
tərəfindən

ƏRİZƏ

“A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-də _____ nömrəli sığorta şəhadətnaməsi ilə sığortalanmış sığorta olunan _____ göstərilən tibbi xidmətlərlə əlaqədar ödənilməli olan _____ **AZN** məbləğində sığorta ödənişini tam olaraq onun atası/anası _____ bank hesabına köçürülməsinə göstəriş verməyinizi Sizdən xahiş edirəm.

Razılaşırım ki, sığortaçı sığorta ödənişini həyata keçirdikdən sonra sığorta hadisəsi üzrə bütün öhdəliklərini yerinə yetirmiş hesab olunur və gələcəkdə zərərçəkən, sığortalı, sığorta olunan və ya digər faydalanan şəxs tərəfindən bu hadisə ilə əlaqədar hər hansı iddia irəli sürülməyəcəkdir.

İMZA: _____

TARİX: _____