

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი №ALD



“სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ”
საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილების შესაბამისად
და მისი პირობები გამომდინარეობს ამ ნორმატიული აქტიდან

მზღვეველი - სადაზღვევო კომპანიის დასახელება _____ სს“სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“

მისამართი _____ ქ. თბილისი, ყაზბეგის ქ. 3-5

მზღვეველის ხელმოწერა

ცხელი ხაზი: 2 444 801

დაზღვეული _____

პირადი № ან უნიკალური კოდი _____ უნიკალური ნომერი _____

დაბადების თარიღი _____

ოჯახის საიდენტიფიკაციო კოდი _____
(ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

მისამართი _____

სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისი _____

გთხოვთ, გაეცნოთ ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულების ძირითად პირობებს (მზღვეველის/დამზღვეველის/დაზღვეულის უფლებამოსილებები და დაზღვევის მომსახურების მოცულობა) სადაზღვევო პოლისის მეორე გვერდზე

ჯანმრთელობის დაზღვევასთან დაკავშირებული პრობლემების ან/და დავების არსებობისას,
თუ მათი გადაწყვეტა ვერ მოხერხდა სადაზღვევო კომპანიასთან, შეგიძლიათ მიმართოთ
საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს – ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურს

მისამართი: თბილისი, აკაკი წერეთლის გამზ. №144

ელ-ფოსტა: info@him.ge



www.him.ge

ცხელი ხაზი: 2 555 115

მზღვეველი	სს“სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“	დამზღვევი	_____	ჩავაბარე სადაზღვევო პოლისი
ხელმოწერა (ფაქსიმილი)		სახელი, გვარი	_____	სახელი, გვარი
		ხელმოწერა	_____	ხელმოწერა
				ჩაბარების თარიღი

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი №ALD

დაზღვეული _____
სახელი, გვარი

ოჯახის საიდენტიფიკაციო კოდი _____
(ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

მისამართი _____

პირადი № _____

დამზღვევი _____
სახელი, გვარი

პირადი №

ჩავაბარე პოლისი _____
ხელმოწერა

ჩავაბარე პოლისი _____
სახელი, გვარი

ხელმოწერა _____

სადაზღვევო კომპანიის დასახელება
სს“სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“

ჩაბარების თარიღი _____

პაკეტის № _____

