



ВІТАМІНИ ARDI

КОРИСНІ ПРАВИЛА

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ДОГОВІР МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ

ДЯКУЄМО ВАМ ЗА ТЕ, ЩО ВИ Є НАШИМ ЗАСТРАХОВАНИМ!



Щоб «Вітаміни Ardi» були для вас максимально комфортними та корисними, пропонуємо кілька корисних правил:

Правило №1

Перед прийомом цих Вітамінів, будь ласка, уважно та детально ознайомтеся з цим документом.

Результат: Ви вже точно знаєте всі деталі страхової програми, бенефіціаром якої є.

Правило №2

Щоб отримати доступ до вашого особистого кабінету, зареєструйтеся на нашому веб-сайті (<https://ardi.ge/ge/account/auth>) або через наш мобільний додаток (<https://onelink.to/ardiapp>).

Результат: Ви отримаєте повний доступ до всіх послуг та умов, передбачених страховим покриттям, а також актуальну інформацію про останні новини та додаткові переваги.

Правило №3

Якщо вам необхідні послуги сімейного лікаря (лікаря загальної практики), будь ласка, заздалегідь запишіться на прийом у зручний для вас час і в зручному місці в рамках мережі «ARDIMEDI».

Результат: Ви отримаєте оперативну та висококваліфіковану медичну консультацію саме у запланований вами час.

Правило №4

Перед придбанням лікарського засобу, призначеного фахівцем, будь ласка, перевірте, чи зареєстровано його в Грузії ЮЛПП «Агентством лікарських засобів». У разі, якщо ліки не мають реєстраційного номера, зверніться до лікуючого лікаря з проханням замінити призначення зареєстрованим препаратом. Перевірити статус реєстрації будь-якого лікарського засобу можна на наступному офіційному сайті: <https://pharmacy.moh.gov.ge/>

Результат: Це допоможе вам заощадити кошти та час і не купувати препарати, що не підлягають страховому відшкодуванню, які до того ж можуть становити загрозу для вашого здоров'я.

Правило №5

Якщо ви не знайшли відповіді на своє запитання в цьому посібнику, перш ніж вживати самостійних заходів, будь ласка, зверніться до нашого кол-центру за номером 2101010

(з мобільного телефону або з регіонів — 0322101010). На першому етапі вам допоможе наш віртуальний AI-асистент ARDIANA, а якщо вам знадобиться пряме спілкування з оператором, просто скажіть «Будь ласка, переведи мене на оператора» — і вас негайно з'єднають. Наші оператори працюють цілодобово,

7 днів на тиждень, включаючи святкові дні.

Результат: Ви отримаєте точну інформацію про те, як діяти, щоб не переривати отримання медичної допомоги, а також вичерпну відповідь на будь-яке питання, що вас цікавить. Ми рекомендуємо скористатися послугами ARDIANA для запису до сімейного лікаря в клініці, оскільки її співробітники спеціально навчені швидко вирішувати це питання — без очікування в черзі на зв'язку з оператором.

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ



СТРАХУВАЛЬНИК	АТ «Арді Страхування» (ІПН: 405662242).
СТРАХУВАЧ	Особа, яка укладає договір зі Страховиком та сплачує страхову премію.
СТРАХУВАЛЬНИК	Особа, на користь якої здійснюється страхування за цим Договором.
ВИГОДОНАБУВАЧ	Особа, уповноважена відповідно до законодавства Грузії та умов цього Договору на отримання страхового відшкодування.
СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	Випадок, що настав у період дії цього Договору, як визначено цим Договором, при настанні якого у Страховика виникає обов'язок виплатити страхове відшкодування відповідно до умов та програм, встановлених цим Договором.
ЛІМІТ ВІДШКОДУВАННЯ	Сума, визначена цим Договором і зазначена у страховому полісі, що становить максимальний розмір сукупного страхового відшкодування, яке виплачується конкретною страховою послугою протягом страхового періоду. за
ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ ЛІМІТ	Географічна область, в якій діє цей Договір страхування, — зокрема, Грузія, за винятком окупованих територій.
СТРАХОВА ПРЕМІЯ	Щорічна страхова плата, що підлягає сплаті Страхувальником, розмір та порядок сплати якої визначені цим Договором і яка є винагородою за страхові послуги, що надаються Страховиком.
МЕДИЧНЕ ПОКАЗАННЯ	Сукупність медичних втручань (обстеження та/або лікування), призначених ліцензованим лікарем на підставі стану здоров'я застрахованої особи, що ґрунтується на усталеній медичній практиці та чинних настановах/протоколах як у Грузії, так і на міжнародному рівні.
ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ	Захворювання або стан здоров'я, що виникло раптово під впливом хвороботворного чинника, яке характеризується вираженими клінічними симптомами та гострим патологічним перебігом, при своєчасному та належному лікуванні якого очікується повне одужання.
МЕДИЧНА УСТАНОВА	Установа, що діє на території Грузії, якій відповідно до вимог законодавства Грузії надано право (ліцензію) на здійснення медичної діяльності.

