პრეტენზიის ფორმა

დაზღვეული მომხმარებლის მონაცემები:

გვარი, სახელი

დაბადების რიცხვი/ თვე / წელი/ პირადი ნომერი

ელ. მისამართი საკონტაქტო ნომერი

სადაზღვევო პოლისის ნომერი დაზღვევის პერიოდი ____ დან ____ მდე

დაზღვევის სახეობა ☐ კორპორაციული

სხვა

იმ ორგანიზაციის დასახელება, საიდანაც მომხმარებელი დაზღვეულია

განმცხადებელი/მომხმარებელი და დაზღვეული/მომხმარებელი ერთი და იგივე პირია ☐

განმცხადებელი მომხმარებლის მონაცემები:

გვარი, სახელი/ორგანიზაციის დასახელება პირადი ნომერი

საკონტაქტო ნომერი ელ. მისამართი

დაზღვეულ მომხმარებელთან კავშირი

☐ საგარანტიო წერილი ☐ ანაზღაურება სხვა

წარმოდგენილი/ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების სახეობა

☐ ამბულატორია ☐ მედიკამენტები სხვა

☐ სტომატოლოგია ☐ ჰოსპიტალიზაცია

განხილულ იქნა თუ არა თქვენი სადაზღვევო შემთხვევა/პრეტენზია? ☐ დიახ ☐ არა

გთხოვთ ჩამოაყალიბოთ თქვენი მოთხოვნა

გთხოვთ მონიშნოთ პასუხის მიღების მხოლოდ ერთი წესი:	☐ პასუხის ელ. ფოსტის საშუალებით მიღება; ☐ პასუხის კომპანიის სერვის-ცენტრში მიღება.
გთხოვთ მონიშნოთ წინამდებარე პრეტენზიით წამოყენებული **მოთხოვნის დაკმაყოფილების შემთხვევაში** პასუხის მიღების ერთი წესი:	☐ თანახმა ვარ, რომ პასუხი ჩავიბარო სატელეფონო კომუნიკაციის გზით; ☐ თანახმა ვარ, რომ პასუხი ჩავიბარო ელ. ფოსტის მეშვეობით; ☐ თანახმა ვარ, რომ პასუხი ჩავიბარო კომპანიის სერვის-ცენტრში

დაზღვეული/განმცხადებელი მომხმარებლის ხელმოწერა თარიღი

განაცხადი განიხილება ყველა საჭირო დოკუმენტაციის მოწოდებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში

გმადლობთ, რომ სარგებლობთ ჩვენი მომსახურებით