

Հայտի համար՝ _____

Խնդրում ենք տրամադրել ամբողջական ինֆորմացիա տվյալ դիմումում նշված բոլոր կետերի վերաբերյալ

1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ			
Ապահովագրի		Վկայագրի համարը	
Անուն ազգանուն			
Անձնագրի ամբողջական տվյալներ (սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված)			
Ծննդյան ամսաթիվ			
Բնակության հասցե			
Հեռախոսահամարներ			
Էլեկտրոնային փոստի հասցե			
2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԴԱՏԱՀԱՐ			
Պատահարի տեղի ունենալու վայրը			
Ապահովագրական պատահարի ամսաթիվ			
Ապահովագրական ընկերություն ներկայացված ծախսը ՀՀ դրամ			
Ապահովագրական պատահարի կարճ նկարագրություն			
Դիմել ե՞ք 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"/> Անձնագրային տվյալներով փոխանցել բանկի տարանցիկ հաշվեհամարին <input type="checkbox"/> Արարատ Բանկ _____ <i>(Նշել ստացողի անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված)</i> <input type="checkbox"/> Այլ _____ <i>(Նշել բանկը, մասնաճյուղը/հասցեն)</i>			
<input type="checkbox"/> Բանկային փոխանցումով (նշել Դիմումի 1-ին կետում նշված Ապահովագրված անձի բանկային տվյալները) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Բանկը և Հաշվի համարը _____ ▪ Հաշվետիրոջ անուն, ազգանուն _____ 			
Հ Ա Յ Տ Ա Ր Ա Ր Ա Գ Ի Ր			
<p>Հավաստիացնում եմ, որ սույն դիմումով և դիմումին կից յուրաքանչյուր փաստաթղթով ներկայացված են ինձ հայտնի բոլոր փաստերը և տեղեկությունները, որոնք ամբողջական են, ճիշտ են ու արժանահավատ և համապատասխանում են իրականությանը: Գիտակցում եմ, որ որևէ սխալ կամ ակնհայտ սուտ տեղեկության ներկայացումը կարող է հիմք հանդիսանալ դիմումի մերժման համար, իսկ կեղծ տեղեկություններ և/կամ փաստաթղթեր ներկայացնելն առաջացնում է պատասխանատվություն՝ օրենքով սահմանված դեպքերում և կարգով:</p> <p>Սույնով հայտնում եմ, որ առարկություններ չունեմ, որ բուժ. հաստատությունների կողմից իմ բուժման և ախտորոշման վերաբերյալ ցանկացած տեղեկություն տրամադրվի «ԻՆԳՈ ԱՐՄԵՆԻԱ» ԱՓԲԸ-ին իմ ապահովագրության հայտը ուսումնասիրելու և կարգավորելու նպատակով:</p>			
Ամիս/ամսաթիվ	Դիմումը լրացնողի Անուն, Ազգանուն /ստորագրություն/	Եթե Դիմումը լրացնողը ապահովագրված անձը չէ, խնդրում ենք նշել կապը ապահովագրված անձի հետ.	
		<input type="checkbox"/> Ապահովագրված անձի հայր/մայր <input type="checkbox"/> Ապահովագրված անձի ամուսին/կին <input type="checkbox"/> Այլ (նշեք)	

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