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ



ЛІКАР	Сертифікований відповідно до законодавства Грузії лікар, уповноважений здійснювати лікарську діяльність.
МЕДИЧНИЙ КОНТРАКТОР	Медичний заклад та/або сертифікований лікар, що перебуває у договірних відносинах зі Страховиком, який у разі настання страхового випадку на підставі договору, укладеного зі Страховиком, надає Застрахованому медичні послуги, передбачені цим Договором страхування.
ПЕРІОД ОЧІКУВАННЯ	Період, протягом якого Страховик не відшкодовує Застрахованому витрати на конкретні медичні послуги; обчислюється з дати первинного страхування Застрахованого на умовах індивідуального страхування («Вітаміни») у Страховика.
НАПРАВЛЕННЯ / ГАРАНТІЙНИЙ ЛИСТ	Терміновий письмовий або електронний документ, виданий Страховиком на підставі звернення Застрахованого та підтверджуючої документації, що визначає обсяг медичних послуг, які підлягають наданню, завірений уповноваженою особою та підлягає поданню до медичного закладу-контрагента.
ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ	Захворювання, що розвивається поступово, можливо безсимптомно, триває не менше трьох (3) місяців і нерідко зберігається протягом багатьох років, характеризується чергуванням періодів ремісії та рецидиву/загострення, вимагає тривалого медичного спостереження та/або лікування
УПРАВЛЯЄМА СХЕМА	Страхова/медична послуга, якою керує сімейний лікар Страховика в рамках певних медичних закладів-контрагентів.
ЕЛЕКТРОННА КАРТКА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (Е-КАРТКА)	Картка, яку Страховик завантажує на порталі http://ecard.ardi.ge/ , доступна через меню «Особистий кабінет» на офіційному сайті ARDI www.ardi.ge або за допомогою мобільного додатку ARDI («ARDI App»), яку Застрахований може переглянути та завантажити як підтвердження страхування, здійсненого на його користь на підставі цього Договору.
БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ	Період часу, що обчислюється у зворотному порядку від дати початку страхового періоду, протягом якого особа мала страхове покриття у Страховика за умови, що перерва між кожним попереднім і наступним страховими періодами не перевищує чотирнадцяти (14) послідовних календарних днів.

1.1 ВИТРАТИ НА ПОСЛУГИ МЕДИЧНОГО АСИСТЕНТА СТРАХОВИКА (ГАРЯЧА ЛІНІЯ / КОЛ-ЦЕНТР):

Відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування обраної страхової програми і передбачають цілодобові кваліфіковані, необмежені телефонні, інформаційні та організаційні консультації, забезпечення повною та своєчасною інформацією про страхові програми, лікарські засоби, організацію та координацію медичних послуг. Вищезазначене включає, у разі необхідності лікування Застрахованого, забезпечення нагляду за процесом та якістю лікування, а також моніторинг медичної та фінансової документації.

1.2 ВИТРАТИ НА ПОСЛУГИ ОСОБИСТОГО/СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ:

Відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування обраної страхової програми та передбачають:

- послуги сімейного лікаря Страховика в межах його компетенції;
- моніторинг стану здоров'я Застрахованої особи та ведення історії хвороби для кожної Застрахованої особи;
- за необхідності — залучення додаткових фахівців та організацію консилиумів;
- видачу Направлення/Гарантійного листа до медичного закладу-контрагента виходячи з медичних показань та необхідності;
- медичні рекомендації щодо ведення здорового способу життя;
- за необхідності — видачу листка непрацездатності.

Послуги сімейного лікаря надаються Страховиком виключно у спеціалізованих медичних [центрах «ARDIMEDI»](#).

1.3 ВИТРАТИ НА ПОСЛУГУ ВИКЛИКУ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДОДОМУ:

Передбачає виїзд сімейного лікаря Страховика додому у разі гострих та невідкладних випадків (послуга доступна в містах Тбілісі та Батумі), а за необхідності — видачу Направлення/Гарантійного листа на лабораторні/інструментальні дослідження та лікарські засоби.

1.4 ВИТРАТИ НА ПОСЛУГИ МЕДСЕСТРИ НА ДОМУ:

Передбачає надання послуг медичною сестрою, направленою Страховиком додому, у післяопераційний (післягоспіталізаційний) період за наявності медичних показань — не більше двох (2) календарних тижнів на один страховий випадок.

1.5 ВИТРАТИ НА СТАЦІОНАРНЕ (ЛІКАРНЯНЕ) МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ У ЗВ'ЯЗКУ З НЕЩАСНИМ ВИПАДКОМ:

Відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування обраної страхової програми і передбачають, при дотриманні принципу вільного вибору, сукупність невідкладних медичних заходів, пов'язаних з погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (зовнішньої, несподіваної/раптової події), що стався протягом страхового періоду, відстрочка яких неминуче спричинить смерть Застрахованого, обмеження його дієздатності або значне погіршення стану здоров'я, за яких потрібна госпіталізація Застрахованого на двадцять чотири (24) години та більше.

1.6 ВИТРАТИ НА ЕКСТРЕНЕ (УРГЕНТНЕ) СТАЦІОНАРНЕ (ЛІКАРНЯНЕ) МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ХВОРОБОЮ:

Передбачає, за умови дотримання принципу вільного вибору, сукупність невідкладних медичних заходів, пов'язаних із погіршенням стану здоров'я Застрахованого внаслідок хвороби, що настала протягом страхового періоду, відстрочка яких неминуче спричинить смерть Застрахованого, обмеження його дієздатності або значне погіршення стану здоров'я, за яких потрібна госпіталізація Застрахованого на двадцять чотири (24) години та більше.

1.7 ВИТРАТИ НА ПЛАНОВЕ СТАЦІОНАРНЕ (ЛІКАРНЯНЕ) МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ:

Передбачає, як при дотриманні принципу вільного вибору, так і за направленням, при розміщенні Застрахованого в ліцензованому медичному закладі на двадцять чотири (24) години і більше за наявності відповідних медичних показань, проведення лікувально-діагностичних, лабораторних та інструментальних досліджень і лікування в обсязі, передбаченому цим Договором, у тому числі відшкодування витрат на:

- хірургічне та консервативне лікування;
- догляд та патронаж;
- медичні процедури;
- призначені лікарські засоби;
- всі інші необхідні медичні заходи.

1.8 ВИТРАТИ НА МОНІТОРИНГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГИ:

Відшкодовуються з урахуванням ліміту, співстрахування та періоду очікування обраної страхової програми і передбачають, при дотриманні принципу вільного вибору, моніторинг вагітності, ведення патологічної вагітності, збереження вагітності (за відповідними медичними показаннями, включаючи всі лабораторно-інструментальні дослідження, зокрема потрійний тест у рамках генетичного скринінгу, діагностику амніотичної рідини, консультації гінеколога та медикаментозне лікування протягом усього періоду вагітності), а також розродження (фізіологічні пологи, кесарів розтин

за медичними показаннями, ускладнені пологи, включаючи переривання вагітності) у будь-якому ліцензованому пологовому будинку.

1.9 ВИТРАТИ НА ПОСЛУГИ БРИГАДИ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

Передбачає надання послуг будь-якою ліцензованою бригадою швидкої медичної допомоги, що діє на території Грузії, за наявності відповідних медичних показань.

1.10 ВИТРАТИ НА ЕКСТРЕНЕ (УРГЕНТНЕ) АМБУЛАТОРНЕ МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ:

Відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування, зазначених у обраній програмі, і передбачають сукупність невідкладних медичних заходів, пов'язаних із погіршенням стану здоров'я Застрахованого протягом страхового періоду, відстрочка яких неминуче спричинить смерть Застрахованого, обмеження його дієздатності або значне погіршення стану здоров'я і які не вимагають перебування пацієнта в медичному закладі протягом двадцяти чотирьох (24) годин і більше.

Відшкодуванню підлягають, зокрема:

- при травмі: консультація лікаря, рентгенологічне або ультразвукове дослідження, репозиція, за необхідності — фіксація, іммобілізація гіпсом, обробка рани, медикаментозна допомога; при тяжких травмах, при оцінці неврологічного статусу за шкалою коми Глазго — за необхідності комп'ютерна томографія;
- при гіпертонічному кризі: консультація лікаря, медикаментозна допомога, інфузія;
- при гіпертермії, гіпотермії: консультація лікаря, медикаментозна допомога, інфузія;
- при болю в грудній клітці та гострих порушеннях серцевого ритму: консультація лікаря, ЕКГ, ультразвукове дослідження серця або рентгенографія грудної клітки, загальний аналіз крові, електроліти, медикаментозна допомога, за необхідності — тропонін;
- при ушкодженні тіла внаслідок термічного або хімічного впливу: консультація лікаря, хірургічна обробка рани/перев'язка/ушивання, медикаментозна допомога;
- при носовій кровотечі: консультація лікаря, передня та задня тампонада, гемостаз;
- при нирковій, абдомінальній або жовчнокам'яній коліці: консультація лікаря, загальний аналіз крові та сечі, УЗД, інфузія, анальгетичні та спазмолітичні засоби;
- при бронхіальному або кардіальному астматичному нападі: консультація лікаря, ЕКГ, медикаментозне лікування, купірування нападу;

