

Hazırlanma tarixi:	04.08.2025	KÖNÜLLÜ TİBBİ SİĞORTA ÜZRƏ GERİ ÖDƏNİŞ TƏLƏBİ ƏRİZƏSİ		
		TBIS15A4	Səhifə 1 / 1	

“A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-nin

İdarə Heyətinin sədri

M.N.Atakişiyevə

Sığorta olunan _____
S.A.A)

_____ tərəfindən

Kart (polis) №: _____

Telefon nömrəsi: _____

Sığortalı (Şirkət): _____

ƏRİZƏ

(sığorta tələbi barədə)

Hörmətli Məmməd müəllim,

_____ nömrəli sığorta şəhadətnaməsi üzrə aldığım tibbi xidmətlərə görə ödədiyim xərclərin orta referent qiymət əsasında hesablanmış əvəzinin mənim bank hesabıma geri ödənilməsi üçün göstəriş verməyinizi Sizdən xahiş edirəm.

İmza: _____

Tarix: _____