


Creation Date:	20.11.2024	GERİ ÖDƏNİŞ TƏLƏBİ ƏRİZƏSİ	
Print Date:		TBİS30A3	Page 1 of 1

**“A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-nin
İdarə Heyətinin sədri
M.N.Ataşiyevə**

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.

Mənə məlumdur ki, bu ərizəni imzalamaqla sığorta ödənişinin bank hesabıma köçürüldüyü gündən etibarən 5 (beş) iş günü ərzində məbləğlə bağlı hər hansı tələb irəli sürmədiyim halda “A-Qroup Sığorta Şirkəti” ASC-yə qarşı bu sığorta hadisəsi üzrə heç bir iddiamın olmadığını və ödənilmiş məbləğlə razılaşdığımı təsdiq etmiş oluram.

İmza: _____

Tarix: _____