- при інтоксикації (за винятком прийому наркотичних речовин): консультація лікаря, інфузія, загальний аналіз крові, лабораторні дослідження, електроліти, медикаменти;
- при алергічних реакціях (анафілаксія, кропив'янка, набряк Квінке): консультація лікаря, інфузія, протиалергічне лікування;
- при гострому обструктивному ларингіті або бронхоспазмі (круп/псевдокруп): консультація лікаря, купірування нападу, інфузія;
- у разі абсцесу або флегмони: консультація лікаря, хірургічна обробка, медикаментозне лікування;
- при потраплянні стороннього тіла в дихальні шляхи, слуховий прохід або травний тракт: консультація лікаря, видалення стороннього тіла.

Примітка: Можливе також проведення інших конкретних втручань, не включених до наведеного вище переліку, але визнаних лікарем необхідними. Витрати на такі випадки відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування планового амбулаторного обслуговування, встановлених обраним страховим пакетом.

1.11 ЕКСТРЕННА ВАКЦИНАЦІЯ:

Передбачає консультацію лікаря та проведення антирабічної та протиправцевої вакцинації, введення протиботулінічної сироватки та антигангренозного анатоксину.

1.12 ВИТРАТИ НА ПЛАНОВЕ АМБУЛАТОРНЕ МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ:

Відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування обраної програми і передбачають, виходячи з медичних показань, консультації лікарів-фахівців різного профілю, інструментально-лабораторні дослідження, лікувально-діагностичні маніпуляції, включаючи амбулаторні хірургічні послуги (зокрема: гістероскопія/гістерорезектоскопія; операції з приводу фімозу; ангіологія — радіочастотна абляція; тонзилектомія; резекція носової перегородки/дезінтеграція носових раковин; гайморитомія; ендоскопічні операції на придаткових пазухах носа; висічення/розтин м'якотканинних та пухлиноподібних утворень шкіри (ліпоми, папіломи, доброякісні пухлини, фістули)), коли перебування Застрахованої особи в медичному закладі займає менше двадцяти чотирьох (24) годин.

Планове амбулаторне обслуговування доступне як за умови дотримання принципу вільного вибору, так і за направленням сімейного лікаря Страховика. Витрати, пов'язані з вагітністю, відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування відповідної послуги.

Примітка: Витрати на лікування ускладнень, що виникли після амбулаторних втручань/маніпуляцій/хірургічних операцій, у разі якщо медична допомога у зв'язку з такими ускладненнями вимагатиме госпіталізації, покриваються в межах ліміту та співстрахування відповідної послуги, передбаченої страховим полісом.

1.13 ВИТРАТИ НА МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ:

Відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування обраної програми (додається до цього Договору) і передбачають відшкодування витрат на лікарські засоби, призначені лікарем на підставі відповідних медичних показань. При отриманні Застрахованим стаціонарного медичного обслуговування витрати на медикаментозне лікування відшкодовуються в межах ліміту та співстрахування стаціонарного обслуговування. Придбання лікарських засобів можливе як при дотриманні принципу вільного вибору в будь-якій ліцензованій аптеці на території Грузії, так і за направленням сімейного лікаря Страховика. Лікарські засоби, що придбаваються за направленням сімейного лікаря, відшкодовуються з додатковим покриттям у розмірі п'яти відсотків (+5%) у таких аптечних мережах: PSP, Aversi, Pharmadepo та GPC.

1.14 ВИТРАТИ НА ПРОФІЛАКТИЧНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ:

Передбачає наступний пакет обстежень виключно за направленням сімейного лікаря в медичному центрі-провайдері:

- консультація лікаря-спеціаліста;
- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- визначення рівня глюкози в крові;
- ультразвукове дослідження однієї системи органів.

Примітка: Консультація лікаря-спеціаліста означає: для жінок — консультацію гінеколога або мамолога; для чоловіків — консультацію уролога або кардіолога; для дітей — консультацію педіатра, ортопеда або офтальмолога.

1.15 ВИТРАТИ НА ЕКСТРЕНЕ (УРГЕНТНЕ) СТОМАТОЛОГІЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ:

Відшкодовуються за умови дотримання принципу вільного вибору в будь-якому ліцензованому медичному закладі на території Грузії та передбачають:

- зняття гострого болю (анестезія, депульпація, пломбування кореневого каналу);
- екстракцію зуба при гострому болю.

1.16 ВИТРАТИ НА ПЛАНОВЕ (ТЕРАПЕВТИЧНЕ) СТОМАТОЛОГІЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ:

Відшкодовуються у стоматологічних клініках-провайдерах Страховика в межах ліміту та співстрахування обраної програми і передбачають терапевтичне та хірургічне стоматологічне лікування.

