

Հայտի համար՝ _____

Խնդրում ենք տրամադրել ամբողջական ինֆորմացիա տվյալ դիմումում նշված բոլոր կետերի վերաբերյալ

1. ՏՈՒԺԱԾ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ	
Ապահովադիր	Վկայագրի համարը
Անուն ազգանուն	
Ապահովագրական քարտի համար	
Անձնագրի ամբողջական տվյալներ (սերիա, համար, տրման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված)	
Ծննդյան ամսաթիվ	
Բնակության հասցե	
Հեռախոսահամարներ	
Էլեկտրոնային փոստի հասցե	
Ապահովագրված անձի կապը ապահովադրի հետ	<input type="checkbox"/> Ապահովադրի աշխատակից <input type="checkbox"/> Աշխատակցի ամուսին/կին <input type="checkbox"/> Աշխատակցի երեխա <input type="checkbox"/> Այլ _____
2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐ	
Պատահարի տեղի ունենալու ամսաթիվը, ժամը և վայրը	
Պատահարի նկարագիրը	
Ոստիկանությունը կամ այլ իրավապահ մարմինները տեղեկացվել են պատահարի տեղի ունենալու մասին: Եթե այո ապա կից ներկայացրեք պատահարի վերաբերյալ արձանագրության պատճեն կամ դրա գրանցման համարը:	<input type="checkbox"/> Այո _____ <input type="checkbox"/> Ոչ
Ըստ Ձեզ ո՞վ է մեղավոր պատահարի տեղի ունենալու համար: Եթե մեղավորը մյուս կողմն է, ապա ներկայացրեք մանրամասները:	
Դուք ներկայացրել եք կամ պատրաստվում եք ներկայացնել պահանջ մյուս կողմին Ձեր վնասը հատուցելու նպատակով:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
3. ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆԸ ԴԻՄԵԼԸ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ	
Բուժհաստատության անվանումը	
Բուժհաստատության հասցե/ հեռախոսահամար	
Բուժող բժշկի անուն, ազգանունը (հեռախոսահամար)	
4. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՈՒՄ ՍՏԱՅՈՂ	
<input type="checkbox"/> Ապահովագրված անձ <input type="checkbox"/> Ժառանգներ՝ համաձայն գործող օրենսդրության <input type="checkbox"/> Շահառու՝ համաձայն շահառուի նշանակման քարտի	
5. ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԳՈՒՄԱՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿԸ	

<input type="checkbox"/> Անձնագրային տվյալներով փոխանցել բանկի տարանցիկ հաշվեհամարին <input type="checkbox"/> Արարատ Բանկ _____ <i>(Նշել սպացողի անունը, ազգանունը, անձնագրի սերիա, համար, տրաման ամսաթիվ, ում կողմից է տրված)</i> <input type="checkbox"/> Այլ _____ <i>(Նշել բանկը, մասնաճյուղը/հասցեն)</i>		
<input type="checkbox"/> Բանկային փոխանցումով <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)