

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	
Ապահովագրական պատահարի ամսաթիվ	
Արդյոք Ոստիկանությունը կամ այլ իրավապահ մարմինները տեղեկացված են պատահարի մասին: Եթե այո ապա կից ներկայացրեք պատահարի վերաբերյալ արձանագրության պատճեն կամ դրա գրանցման համարը:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո, _____
Ըստ Ձեզ ո՞վ է մեղավոր պատահարի տեղի ունենալու համար: Եթե մեղավորը մյուս կողմն է, ապա ներկայացրեք մանրամասները:	
Դուք ներկայացրե՞լ եք կամ պատրաստվո՞ւմ եք ներկայացնել պահանջ մյուս կողմին Ձեր վնասը հատուցելու նպատակով:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո
Դեպքի կարճ նկարագրություն՝	
3. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ՀԱՏՈՒՑՈՒՄ ՍՏԱՅՈՂ	
<input type="checkbox"/> Ապահովագրված անձ <input type="checkbox"/> Ժառանգներ՝ համաձայն գործող օրենսդրության <input type="checkbox"/> Շահառու՝ համաձայն շահառուի նշանակման քարտի	
4. ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԳՈՒՄԱՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿԸ	
<input type="checkbox"/> Կանխիկ՝ անձնագրային տվյալներով փոխանցել գումարը բանկի տարանցիկ հաշվեհամարին <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Հայեկոնոմբանկ _____ (Ստացողի անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված) • <input type="checkbox"/> Այլ _____ (Նշել բանկը, մասնաճյուղը/հասցեն) 	
<input type="checkbox"/> Բանկային փոխանցումով (նշել Դիմումի 1-ին կետում նշված Ապահովագրված անձի բանկային տվյալները)* <ul style="list-style-type: none"> ▪ Բանկը, հաշվի համարը _____ ▪ Հաշվետիրոջ անուն, ազգանուն _____ 	

5. 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 փոխարկեր, ապա սույն փաստաթուղթը պետք է ստորագրի միայն այն անձը, ում վերաբերում է հայցը: