

ՀԱՅՑԱՅԻՆ ԴԻՄՈՒՄ
Դժբախտ պատահարի վերաբերյալ

Սույն ձևի լրացումը չի հանդիսանում ապահովագրական դեպքի ճանաչում

1. Ապահովադիր	
2. Հասցե	
3. Ապահովագրաված անձ	
4. Գործունեության ձևը	
5. Հերախոս	
6. Վկայագիր	
7. Մանրամասն նկարագրությունը պատահարի վերաբերյալ նշելով պատահարի վայրը (փողոց, քաղաք)	
8. Պատահարի ամսաթիվը և ժամը:	
9. Կարճ նկարագրեք պատճառված վնասները:	
10. Դիմել եք որևէ բժշկական հաստատություն:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>

Հայտարարագիր

Սույնով հավաստում եմ, որ իմ կողմից "ՄԻԼ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ" ԱՓԲ ընկերությանը հայտնած բոլոր տեղեկությունները հանդիսանում են հավաստի և արժանահավատ: Նախագրուշացված եմ, որ ապահովագրական ընկերությանը ոչ հավաստի կամ անարժանահավատ, ինչպես նաև կեղծ, իրականությունը խեղաթյուրող տեղեկություններ ներկայացնելու դեպքում, օրենքով նախատեսված կարգով, կարող եմ ենթարկվել քրեական պատասխանատվության:

Ստորագրություն _____

Անուն, Ազգանուն _____

Ամիս, Ամսաթիվ, Ժամ՝ ____ . ____ . ____ թ., Ժ. ---- : ----

Դիմում ընդունողի ստորագրությունը _____