

უბელური შემთხვევის დაზღვევის პოლისი
PERSONAL ACCIDENT INSURANCE POLICY
PAI/C-006074/21

მზღვეველი
INSURER: სს "სადაზღვევო კომპანია ალდაგი"
JSC "Insurance Company Aldagi"
დამზღვევეი: ა(ა)იპ წალკის მუნიციპალიტეტის წყალმომარაგების და კეთილმოწყობის სამსახური
443120604
დამზღვევის საიდენტიფიკაციო №
POLICY HOLDER'S ID #
ოფიციალური მისამართი
OFFICIAL ADDRESS: საქართველო, ქ. წალკა, არისტოტელეს ქ., N 17
17 Aristotele st. Tsalka, Georgia
დაზღვეული:
INSURED: წინამდებარე პოლისის დანართი №1-ის მიხედვით
As per Addendum #1 of present Policy.
მოსარგებლე:
BENEFICIARY: დაზღვევის პირობები № CPA-001/18-4 მიხედვით;
As per Insurance Conditions # CPA-001/18-4
უბელური შემთხვევის შედეგად: დაზღვეულის გარდაცვალება ან უზო-უკვლად დაკარგულად აღიარება;
სადაზღვევო დაფარვა: უბელური შემთხვევის შედეგად: დაზღვეულის ჯანმრთელობის დაზიანება ან შრომისუუნარობა;
Death or Declaring Missing of the Life Insured. Both caused as a result of accident;
INSURED COVERAGE: Damage to health or Disability. Both caused as a result of accident;
სადაზღვევო თანხა/ლიმიტი ერთ დაზღვეულზე: 5,000.00 (ხუთი ათასი) ლარი
SUM INSURED/LIMIT PER PERSON: GEL 5, 000.00 (five thousand)
გეოგრაფიული არეალი: საქართველო
TERRITORIAL LIMITS: Georgia
სადაზღვევო პრემია: 1440.00 ლარი
PREMIUM: Gel 1440.00
სადაზღვევო პრემიის გადახდა: ერთჯერადად პოლისის გაცემისთანავე.
PREMIUM PAYMENT TERMS: once the policy is issued
დაზღვევის პერიოდი: 2021 წლის 11 იანვრის 24:00 საათიდან 2022 წლის 11 იანვრის 24:00 საათამდე.
PERIOD OF INSURANCE From 24:00 of 11.01.2021 Till 24:00 of 11.01.2022
დაზღვევის პირობები: CPA-001/18-4
Insurance Conditions:

წინამდებარე პოლისზე ხელმოწერით დამზღვევი თანხმობას აცხადებს, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემთხვევაში, მზღვეველის მიერ დამზღვევის, სადაზღვევო შემთხვევის, სადაზღვევო შემთხვევაში მონაწილე ყველა პირის შესახებ მის ხელთ არსებული სრული ინფორმაციის შპს "სადაზღვევო-საინფორმაციო ბიურო" -სათვის (საიდენტიფიკაციო კოდი: 204558433) ამ უკანასკნელთან შეთანხმებული წესით მიწოდების შესახებ. By signing This Policy, the Policyholder agrees and confirms, that the Insurer is authorized, after occurrence of the Insured Event, to submit to the "Insurance-info" LLC (ID Code: 204558433) complete information available to the Insurer concerning the Policyholder, Insured Event and all persons involved in the Insured Event in the agreed manner. წინამდებარე პოლისზე ხელმოწერით დამზღვევი ადასტურებს, რომ დაზღვევის პირობებს, რომლის საფუძველზეც გაცემულია წინამდებარე პოლისი და რომელიც განთავსებულია შემდეგ ელექტრონულ მისამართზე https://aldagi.ge/cdn/52/12/O3lcbatRR0WLb1RaeYhdZQ/Geo%20PAI%20final_CPA-00118-4.pdf გაეცნო და ეთანხმება.

By signing this Policy Insured confirms that the Insurance Conditions, on the basis of which the present Policy is issued and which is placed on the following link: https://aldagi.ge/cdn/52/12/O3lcbatRR0WLb1RaeYhdZQ/Geo%20PAI%20final_CPA-00118-4.pdf have read and agreed to them.

გაცემის ადგილი / თარიღი - თბილისი / 30/12/2020

Place / Date of issue: Tbilisi

დამზღვევის ხელმოწერა: -----

Policyholder's Signature

მზღვეველის ხელმოწერა -----

Insurer's Signature:

დირექტორი/წარმომადგენელი -----

Directo/Representative