**“Meqa Həyat Sığorta” ASC üzrə**

**Şikayətlərin qəbulu forması**

|  |
| --- |
| **1 Şikayət edən haqqında məlumatlar**  |
|  |
| SAA/Təşkilat |  |
|  |
| Ünvan |  |
|  |
| Poçt indeksi, şəhər |  |
|  |
| Ölkə |  |
|  |
| Telefon |  |
|  |
| Faks |  |
|  |
| Elektron poçt |  |
|  |
| Şikayət edən adından fəaliyyət göstərən şəxs haqqında məlumatlar (etibarnamə əsasında)  |
|  |
|  |
| Əlaqəli şəxs haqqında məlumatlar (əgər yuxarıda göstəriləndən fərqlidirsə)  |
|  |
|  |
| **2 Məhsulun/xidmətin təsviri**  |
|  |
| Müqavilə nömrəsi (əgər məlumdursa, yaxud tətbiqi uyğundursa)  |  |
|  |
| Təsvir |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **3 Yaranmış problem** |
|  |
| Yaranma tarixi |  |
|  |
| Təsvir |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **4 Tənzimləmə vasitələrinin zəruriliyi**  |
|  |
| Bəli |  |  | Xeyr |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **5 Tarix, imza** |
|  |
| Tarix |  |  | İmza |  |
|  |  |  |
| **6 Əlavə** |
|  |
| Əlavə edilən sənədlərin siyahısı  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |