


Creation Date:	14.02.2024	Geri ödəniş tələbi ərizəsi		
Print Date:		TBİS30A2	Page 1 of 1	

**“A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-nin  
İdarə Heyətinin Sədri  
M.N.Ataşiyev**

Sığorta olunan \_\_\_\_\_  
S.A.A.  
\_\_\_\_\_ tərəfindən

Kart (polis) №: \_\_\_\_\_

Telefon nömrəsi: \_\_\_\_\_

Sığortalı (Şirkət): \_\_\_\_\_

**Ərizə**  
(sığorta tələbi barədə)

Aldığım tibbi xidmətlər üçün ödədiyim xərcin orta referent qiymətlə hesablanmış əvəzinin mənə ödənilməsinə göstəriş verməyinizi Sizdən xahiş edirəm.

Bu ərizəni imzalamaqla sığorta ödənişi bank hesabıma köçürüldüyü gündən 5 (beş) iş günü ərzində məbləğlə bağlı heç bir tələb irəli sürmədiyim halda “A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-yə qarşı heç bir iddiamın olmadığını və məbləğlə razılaşdığımı təsdiq etmiş oluram.

İmza: \_\_\_\_\_

tarix: \_\_\_\_\_