

**“A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-nin
İdarə Heyətinin Sədri
cənab Abas Miskərli**

Sığorta olunan _____

S.A.A.

_____ tərəfindən

Kart (polis) №: _____

Telefon nömrəsi: _____

Sığortalı (Şirkət): _____

**“A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-nin
İdarə Heyətinin Sədri
cənab Abas Miskərli**

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 mənaə 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: _____

Ərizə

(sığorta tələbi barədə)

Aldığım tibbi xidmətlər üçün ödədiyim xərcin orta referent qiymətlə hesablanmış əvəzinin mənaə 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: _____