|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 1 of 4 |

Kollektİv TİBBİ SIĞORTA ÜZRƏ ƏRİZƏ FORMASI

Bu Ərizə formasında təqdim olunmuş məlumat A-Qroup Sığorta Şirkəti tərəfindən məxfi saxlanılacaqdır. Bu Ərizə formasında onun doldurulma tarixi göstərilməlidir və Şirkətin məsul nümayəndəsi tərəfindən son səhifədə imzalanmalıdır.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ərizəçinin (Şirkətin)**   **adı və ünvanı** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ərizəçinin fəaliyyətinin mahiyyəti:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Tələb olunan sığorta müddəti:** | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | - |  | | (gg.aa.iiii) |  | (gg.aa.iiii) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Tələb olunan sığorta təminatı:** | | **Bəli** | **Xeyr** |
| **1** | Təcili yardım |  |  |
| **2** | Ambulator yardım |  |  |
| **3** | Stasionar yardım |  |  |
| **4** | Terapevtik stomatologiya |  |  |
| **5** | Planlı vaksinasiya |  |  |
| **6** | Doğuşa yardım (hamiləlik, doğuş, doğuşdan sonrakı dövr) |  |  |
| **7** | İllik tibbi müayinə |  |  |
| **8** | Xroniki xəstəliklərin müalicəsi |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Ambulator təyinatlı dərman maddələrinin limiti:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 500 AZN |  |  | 1 000 AZN |  |  | Limitsiz |  |  | Digər |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 2 of 4 |

|  |
| --- |
| 1. **Hər bir sığortalı üçün sığorta məbləği:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 20 000 AZN |  |  | 30 000 AZN |  |  |  | Digər |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Sığorta olunacaq:** |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ancaq işçilər |  |  |  | İşçilər və ailə üzvləri |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ərizəçinin işçilərinin ümumi sayı:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Sığorta olunacaq işçilərin sayı:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Kişi |  |  |  | Qadın |  |  1. **Onlardan:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Sığorta olunacaq işçilərin vəzifə / iş kateqoriyaları üzrə sayı:** | | **Ümumi** | **Offshore işləyənlər** |
| **1** | Müdiriyyət |  |  |
| **2** | Ofis işçiləri |  |  |
| **3** | Xidmət qrupu |  |  |
| **4** | Sürücülər |  |  |
| **5** | Mühafizəçilər |  |  |
| **6** | Fəhlələr |  |  |
| **7** | Digər (təsvir edin) |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 3 of 4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Yaş meyarı üzrə sığorta olunacaq işçilərin sayı:** | | |
| **1** | 25 yaşa kimi |  |
| **2** | 25 yaşdan 35 yaşa kimi |  |
| **3** | 35 yaşdan 45 yaşa kimi |  |
| **4** | 45 yaşdan 60 yaşa kimi |  |
| **5** | 60 yaşdan yuxarı (maksimal yaş həddi 69) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Sığorta olunacaq ailə üzvləri (yalnız həyat yoldaşları və uşaqlar):** | | |
| **1** | Böyüklərin sayı |  |
| **2** | Uşaqların sayı |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Yaş meyarı üzrə sığorta olunacaq uşaqların sayı:** | | |
| **1** | 1 yaşa kimi |  |
| **2** | 1 yaşdan 3 yaşa kimi |  |
| **3** | 3 yaşdan 7 yaşa kimi |  |
| **4** | 7 yaşdan 14 yaşa kimi |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Bəli |  |  |  | Xeyr |  |  1. **Şirkətiniz yeni qəbul olunan işçilər üçün işə**   **qəbul olunma tibbi müayinəsini təmin edirmi?**  Əgər təmin edilirsə, xahiş olunur müayinələrin aparıldığı tibb müəssisəsinin adını bildirin:   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creation Date: | 29/11/2005 | GROUP HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM | | Logo A-Group |
| Print Date: | 29/11/2005 | LB0044-EA01CX | Page 4 of 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Bəli |  |  |  | Xeyr |  |  1. **İşçiləriniz əvvəllər sığortalanmışdırmı?**   Əgər sığortalanmışdırsa, xahiş olunur sığorta müddəti və sığorta şirkətinin adı haqqında məlumat verəsiniz:   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Bəli |  |  |  | Xeyr |  |  1. **Ərizəçiyə əvvəllər bu növ sığorta üzrə keçmişdə sığortalamadan imtina edilmişdirmi?**   Əgər imtina edilmişdirsə, bunun haqqında ətraflı məlumat verməyiniz xahiş olunur:   |  | | --- | |  | |

**Ərizəçi bu Ərizə formasında göstərdiyi bütün məlumatların bu Ərizə formasının doldurulduğu vaxtdan sığorta təminatının başlama tarixinə qədər hər hansı bir dəyişikliyi haqda dərhal Sığortaçıya bildirilməsini təmin etməlidir.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Şirkətin məsul nümayəndəsinin imzası:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **İmzalayanın Adı:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **İmzalayanın Vəzifəsi:** |  |