Примітка №1: Лікування із застосуванням мікроскопа фінансується виключно за наявності відповідних медичних показань.

Примітка №2: Профілактичне чищення зубів відшкодовується двічі на рік, у тому числі методом Air Flow; лікувальне чищення відшкодовується за медичними показаннями.

1.17 ЗНИЖКИ НА ОРТОДОНТИЧНІ, ОРТОПЕДИЧНІ ТА ІМПЛАНТОЛОГІЧНІ ПОСЛУГИ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ КЛІНІКАХ-ПРОВАЙДЕРАХ:

Передбачає знижки на ортопедичні, ортодонтичні та імплантологічні послуги в стоматологічних клініках-провайдерах, зазначених Страховиком. При цьому розмір знижки визначається конкретною клінікою-провайдером. Як обсяг знижок, так і кількість клінік-провайдерів можуть змінюватися протягом страхового періоду.

1.18 ЛІКУВАННЯ ЗА КОРДОНОМ (ПЛАНОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ТА/АБО ПЛАНОВЕ АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ):

Передбачає відшкодування вартості медичних послуг, наданих у ексклюзивних провайдерах «ARDI» за межами Грузії — зокрема, у провідних медичних центрах Туреччини — за середньою ринковою ціною, що діє в Грузії, відповідно до умов цього Договору. Такими ексклюзивними провайдерами є:

У Туреччині:

- Anadolu Medical Center (афілійований з Johns Hopkins Medicine)
- ACIBADEM Health Group
- Memorial
- Liv Hospitals Group (Liv Hospital Ulus, Liv Hospital Vadistanbul, Liv Hospital Bona Dea)
- Central Hospital Group
- Güven Hospital

Примітка №1: Щодо медичних закладів, у яких витрати на медичне обслуговування покриваються державною програмою, Страховик зобов'язується відшкодувати суми, що підлягають сплаті Застрахованим у порядку співстрахування, відповідно до умов цього Договору.

ВИНЯТКИ

2 У межах цього Договору Страховик має право відмовити у відшкодуванні наступного: Захворювання:

- 2.1** витрати на медичне обслуговування у зв'язку з цукровим та нецукровим діабетом, хронічними та вірусними гепатитами (за винятком гепатиту типу «А»), хронічною нирковою недостатністю та їх ускладненнями, за винятком невідкладних/життєзагрожуючих станів;
- 2.2** витрати на медичне обслуговування у зв'язку з вродженими та генетичними захворюваннями, захворюваннями, зумовленими генетичною мутацією, та їх ускладненнями. Генетичні дослідження (за винятком потрібного тесту під час вагітності та генетичних досліджень, необхідних при онкологічних захворюваннях);
- 2.3** витрати на медичне обслуговування у зв'язку з інфекціями, що передаються статевим шляхом (венеричними захворюваннями), а саме та виключно: сифілісом, гонококовою інфекцією, хламідійною лімфогранулемою, шанкровоїдом (м'яким шанкром), паховою лімфогранулемою (донованозом), хламідіозом, кандидозом, а також витрати на медичне обслуговування у зв'язку зі СНІДом;
- 2.4** витрати на медичне обслуговування у зв'язку з метаболічним синдромом, ожирінням та надмірною вагою;
- 2.5** витрати на медичне обслуговування у зв'язку з акне, розацеа, фолікулітом, алопецією та грибковими захворюваннями нігтів (оніхомікоз, оніходистрофія);
- 2.6** витрати на медичне обслуговування у зв'язку з психічними захворюваннями та їх ускладненнями;
- 2.7** витрати на діагностику та лікування клімактеричного синдрому, безпліддя та порушень потенції;
- 2.8** витрати, пов'язані з алкоголізмом, наркоманією та токсикоманією.

Послуги:

- 2.9** витрати, пов'язані з екзопротезами, ендопротезами, імплантатами та коригувальними медичними пристроями, трансплантацією органів і тканин (у тому числі аутоотрансплантацією) та ускладненнями, що виникли під час будь-яких медичних втручань;
- 2.10** витрати, пов'язані з корекцією зору, придбанням окулярів, контактних лінз та слухових апаратів;
- 2.11** планова вакцинація та імунізація;
- 2.12** фізіотерапевтичні процедури, плазмаферез, лазеротерапія та кінезотерапія;
- 2.13** витрати на косметичне/естетичне лікування, пластичну хірургію та корекцію ваги;
- 2.14** витрати на аборт без медичних показань, контрацепцію, штучне запліднення, репродуктивну медицину та зміну статі;
- 2.15** витрати на реабілітаційне лікування, масаж, послуги подолога, психотерапевта, психіатра, психолога та логопеда;
- 2.16** витрати, пов'язані з отриманням медичних довідок будь-якого виду (за винятком довідок, виданих сімейним лікарем);
- 2.17** витрати на нетрадиційну медицину (озонотерапія, акупунктура/біопунктура, мануальна терапія, гомеопатія, су-джок терапія, лікувальна фізкультура тощо).

