***Խնդրում ենք տրամադրել ամբողջական ինֆորմացիա տվյալ դիմումում նշված բոլոր կետերի վերաբերյալ***

|  |
| --- |
| **1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ** |
| Ապահովադիր *(անձ կամ կազմակերպություն )* |  |
| Անուն ազգանուն |  |
| Ծննդյան ամսաթիվ  |  |
| Անձնագրի տվյալներ *(սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված )* |  |
| Ապահովագրական քարտի համար |  |
| Բնակության հասցե  |  |
| Հեռախոսահամարներ |  |
| Էլեկտրոնային փոստի հասցե |  |
| **2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐ** |
| Ապահովագրական պատահարի ամսաթիվ |  |
| Ապահովագրական ընկերություն ներկայացված ծախսը, ՀՀ դրամ |  |
| Դեպքի կարճ նկարագրություն՝  |
| **3. ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԳՈՒՄԱՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿԸ** |
| € Կանխիկ՝ անձնագրային տվյալներով փոխանցել գումարը բանկի տարանցիկ հաշվեհամարին€ Հայէկոնոմբանկ  *(Ստացողի անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված )*€ Այլ  *(Նշել բանկը, մասնաճյուղը/հասցեն)* |
| € Բանկային փոխանցումով (նշել Դիմումի 1-ին կետում նշված Ապահովագրված անձի բանկային տվյալները)\** Բանկը, հաշվի համարը
* Հաշվետիրոջ անուն, ազգանուն
 |
| **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: |
| Դիմումը լրացնող՝  *(Անուն ազգանուն)* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_*(Ստորագրություն) (Լրացման ամսաթիվ)* | Եթե Դիմումը լրացնողը ապահովագրված անձը չէ, խնդրում ենք նշել կապը ապահովագրվածանձի հետ.€ Ապահովագրված անձի հայր/մայր€ Ապահովագրված անձի ամուսին/կին€ Այլ (նշեք)  |

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