**A-QROUP SIĞORTA ŞİRKƏTİNİN SUBKONTRAKTOR TİBBİ MÜƏSSİSƏLƏRDƏ HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞAYARDIMLA BAĞLI MÜAYİNƏ VƏ MÜALİCƏ ALMAQ ÜÇÜN ƏRİZƏ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mən aşağıda imzalayan, sığorta olunan |  | |
|  | | (S.A.A.) |
|  | |  |
| Sığorta olunanın identifikasiya nömrəsi | | Doğum tarixi |
|  | |  |
| Ünvan | | Telefon |
|  | |  |
| Tarix | | Vaxt |
|  | |  |
| Təmsilçinin S.A.A. | | Sığortala olunan ilə qohumluq əlaqəsi |

Tibbi sığorta planına müvafiq olaraq, A-Qroup şirkətinin subkontraktor tibbi müəssisələrin siyahısı ilə tanış oldum. Mən əvvəlcədən xəbərdar edilmişəm və məlumat almışam ki, seçdiyim klinikanı dəyişdirdiyim halda, bununla bağlı baş verə bilən əlavə xərclər mənim üzərimə düşür. Qiymət cədvəlindən əlavə ödəniş (fərq) olduğu halda xərclər mənim üzərimə düşür.

Xahiş edirəm məni / adı göstərilmiş pasiyenti hamiləliklə və doğuşla bağlı müayinə olunmaq və tibbi yardım almaq üçün seçdiyim tibbi müəssisəyə yönəldəsiniz (klinikalardan birinin adını işarə edin):

* Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası
* L. Şixlinskayanın klinikası
* Mərkəzi Klinik Xəstəxana
* Real tibb mərkəzi (Sumqayıt)
* Oxygen
* Baku Medical Plaza
* Respublika Diagnostika Mərkəzi
* Caspian International Hospital
* Astoriya tibb mərkəzi
* Mərkəzi Gömrük Hospitalı
* Digər klinika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mən, Sığorta şirkəti tərəfindən məlumatlandırılmışam ki, doğuşa qədər və doğuşdan sonra məzuniyyət vərəqəsini almaq üçün seçdiyim tibb müəssisəsinə müraciət etməliyəm. Həmçinin xəbərdar edilmişəm ki, bu sənədləşdirilmə üçün klinikanın rəsmi hüququ olmadığı halda, yuxarıda göstərilən sənədin alınması üçün müvafiq tibb müəssisəsinə (qeydiyyat yeri üzrə) müraciət etməliyəm.

*\* Bir çox klinikalarda qeydiyyata durmaq üçün mütləq hamiləliyin 30-cu həftəsinə gədər müraciət etmək lazımdır. 30-cu həftədən sonra müraciət etdikdə, bütün əlavə xərclər, yəni doğuş haqqının ikiqat artması,və s. kimi əlavə xidmətlər mənim üzərimə düşür;*

*\*Xəstə İş saatlarından kənar vaxtda klinikaya daxil olduğu hallarda doğuşu növbətçi həkim qəbul edir. Mənim istəyimlə başqa bir həkimin evdən çağırışının ödənişi mənim üzərimə düşür.*

*\*Qiymət cədvəlindən əlavə xidmətlər və qiymət fərqi (ödəniş) olduğu halda xərclər mənim üzərimə düşür.*

Sığorta olunanın (və ya təmsilçinin) imzası\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_