

“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“ საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ“

მისამართი _____ ქ. თბილისი, ილ. ჭავჭავაძის გამზ.20

მზღვეველის ხელმოწერა _____

ცხელი ხაზი: 2 911 888; 2 250 788; (8422) 222 288

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“ საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ“
დამზღვევი _____
სახელი, გვარი _____
სახელი, გვარი _____
ხელმოწერა (ფაქსიმილია) _____ ხელმოწერა _____
ხელმოწერა _____
ჩაბარების თარიღი _____

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი №IML

დამზღვევი _____
სახელი, გვარი _____

პირადი №

ჩაგებაზე პოლისი _____
ხელმოწერა _____

ჩაგებაზე პოლისი _____
სახელი, გვარი _____

ხელმოწერა _____

სადაზღვევო კომპანიის დასახელება

სს“ საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ“

ჩაბარების თარიღი _____

პაკეტის № _____