Ситуації:

- 2.18** витрати на медичне обслуговування у зв'язку із захворюваннями та випадками, спричиненими умисним самоушкодженням або грубою недбалістю;
- 2.19** витрати на лікування, зумовлені умисним нараженням Застрахованого на небезпеку або грубою недбалістю, за винятком випадків, коли він діє з метою порятунку життя іншої людини;
- 2.20** витрати на медичне обслуговування внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, що сталася під час керування Застрахованим будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або під впливом психотропних речовин;
- 2.21** витрати на медичне обслуговування внаслідок участі Застрахованого у кримінально караних діях, а також витрати на медичне обслуговування під час позбавлення волі;
- 2.22** витрати на медичне обслуговування внаслідок участі у професійних та ризикованих видах спорту (скелелазіння, альпінізм, спелеологія, повітроплавання, парашутизм, дельтапланеризм, параглайдинг, рафтинг, стрибки у воду або підводне плавання з використанням дихальних апаратів, кінні перегони, гонки на швидкість на моторних човнах, автомобілях або інших моторних транспортних засобах, військові бойові мистецтва);

2.23 витрати без медичних показань, у тому числі на нестандартну палату, найнятий персонал та самолікування;

2.24 витрати на підготовку до зубного протезування, ортопедичні та ортодонтичні послуги;

2.25 витрати на придбання лікарських засобів, не зареєстрованих відповідно до законодавства Грузії, біологічно активних та/або харчових добавок, фітопрепаратів, парамедичних засобів, імуномодуляторів, імуностимуляторів, моноклональних антитіл, засобів особистої гігієни та/або догляду за тілом, медичних пристроїв та допоміжних засобів (корсети, фіксатори, бандажі, м'які пов'язки, силіконові тампони, сатуратори тощо);

2.26 витрати на послуги, надані до набрання Договором чинності або після закінчення терміну його дії.

3. СХЕМА ОБСЛУГОВУВАННЯ ВІТАМІНІВ

3.1 При зверненні до медичних закладів, в яких організацію медичного обслуговування не здійснює медична служба Страховика, Страховик забезпечує виплату страхового відшкодування протягом десяти (10) робочих днів після подання Застрахованим повної медичної та фінансової документації за умови її відповідності умовам чинної страхової програми. Подані документи:

- квитанція про оплату та чек;
- форма №IV-100/а;
- призначення лікаря;
- розрахунки (калькуляції);
- медичні висновки;
- документ, що посвідчує особу;
- банківські реквізити.

3.2 Звертаючись до медичного закладу, в якому організацію медичного обслуговування здійснює Страховик, Страхувальник надає Страховику медичну та фінансову документацію, а саме:

- форма №IV-100/а;
- рахунок-фактура/калькуляція, видана клінікою;
- за необхідності — медичні висновки;
- документ, що посвідчує особу.

3.3 При страхуванні за керованою програмою отримання послуг, передбачених у рамках амбулаторного, медикаментозного обслуговування, моніторингу вагітності та профілактики, можливе виключно за направленням сімейного лікаря. Для отримання планового стаціонарного обслуговування Застрахований зобов'язаний завчасно подати документацію, зазначену в пункті 3.2, та отримати Направлення/Гарантійний лист у встановлені терміни. За послугами, переліченими в цьому пункті, виплата Застрахованому готівкою не здійснюється. У разі невідкладних послуг Застрахований користується принципом вільного вибору.

3.4 Застрахований несе відповідальність за подання Страховику повної медичної та фінансової документації. У разі подання неповної документації Страховик має право призупинити виплату страхового відшкодування до усунення наявних недоліків. За умови відповідності умовам чинної страхової програми та вимогам Страховика Направлення/Гарантійний лист видається протягом десяти (10) робочих днів.

- 3.5** Для отримання електронного направлення документація надсилається через відповідний модуль нашого веб-сайту наступним чином:
- на веб-сайті www.ardi.ge натисніть кнопку «Мій кабінет» у правому верхньому куті;
 - виберіть реєстрацію (якщо у вас ще немає облікового запису) або авторизацію (якщо обліковий запис вже є);
 - у меню ліворуч знайдіть кнопку «Звернення» «Нове звернення» та надішліть необхідну документацію.

