

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი №ALP



“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 _____ შპს „სადაზღვევო კომპანია ალფა“

მისამართი _____ ქ. თბილისი, ჯანო ბაგრატიონის ნა

მზღვეველის ხელმოწერა _____

ცხელი ხაზი: 2 640 640

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/დამზღვევის/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 _____ შპს „სადაზღვევო კომპანია ალფა“	დამზღვევი _____ სახელი, გვარი	ჩავაბარე სადაზღვევო პოლისი _____ სახელი, გვარი
ხელმოწერა (ფაქსიმილია) _____	ხელმოწერა _____	ხელმოწერა _____
		ჩაბარების თარიღი _____

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი №ALP

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

შპს „სადაზღვევო კომპანია ალფა“

ჩაბარების თარიღი _____

პაკეტის № _____

