

ჯამრთელობის დაზღვევის პოლისის HEALTH
INSURANCE POLICY
N - MED 000000



დამზღვევი / POLICY HOLDER

სახელი / NAME

IVANE

გვარი / SURNAME

MAISURADZE

პირადი ნომერი /
PERSONAL NUMBER

00000000000

დაბადების თარიღი /
DATE OF BIRTH

11/03/1990

მისამართი /
ADDRESS

ელ.ფოსტა /
E-MAIL

ivane@example.com

ტელეფონის ნომერი/
PHONE NO

555 000 000

პაკეტი და პროვაიდერი / PACKAGE AND PROVIDER

პაკეტი / PACKAGE

ელვენი

V

პროვაიდერი / PROVIDER

შპს მაღალტექნოლოგიური
ქონსპიტალი მედიცინა

V

პოლისის მოქმედების
პერიოდი / INSURANCE
PERIOD FROM

28/08/2026-დან

28/08/2027-მდე

დაფარვის ტერიტორია
/ COVERAGE AREA

საქართველო

პოლისის გაცემის
თარიღი / DATE OF
ISSUE OF POLICY

27/08/2026

მზღვეველი / INSURER

დასახელება / NAME

სს "სადაზღვევო კომპანია უნისონი"
INSURANCE COMPANY UNISON JSC

მისამართი / ADDRESS

დ. გამრეკელის ქ. #19, თბილისი 0160,
საქართველო, 19 D. GAMREKELI ST,
TBILISI 0160, GEORGIA

ტელ / TEL

(+995 32) 2 991 991

ვებ-გვერდი / WEB

www.unison.ge

პრემია / PREMIUM

780.00 GEL

არჩეული გადახდის ტიპი

კვარტალური

გრაფიკი / SCHEDULE:

28/08/2026	28/09/2026	28/10/2026	28/11/2026	28/12/2026	28/01/2027
195 ლარი			195 ლარი		
28/02/2027	28/03/2027	28/04/2027	28/05/2027	28/06/2027	28/07/2027
195 ლარი			195 ლარი		

დაზღვეული / INSURED N1

სახელი / NAME

IVANE

გვარი / SURNAME

MAISURADZE

პირადი ნომერი /
PERSONAL NUMBER

00000000000

დაბადების თარიღი /
DATE OF BIRTH

11/03/1990

მისამართი /
ADDRESS

ელ.ფოსტა /
E-MAIL

ivane@example.com

ტელეფონის ნომერი/
PHONE NO

555 000 000

პოლისის ჯამური ლიმიტი- დაზღვეულზე მინ. /
Total policy limit - per insured person min.

30 000 GEL

Digitally signed by
Insurance Company Unison JSC
27.08.2026 11:22:06 +04

არარეზიდენტ პირებისათვის, ჰოსპიტალური მომსახურების (როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმური შემთხვევების) ანაზღაურება მოხდება პროვაიდერი კლინიკების გასაშუალოებული ტარიფით.

For non-residents, hospital services (both emergency and planned cases) will be reimbursed at the averaged rate of the provider clinics.

დამზღვევმა დაადასტურა, რომ შეთავაზების განხორციელების ეტაპზე მზღვეველის მხრიდან ინფორმირებული იყო, გაეცნო და დაეთანხმა სს „სადაზღვევო კომპანია უნისონი“-ს ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობებს.

დამზღვევმა დაადასტურა, რომ წინამდებარე სადაზღვევო პოლისთან ერთად, მზღვეველის მხრიდან გადაეცა დაზღვევის ხელშეკრულების მნიშვნელოვანი პირობები წერილობითი ფორმით. გაეცნო და დაეთანხმა სს „სადაზღვევო კომპანია უნისონი“-ს ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობებს (ხელშეკრულება) (რომელიც დეპონირებულია ნოტარიუსთან. დეპონირებული ხელშეკრულების N260670290) და რომელიც განთავსებულია მზღვეველის ვებ გვერდზე:

ხელშეკრულების მნიშვნელოვანი პირობები: [დაზღვევის მნიშვნელოვანი პირობები](#);

ჯანმრთელობის ინდივიდუალური დაზღვევის პირობები:

[დაზღვევის პირობები](#);

საინფორმაციო ფურცელი: [საინფორმაციო ფურცელი](#);

The insurer confirmed that at the stage of the proposal, the insured was informed, familiarized with and agreed to the terms and conditions of individual health insurance of JSC Unison Insurance Company. The Insured has confirmed that along with this insurance policy, the Insurer has given the important terms of the insurance contract in written form. Familiarized with and agreed to the individual health terms (agreement) of JSC "Unison Insurance Company" (deposited with a notary. N of the deposited agreement N260670290) and which is posted on the insurer's website:

IMPORTANT TERMS OF THE CONTRACT: [Important Terms and Conditions](#);

INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE AGREEMENT: [Terms and Conditions](#) ;

INFORMATION SHEET: [Information Sheet](#);

პოლისი და ელექტრონულ შეტყობინებაში თანდართული ხელშეკრულების პირობები ერთმანეთის განუყოფელი ნაწილია. უნისონი ვალდებულებას იხსნის შეასრულოს დაზღვევის პირობები, თუ თქვენს მიერ პოლისის შეძენისას მითითებული ინფორმაცია არ შეესაბამება სინამდვილეს.

The insurance policy and the terms of the agreement attached to the electronic notification are an integral part of each other. Unison waives its obligation to fulfill the terms of the insurance if the information provided by you when purchasing the policy is not true.

პასპორტის ან ნებისმიერი იმ საიდენტიფიკაციო დოკუმენტის, რომლითაც მოხდა რეგისტრაცია პოლისის შეძენისას, ცვლილების შემთხვევაში, დაზღვეული ვალდებულია აცნობოს სადაზღვევო კომპანიას და მიაწოდოს ახალი დოკუმენტის ასლი. იმ შემთხვევაში, თუ ზარალის დადგომისას ვერ მოხდა პიროვნების იდენტიფიცირება, ზემოაღნიშნული შეიძლება გახდეს ანაზღაურებაზე უარის თქმის საფუძველი.

In case of change of passport or any identification document, with which the policy is registered, insured is obliged to notify an insurance company and provide a copy of an updated document. If this requirement is not fulfilled, in case of reimbursement, the person's identification will be impossible, which may lead to a refusal of refund.

პოლისი ძალაში შედის პირველი გადახდიდან 1 კალენდარული დღის ვადაში. სამედიცინო მომსახურებების და ინფორმაციის მისაღებად გთხოვთ დაგვიკავშირდეთ ცხელ ხაზზე +995 32 2 991 991.

Policy is in force after 1 calendar day from the first payment. For getting medical services and information, please contact our hotline number +995 32 2 991 991