- 3.6** Для отримання електронного відшкодування документація надсилається через відповідний модуль нашого веб-сайту наступним чином:
- на веб-сайті www.ardi.ge натисніть кнопку «Мій кабінет» у правому верхньому куті;
 - виберіть реєстрацію (якщо у вас ще немає облікового запису) або авторизацію (якщо обліковий запис вже є);
 - у меню ліворуч знайдіть кнопку «Відшкодування» «Нове відшкодування» та надішліть необхідну документацію. Надіслана в електронній формі документація розглядається не пізніше трьох (3) робочих днів. При цьому оригінали документів, надісланих через електронний портал, повинні бути подані до спеціальної поштової скриньки, розташованої в головному офісі страхової компанії, або до найближчого сервісного центру «ARDI» протягом шести (6) місяців з моменту отримання електронного відшкодування, але не пізніше закінчення терміну дії страховки. В іншому випадку Страховик залишає за собою право вимагати повернення виплаченої суми.

4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

Страховик має право:

- 4.1** до виплати відшкодування перевірити цільове призначення та правомірність страхового випадку та витрат;
- 4.2** призупинити виплату страхового відшкодування у разі порушення Страхувальником будь-якої умови цього Договору;
- 4.3** без попереднього повідомлення призупинити обслуговування у разі порушення графіка сплати премії, а у разі непогашення заборгованості до дати наступного платежу — в односторонньому порядку негайно розірвати договір страхування;
- 4.4** переглянути умови Договору та тарифи після його укладення у разі знецінення національної валюти на двадцять п'ять (25) відсотків;
- 4.5** при настанні страхового випадку, якщо вартість обслуговування перевищує невиплачену річну страхову премію, відняти від суми, що підлягає відшкодуванню, залишок (що підлягає сплаті) річної премії та відшкодувати різницю;
- 4.6** у разі наявності подвійного страхування — розділити витрати за страховим випадком з іншим страховиком на засадах солідарності;
- 4.7** у разі заподіяння шкоди здоров'ю Застрахованого з вини третьої особи — вимагати від неї відшкодування витрат на надане медичне обслуговування;
- 4.8** у разі зміни/уточнення попереднього діагнозу — повторно розглянути страховий випадок і здійснити відшкодування наданих/належних до надання страхових послуг у межах співстрахування та ліміту відповідної послуги відповідно до умов цього Договору.

5. СТРАХУВАЛЬНИК/ЗАСТРАХОВАНИЙ МАЄ ПРАВО

- 5.1** Застрахований має право отримати страхове відшкодування за умови дотримання умов цього Договору;
- 5.2** при продовженні Договору на наступний страховий рік Страхувальник/Застрахований має право покращити страхову програму не більше ніж на один рівень.

6. СТРАХУВАЧ ЗОБОВ'ЯЗАНИЙ

- 6.1** сплачувати страхову премію в установленому порядку;
- 6.2** у разі розірвання договору страхування з будь-якої причини: якщо Страхувальник або член його сім'ї (за наявності) скористався страховими послугами хоча б один раз і сума, відшкодована Страховиком, перевищує сплачену (нараховану) Застрахованим страхову премію — повністю сплатити решту річної премії у готівковій/безготівковій формі в порядку, передбаченому Договором. Якщо Страхувальник або член його сім'ї (за наявності) не скористався страховими послугами, Страхувальник має право розірвати цей Договір на підставі письмової заяви;
- 6.3** ознайомити застрахованих ним осіб (за їх наявності) з порядком розгляду страхових випадків, відшкодування витрат та іншими умовами Договору, а також з обставинами, за яких витрати відшкодуванню не підлягають.

7. ФОРС-МАЖОР. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

Форс-мажор:

- 7.1** Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це спричинено дією обставин непереборної сили, а саме: повенню, землетрусом, пожежею, страйком, військовими діями, блокадою, актами та/або діями державних органів (форс-мажорні обставини), що має бути підтверджено в письмовій формі уповноваженими компетентними органами;
- 7.2** у разі настання форс-мажорних обставин Сторони зобов'язані негайно повідомити про це іншу Сторону в письмовій формі;
- 7.3** виконання Сторонами зобов'язань за цим Договором відкладається до усунення форс-мажорних обставин.

8. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ:

- 8.1** усі дії, умови та вимоги, що надають Сторонам можливість на законних підставах підписати цей Договір, скористатися наданими їм правами та виконати прийняті зобов'язання одна перед одною, будуть належним чином дотримані та виконані;
- 8.2** при укладенні цього Договору Сторони передають одна одній усі документи, передбачені законодавством Грузії як обов'язкові для належного укладення та виконання цієї юридичної угоди;
- 8.3** зобов'язання, прийняті Сторонами одна перед одною за цим Договором, є законними та обов'язковими до виконання обома Сторонами;
- 8.4** Сторони не відмовляться від виконання зобов'язань, прийнятих за цим Договором;
- 8.5** Сторони гарантують, що всі заяви та підтвердження, що містяться в цьому Договорі, є актуальними на дату його підписання та будуть у повній мірі й безумовно дотримані Сторонами;
- 8.6** при виконанні зобов'язань Сторони керуються законодавством Грузії та положеннями цього Договору;
- 8.7** жодна зі Сторін не має права без попередньої письмової згоди іншої Сторони повністю або частково передавати третім особам свої права та зобов'язання за цим Договором;
- 8.8** будь-які спори між Сторонами вирішуються за взаємною згодою, а в разі її недосягнення — у судовому порядку відповідно до норм законодавства Грузії;
- 8.9** Усі повідомлення та згоди, необхідні для виконання цього Договору, Сторони надсилають у формі листа, підписаного уповноваженою особою, в електронному вигляді, факсом або рекомендованою поштою. Сторона в межах своєї компетенції несе відповідальність за правильність, точність та законність інформації (документації), наданої іншій Стороні. У разі якщо надана Стороною іншій Стороні інформація (документація) виявиться такою, що не відповідає дійсності, це безумовно вважається порушенням відповідного зобов'язання цією Стороною, і в іншій Сторони виникає право відмовитися від виконання свого зустрічного зобов'язання;

8.10 у разі порушення Страхувальником встановленого полісом строку сплати премії (а в разі розстрочки — чергового внеску), що настав, у тому числі в разі неповної сплати премії, виплата відшкодування призупиняється до повного погашення заборгованості. У разі прострочення на один місяць страхування (договір страхування) автоматично припиняється (розірвається). Випадок (збиток), що настав після припинення страхування, відшкодуванню не підлягає;

8.11 з метою контролю якості Страхувальник (Застрахований) має право скористатися спеціальною адресою електронної пошти sos@ardi.ge, на яку може надіслати претензію або зауваження будь-якого характеру для подальшого реагування;

8.12 Сторони зобов'язані суворо дотримуватися конфіденційності фінансової, комерційної та іншої інформації, отриманої від іншої Сторони у зв'язку з виконанням цього Договору. Передача будь-якої інформації третім особам допускається лише за наявності письмової згоди іншої Сторони або у випадках, передбачених законодавством Грузії;

8.13 підписуючи цей Договір, Страхувальник висловлює згоду на те, що Страховик має право за необхідності перевіряти та запитувати персональні дані Страхувальника у державних органах, а також медичну документацію, прямо чи опосередковано пов'язану зі страховими випадками, у медичних та інших установах, та копію трудового договору у роботодавця.

9. АНОТАЦІЯ «ВІТАМІНІВ»

Анотація «Вітамінів»:

9.1 предметом цього Договору за страховою програмою «Вітамінів» є страхування здоров'я Страхувальника у Страховика відповідно до обраної програми «Вітамінів» та умов цього Договору;

9.2 Страхувальник зобов'язується в обмін на «Вітамінів» сплачувати Страховику страховий внесок (далі — «Премія») у розмірі та порядку, зазначених у полісі; при цьому за домовленістю Сторін страхова премія за перші два (2) місяці сплачується Сторонами безпосередньо під час підписання Договору, до набрання чинності страхуванням;

9.3 при виборі щомісячного графіка сплати страхової премії Страхувальник сплачує Страховику щомісячну страхову премію у відповідному розмірі у строки, зазначені в полісі. У разі порушення зазначеного графіка Страховик має право не виплачувати страхове відшкодування до повного погашення заборгованості та/або у односторонньому порядку розірвати Договір;

9.4 страховий випадок розглядається за умови, що Застрахований (або його представник — у разі неможливості явки за медичними показаннями) не пізніше тридцяти (30) днів з моменту настання страхового випадку надасть Страховику детальну інформацію про страховий випадок та у повному обсязі — відповідну документацію;

9.5 страхове відшкодування виплачується:

- у разі неповнолітнього — батькам;
- третій особі — на підставі нотаріально засвідченої довіреності.

9.6 Страховик залишає за собою право отримувати необхідну документацію від інших організацій для врегулювання страхового випадку та ідентифікації Застрахованого;

9.7 Страховик повинен бути повідомлений про наявність будь-якого іншого медичного поліса або іншого способу відшкодування витрат;

9.8 підставами для припинення страхування за цим Договором можуть бути:

- попередня письмова угода;
- повідомлення, надіслане Страховиком Страхувачу;
- повідомлення, надіслане Страхувальником Страховику, протягом тридцяти (30) днів з моменту отримання такого повідомлення;
- невиконання іншою Стороною прийнятих зобов'язань;
- інші випадки, передбачені законодавством Грузії.

