვეველისათვის მიწოდებული დოკუმენტაცია/ინფორმაცია არ შეესაბამება რეალურ ფაქტობრივ გარემოებებს.

ალტერნატიული სამედიცინო აზრის მოქიზა (დიაგნოზის გადამოწმება) შეუძლებელია, თუ:

- არ არის დასმული დიაგნოზი - ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოთხოვნამდე დაზღვეულს უნდა ქონდეს ოფიციალური დიაგნოზი;
- დაზღვეულს არ მიუმართავს მკურნალი ექიმისთვის ბოლო 12 თვის განმავლობაში - შემთხვევის შესაფასებლად საჭიროა ბოლო 1 წლის მონაცემები;
- მწვავე ან სიცოცხლისათვის საშიში ჯანმრთელობის გაუარესება - როდესაც ჯანმრთელობის გაუარესება მოითხოვს მყისიერ სამედიცინო ჩარევას და შეუძლებელია მისი გადადება ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოლოდინში;
- პრობლემის შესასწავლად აუცილებელია ექიმის მიერ პაციენტის არადისტანციური პერსონალური შეფასება.

სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნა ერთსა და იგივე დიაგნოზთან დაკავშირებით მომზადდება მხოლოდ ერთხელ.

საზღვარგარეთ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება შესაძლებელია მხოლოდ ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მიღების შემდეგ.

ეს დაზღვევა არ ითვალისწინებს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების კოორდინირებას. სამედიცინო მომსახურების (გამოკვლევებისა, კონსულტაციების და მკურნალობის), მგზავრობისა და სასტუმროს ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

როგორ უნდა მოიქცეთ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას

ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკისას:

ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკიდან არაუგვიანეს 30 დღისა დაუკავშირდით თიბისი დაზღვევას ცხელ ხაზზე: **(+995 32) 242 22 22**, აცნობეთ სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ და წარადგინეთ შემდეგი დოკუმენტები:

- ანაზღაურების მოთხოვნის განაცხადი;

- დაზღვეულის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- სადაზღვევო პოლისი;
- დიაგნოზის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია (სამედიცინო ფორმა iv-100/ა, სამედიცინო ისტორია, ჰისტომორფოლოგიური კვლევის დასკვნა, სხვა კვლევების შედეგები და წარმოსახვითი კვლევების სურათები).

მზღვეველს აქვს უფლება მოითხოვოს დამატებითი საბუთების წარმოდგენა კონკრეტული სადაზღვევო შემთხვევის გარემოებების ზუსტად დადგენის მიზნით.

ალტერნატიული სამედიცინო აზრის მოსაძიებლად (დიაგნოზის გადამოწმება):

დაუკავშირდით თიბისი დაზღვევას ცხელ ხაზზე: **(+995 32) 242 22 22**.

საზღვარგარეთ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციისთვის:

დაუკავშირდით თიბისი დაზღვევას ცხელ ხაზზე: **(+995 32) 242 22 22** და დააფიქსირეთ სურვილი მიიღოთ სამედიცინო მომსახურება საზღვარგარეთ კონკრეტულ რეგიონში/ქვეყანაში.

რამდენ დღეში რეგულირდება და გაიცემა სადაზღვევო ანაზღაურება?

სადაზღვევო შემთხვევის ანაზღაურებაზე მოთხოვნა მზღვეველს წარედგინება წერილობითი ფორმით.

დაზღვევის პერიოდში, ანაზღაურების მაქსიმალური ოდენობა განისაზღვრება პოლისში მითითებული სადაზღვევო თანხის ფარგლებში.

სადაზღვევო ანაზღაურება გაიცემა უნაღდო ანგარიშსწორების გზით.

მზღვეველის მიერ ზარალის დარეგულირება და ზარალის ანაზღაურებაზე საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება ხორციელდება დამზღვევის მიერ მზღვეველისთვის ზარალის რეგულირებისთვის საჭირო ყველა დოკუმენტაციის მიწოდებიდან 10 (ათი) სამუშაო დღის განმავლობაში.

სადაზღვევო ანაზღაურება გაიცემა 15 (თხუთმეტი) სამუშაო დღეში.

თქვენი ფინანსური თანამონაწილეობის შესახებ:

დაზღვევის შესაძენად, უნდა გადაიხადოთ სადაზღვევო პრემია, თქვენს მიერ შერჩეული და მზღვეველთან შეთანხმებული გრაფიკის შესაბამისად, რაც ასახული იქნება პოლისში.

გაადლობთ, რომ სარგებლობთ ჩვენი მომსახურებით!