

KOMPENSASIYA ÖDƏNİŞİNƏ DAİR İCBARİ SİĞORTA BÜROSUNA ƏRİZƏ

1. Ərizəçi haqqında məlumat: 1.1. Soyadı:
- 1.2. Adı:
- 1.3. Atasının adı:
- 1.4. Şəxsiyyətini təsdiq edən sənəd:
- 1.4.1. Şəxsiyyət vəsiqəsi: 1.4.2. və ya əvəzedici sənədin adı:
- 1.5. Seriya: 1.6. Nömrə:
- 1.7. Verilmə tarixi: , , 1.8. Sənədi verən orqanın adı:
2. Zərərçəkənin maraqlarını təmsil etmək hüququnu təsdiq edən sənədin adı və rekvizitləri:
3. Ərizəçinin zərərçəkən(lər)ə münasibəti: zərərçəkənin özü, nümayəndə, qanuni nümayəndə və s:
- 4.1. Qeydiyyatda olduğu ünvan:
- 4.2. Faktiki ünvan:
- 4.3. Elektron poçt ünvanı:
- Stasionar telefon (kod, nömrə):
- Mobil telefon (kod, nömrə):
- Poçt indeksi:

“İcbari sığortalar haqqında” 2011-ci il 24 iyun tarixli, 165-IVQ nömrəli Qanunun 32.1.2., 32.1.3., 33-cü

maddələrinə əsasən , , -ci il tarixdə, saat , radələrində,

ünvanda baş vermiş və aşağıda adları qeyd olunan şəxslərin sağlamlığına zərər vurulmasına səbəb olan yol-nəqliyyat hadisəsi ilə əlaqədar kompensasiya ödənişi verməyinizi xahiş edirəm.

	Zərərçəkən(lər)in soyadı, adı, atasının adı	Zərərin nəticəsi (yüngül xəsarət, az ağır, ağır xəsarət, əlillik, sağlamlıq imkanlarının məhdudluğu, ölüm)
1		
2		
3		
4		
5		

Yol-nəqliyyat hadisəsində zərər vuran şəxs haqqında məlumat: _____

(zərər vuran şəxs fiziki şəxsdirsə onun soyadı, adı, atasının adı, hüquqi şəxsdirsə, onun tam adı və VÖEN-i göstərməlidir, zərər vuran şəxs məlum deyilsə “naməlum” sözü yazılmalıdır)

İcbari Sığorta Bürosuna (İSB) müraciət ediləndə zərərin əvəzinin ödənilməsi tələbi ilə _____

_____ müraciət olunub.

(cavabdehin və ya səlahiyyətli orqanın adı)

