



თიბისი დაზღვევა



საინფორმაციო ფურცელი
კრიტიკული დაავადებების
დაზღვევა

#CII-02/21

გამარჯობა!

თქვენ ეცნობით კრიტიკული დაავადებების 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 11 11

დაზღვევის ხელშეკრულების სახე

წინამდებარე საინფორმაციო ფურცელი შეიცავს მოკლე ინფორმაციას კრიტიკული დაავადებების 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. თქვენ მიერ დაზღვევის შექმნა გულისხმობს, რომ დაეთახმეთ საიტზე განთავსებულ და პოლისში მითითებულ დაზღვევის პირობებს **#CII-02/21**.

რისგან ხართ დაზღვეული?

დაზღვევა ითვალისწინებს:

1. სადაზღვევო პერიოდში, **მოცდის პერიოდის** გასვლის შემდეგ, პოლისით გათვალისწინებული **პრე-ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, მოსარგებლზე პოლისში მითითებული სადაზღვევო თანხის 10%-ის გაცემას, ხოლო სხვა დანარჩენი კრიტიკული დაავადების მიმართებაში, პოლისში მითითებული სადაზღვევო თანხის 100%-ის გაცემას**, იმ პირობით, რომ დაზღვეული არ გარდაიცვლება გადარჩენის პერიოდში.

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

გადარჩენის პერიოდი წარმოადგენს პერიოდს კრიტიკული დაავადების დიაგნოსტიკის თარიღიდან, რომლის განმავლობაშიც დაზღვეული უნდა იყოს

ცოცხალი. წინამდებარე პირობებით, გადარჩენის პერიოდი შეადგენს 30 დღეს დაავადების დიაგნოსტიკების თარიღიდან და მოქმედებს შემდეგ კრიტიკულ დაავადებებზე: მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი და აორტო-კორონარული შუნტირება.

2. სადაზღვევო პერიოდში, **ალტერნატიული სამედიცინო დასკვნის მოძიებას.**
3. სადაზღვევო პერიოდში, **საზღვარგარეთ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას.**

სადაზღვევო დაფარვაები

- **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 ჭანსად 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 პოლისი რჩება ძალაში, სადაზღვევო პერიოდის და/ან სადაზღვევო თანხის ამოწურვამდე;
- **ავთვისებიანი ინვაზიური სიმსივნე (კიბო), კლინიკური სტადიები II, III, IV** - ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე დიაგნოსტიკებული ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც ხასიათდება უკონტროლო ზრდით და შეღწევით ჭანმრთელ ქსოვილებში. კიბო ასევე მოიცავს ავთვისებიან ლიმფომასა და ავთვისებიან ძვლის ტვინის პათოლოგიებს, ლეიკემიის ჩათვლით;
- **თავის ტვინის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას ან იწვევს მუდმივ ნევროლოგიურ დეფიციტს** - ნევროლოგის ან ნეიროქირურგის მიერ დიაგნოსტიკებული და შესაბამისი გამოსახულებითი კვლევების (კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მაგნიტურ რეზონანსული კვლევა) შედეგებით დადასტურებული თავის ტვინის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც მოიცავს თავის ტვინის, მენინგიალური გარსების ან კრანიალური ნერვების ინტრაკრანიალურ სიმსივნეებს, რომლებიც აზიანებენ თავის ტვინს. სიმსივნე უნდა მოითხოვდეს ნეიროქირურგიულ ჩარევას, ან იმ შემთხვევაში, თუ სიმსივნე ინოპერაბელურია, უნდა იწვევდეს მუდმივ ნევროლოგიურ დეფიციტს, რომელიც გრძელდება არანაკლებ 3 თვისა. ეპილეპტიური გულყრები მუდმივ ნევროლოგიურ დეფიციტად არ ჩაითვლება;
- **მიოკარდიუმის ინფარქტი** - მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის საბოლოო დიაგნოზი: სისხლძარღვის ობსტრუქციით (დახურვით) გამოწვეული გულის კუნთის კვდომა,

რომელიც დადასტურებულია გულის ბიომარკერების ტიპური პათოლოგიური აწევით და/ან დაწევით (ტროპონინი I, ტროპონინი T ან კრეატინ-კინაზა MB) არანაკლებ ნორმის ზედა ზღვრის 99%-ზე ერთი დონით მეტით და ამავდროულად ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი პუნქტის დაკმაყოფილების შემთხვევაში:

- მწვავე კარდიალური სიმპტომები და სტენოკარდიისთვის დამახასიათებელი ნიშნები;
- ეკგ-ზე ახლად გამოხატული რომელიმე ცვლილება: ST-ს ელევაცია ან დეპრესია, T-ს ინვერსია, პათოლოგიური Q ან მარცხენა ჰისის კონის ტოტის ბლოკადა;
- გამოსახვითი კვლევებით დადასტურებული გულის ჭანსადი კუნთის ახლად აღმოცენებული კვდომა ან კედლის მოძრაობის პათოლოგია;
- ანგიოგრაფიის დროს დაფიქსირებული ინტრაკორონარული თრომბი.

- **აორტო-კორონარული შუნტირება** - ერთი ან მეტი შევიწროვებული ან ბლოკირებული კორონარული არტერიის გამო ღია გულზე შუნტირების ჩატარება;
- **ინსულტი, რომელიც იწვევს მუდმივ/შეუქცევად ნევროლოგიურ დეფიციტს** - სისხლის არასათანადო მიწოდებით ან სისხლჩაქცევით გამოწვეული თავის ტვინის ქსოვილის კვდომა, რომელიც იწვევს:
 - ინსულტისთვის დამახასიათებელი ახალი ნევროლოგიური სიმპტომების უეცარ გამოვლენას;
 - კლინიკური გამოკვლევებით დაფიქსირებულ ახალ ობიექტურ ნევროლოგიურ დეფიციტს, რომელიც უწყვეტად გამოვლინდა ინსულტის დიაგნოსტიკებიდან არანაკლებ 60 (სამოცი) დღის განმავლობაში;
 - კლინიკურ დიაგნოზთან შესაბამისობაში კომპიუტერული ტომოგრაფიის ან მაგნიტურ-რეზონანსური კვლევით დაფიქსირებული ახალი ცვლილებები.
- **დამბლა** - ზურგის ან თავის ტვინის ტრავმით ან დაავადებით გამოწვეული ორი ან მეტი კიდურის ფუნქციის სრული დაკარგვა, რომელიც ნევროლოგის მიერ შეფასდა როგორც მუდმივი;
- **სიბრმავე** - ოფთალმოლოგის დასკვნით დადასტურებული დაავადებით ან უბედური შემთხვევით გამოწვეული მხედველობის შეუქცევადი დაკარგვა ორივე თვალში, რომლის კორექცია შეუძლებელია სამედიცინო ჩარევით.

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.

რა არ ანაზღაურდება?

პრე-ინაზღურ სტადიაზე ავთვისებიანი სისხივნის 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 სისხივნის 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.

თავის ტვინის კეთილთვისებიანი სისხივნის გამონაკლისებს წარმოადგენს:

- ცისტა;
- გრანულომა;
- სისხლძარღვოვანი მალფორმაცია (ანომალია);
- ჰემატომა;
- აბსცესი;
- ზურგის ტვინის სიმსივნე;
- 10 მმ-ზე ნაკლები ზომის პიტუიტარული ჯირკვლის სიმსივნე.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დაფარვით ანაზღაურება არ გაიცემა არასტაბილური სტენოკარდიის დიაგნოსტირების და ასევე მწვავე კორონარული სინდრომების შემთხვევაში, რომლებიც არ არის მითითებული დაზღვევის პირობების დაფარვის ნაწილში.

აორთო-კორონარული შუნტირების დაფარვით ანაზღაურება არ გაიცემა კანის ზედაპირიდან შეჭრით კორონარული ჩარევების შემთხვევაში, მათ შორის

ანგიოპლასტიკის და ნებისმიერი სხვა კათეტერების ან ლაზერის გამოყენებით ინტრა-არტერიული ჩარევების შემთხვევაში.

ინსულტის გამონაკლისებს წარმოადგენს:

- გარდამავალი იშემიური ინსულტი;
- თავის ტვინის ან სისხლძარღვის ტრავმული დაზიანება;
- დაზღვევამდე არსებულ თავის ტვინის დაზიანებულ უბანში ხელმეორე სისხლჩაქცევა;
- წარმოსახვით კვლევებზე აღმოჩენილი თავის ტვინის პათოლოგია, რომელსაც თან არ ახლავს მასთან ცალსახად დაკავშირებული კლინიკური სიმპტომატიკა ან ნევროლოგიური ნიშნები.

