

Առողջության ապահովագրության հայցային դիմում

Խնդրում ենք տրամադրել ամբողջական ինֆորմացիա տվյալ դիմումում նշված բոլոր կետերի վերաբերյալ

1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ	
Ապահովագրի (անձ կամ կազմակերպություն)	
Անուն ազգանուն	
Ծննդյան ամսաթիվ	
Անձնագրի տվյալներ (ներկա, համար, արման ամսաթիվ, ում կողմից է արված)	
Ապահովագրական էարտի 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	
Բանկային փոխանցումով (նշել Դիմումի 1-ին կետում նշված Ապահովագրված անձի բանկային տվյալները)	
▪ Բանկը, հաշվեհամարը	_____
▪ Հաշվետիրուջ 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 ԻՆՇՈՐԱՆՍ» ԱՓԲԸ-ին, իմ ապահովագրության հայցը ուսումնասիրելու և կարգավորելու նպատակով:	
Դիմումը լրացնող՝ _____ (Ստորագրություն)	Նրե Դիմումը լրացնողը ապահովագրված անձը չէ, խնդրում ենք նշել կապը ապահովագրված անձի հետ. Ապահովագրված անձի հայր/մայր Ապահովագրված անձի ամուսին/կին Այլ (նշել) _____
_____ /_____/_____ (Անուն ազգանուն)	
_____ /_____/_____ (Լրացման ամսաթիվ)	

