|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Հավելված 1 Հայաստանի Ավտոապահովագրողների Բյուրոյի խորհրդի 29/11/2022թ թիվ 37-Լ որոշման  Հավելված 1.5** | | | |
| **ԴԻՄՈՒՄ** | | | |
| **ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ** | | | |
| Դիմումի ամսաթիվը |  |  |  |
| օր | ամիս | տարի |
| Դիմում ներկայացնող անձը (այսուհետ՝ անձ) |  | | |
| (նշվում են անձի անունը, ազգանունը, անձնագրի համարը և ՀԾՀ-ն, իսկ իրավաբանական անձի դեպքում՝ անվանումը, պետական գրանցման համարը և ՀՎՀՀ-ն) | | |
| Դիմումի հասցեատերը | «ԱՐՄԵՆԻԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՍՊԸ | | |
| (նշվում է դիմումն ընդունած ապահովագրական ընկերության անվանումը) | | |
| Համաձայն չեմ ապահովագրական պատմությունում արտացոլված հետևյալ տեղեկատվությանը։ Խնդրում եմ վերանայել այն։ | **Տեղեկատվությունը (լրացվում է ԱՊՊԱ տեղեկատվական համակարգից արտահանված համապատասխան տեղեկանքում (քաղվածքում) բացակայող կամ սխալ արտացոլված տվյալը՝ համապատասխան տողի համարով** | | **Անձի նկատառումները դրանց վերաբերյալ** |
|  | |  |
| Նամակագրության էլեկտրոնային փոստի հասցե (եթե ԱՊՊԱ ընդհանուր պայմաններով նախատեսված է ծանուցման կոնկրետ հասցե, ապա այդ հասցեից տարբերվող հասցեի նշումն իրավական ուժ չունի) |  | | |
| Դիմում ներկայացնող անձի անունից հանդես եկող անձը |  | |  |
| (անունը և ազգանունը) | | (ստորագրություն) |