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 კრიტიკული დაავადება დიაგნოსტირდა ან/და მასთან დაკავშირებული კვლევები დაწყებულია დაზღვევის ძალაში შესვლამდე;
- თუ კრიტიკული დაავადება დიაგნოსტირდა მოცდის პერიოდის (სადაზღვევო პერიოდის პირველი 3 თვის) განმავლობაში.

სადაზღვევო ანაზღაურება ასევე არ გაიცემა, თუ კრიტიკული დაავადება პირდაპირ, ან არაპირდაპირ გამოწვეულია/დაკავშირებულია შემდეგ/ი მოვლენებით/მოვლენებთან:

- ომში (გამოცხადებული ან გამოუცხადებელი), სამოქალაქო ომში, აჯანყებაში, რევოლუციაში, გაფიცვაში, ხელისუფლების სამხედრო გადატრიალებაში დაზღვეულის ნებაყოფლობითი მონაწილეობა;
- დაზღვეულის თვითმკვლელობა და თვით დაზიანება;
- საავიაციო რისკები, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც დაზღვეული წარმოადგენს რეგულარული ან ჩარტერული ავიარეისის მგზავრს;
- ნარკოტიკული ნივთიერებების, ტოქსიკური, ფსიქოტროპული ან ალკოჰოლური ნივთიერებების გამოყენება;
- დაზღვეულის მონაწილეობა შემდეგი მაღალი რისკის მატარებელ აქტივობებში: საბრძოლო სახეობები, აკვალანგიტ ყვინთვა, კლდეზე ცოცვა, ალპინიზმი, პარაშუტით ხტომა, ავტო და მოტო რბოლა, მღვიმეებისა და გამოქვაბულების შესწავლა, მთაში ველოსიპედებით მოგზაურობა, ექსტრემალური სპორტის სახეობები წყალზე, ექსტრემალური სპორტის სახეობები, ავიაცია და მასთან დაკავშირებული სპორტის სახეობები და სხვა;
- დაზღვეულის მონაწილეობა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებულ კანონსაწინააღმდეგო ქმედებებში;
- ამ დოკუმენტით გათვალისწინებული მზღვეველის მიერ ზარალის შესაფასებლად აუცილებელი საბუთების სრულყოფილად წარმოდგენლობა;
- თუ დაზღვევის პროცესში დამზღვევის/დაზღვეულის მიერ არასწორად და/ან არაზუსტად იქნა ინფორმაცია მიწოდებული 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;
- დამზღვევის ან მოსარგებლის მიერ დარღვეულია დაზღვევის ხელშეკრულების ნებისმიერი პირობა;
- თუ ზარალი გამოწვეულია ისეთი ქმედებით, რომლის დროსაც მზღვეველს საქართველოს კანონმდებლობა ანიჭებს უფლებას უარი თქვას ზარალის ანაზღაურებაზე;
- თუ სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებით დამზღვევის, მოსარგებლის მიერ მზღვეველისათვის მიწოდებული დოკუმენტაცია/ინფორმაცია არ შეესაბამება რეალურ ფაქტობრივ გარემოებებს.

ალტერნატიული სამედიცინო აზრის მოძიება (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:

კრიტიკული დაავადების დიაგნოსტიკისას:

კრიტიკული დაავადების დიაგნოსტიკებიდან არაუგვიანეს 30 დღისა დაუკავშირდით თიბისი დაზღვევას ცხელ ხაზზე: **(+995 32) 242 22 22** ერთი თვის განმავლობაში; წარადგინეთ შემდეგი დოკუმენტები:

- ანაზღაურების მოთხოვნის განაცხადი;
- დაზღვეულის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- სადაზღვევო პოლისი და დიაგნოზის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია (სამედიცინო ფორმა iv-100/ა, სამედიცინო ისტორია, ჰისტომორფოლოგიური კვლევის დასკვნა, საჭიროების შემთხვევაში სხვა კვლევების შედეგები და წარმოსახვითი კვლევების სურათები: კტ, მრტ, პეტ-კტ ან სხვა).

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 ორგანიზებისთვის:

დაუკავშირდით თიბისი დაზღვევას ცხელ ხაზზე: **(+995 32) 242 22 22** და დააფიქსირეთ სურვილი მიიღოთ სამედიცინო მოსახურება 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.

გმადლობთ, რომ სარგებლობთ ჩვენი მომსახურებით!