

Հայցի համար՝ \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք տրամադրել ամբողջական ինֆորմացիա տրվյալ դիմումում նշված բոլոր կետերի վերաբերյալ

1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ			
Ապահովադիր (անձ կամ կազմակերպություն)		Վկայագրի համարը	
Անուն ազգանուն			
Ծննդյան ամսաթիվ			
Անձնագրի տվյալներ (սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված)			
Ապահովագրական քարտի համար			
Բնակության հասցե			
Հեռախոսահամարներ			
Էլեկտրոնային փոստի հասցե			
2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ՊԱՏԱՀԱՐ			
Պատահարի տեղի ունենալու վայրը			
Ապահովագրական պատահարի ամսաթիվ			
Ապահովագրական ընկերություն ներկայացված ծախսը			
Դեպքի կարճ նկարագրություն՝			
Դիմել էք ծառայողական կենտրոնի օգնությանը	<input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Նախքան բժշկի դիմելը ____/____/____թ.	<input type="checkbox"/> Բժշկին դիմելուց հետո ____/____/____թ.
3. ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԳՈՒՄԱՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿԸ			
<input type="checkbox"/> Կանխիկ՝ անձնագրային տվյալներով փոխանցել գումարը բանկի տարանցիկ հաշվեհամարին <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Հայեկոնոմբանկ _____ (Ստացողի անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված)</li> <li>• <input type="checkbox"/> Այլ _____ (Նշել բանկը, մասնաճյուղը/հասցեն)</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> Բանկային փոխանցումով (նշել Դիմումի 1-ին կետում նշված Ապահովագրված անձի բանկային տվյալները)* <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Բանկը, հաշվի համարը _____</li> <li>▪ Հաշվետիրոջ անուն, ազգանուն _____</li> </ul>			

**4. ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ**

Սույնով հաստատում եմ, որ տվյալ դիմումով ներկայացված տվյալները ճիշտ են և համապատասխանում են իրականությանը: Տեղեկացված եմ, որ եթե հայց ներկայացնելու ժամանակ տրամադրում եմ կեղծ կամ ապակողմնորոշող տեղեկություններ կամ օգտագործում կեղծ միջոցներ, Ապահովագրողը իրավունք ունի մերժել սույն հայցը և ապահովագրությունը ճանաչել անվավեր:

Սույնով հայտնում եմ, որ առարկություններ չունեմ, որ բուժ. հաստատությունների կողմից իմ բուժման և ախտորոշման վերաբերյալ ցանկացած տեղեկություն տրամադրվի «ՍԻԼ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» ԱՓԲԸ-ին, իմ ապահովագրության հայցը ուսումնասիրելու և կարգավորելու նպատակով:

<p>Դիմումը լրացնող՝ _____ (Անուն ազգանուն)</p> <p>_____/____/_____ (Ստորագրություն) (Լրացման ամսաթիվ)</p>	<p>Եթե Դիմումը լրացնողը ապահովագրված անձը չէ, խնդրում ենք նշել կապը ապահովագրված անձի հետ.</p> <p><input type="checkbox"/> Ապահովագրված անձի հայր/մայր</p> <p><input type="checkbox"/> Ապահովագրված անձի ամուսին/կին</p> <p><input type="checkbox"/> Այլ (նշեք) _____</p>
---	---

*\* Եթե ներկայացվում են այլ անձի բանկային փոխարկերը, ապա սույն փաստաթուղթը պետք է ստորագրի միայն այն անձը, ում վերաբերում է հայցը:*