

ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ

Տրման վայր

Ամսաթիվ

Սույնով ես՝ /անուն, ազգանուն, հայրանուն, անձը հաստատող փաստաթղթի տվյալներ, հաշվառման հասցե՝—————/ (այսուհետ՝ Լիազորող), լիազորում եմ /անուն, ազգանուն, հայրանուն, անձը հաստատող փաստաթղթի տվյալներ, հաշվառման հասցե՝—————/ (այսուհետ՝ Լիազորված անձ) առ այն, որ վերջինս Լիազորողի անունից հանդես գա «Լիգա Ինշուրանս» ապահովագրական փակ բաժնետիրական ընկերությունում (այսուհետ՝ Ընկերություն), ստանա Ընկերության եւ Լիազորողի միջեւ կնքված բոլոր ԱՊՊԱ պայմանագրերով նախատեսված ապահովագրական հատուցման գումարները, վերադարձման ենթակա ապահովագրավճարները, կրկնակի փորձաքննության վճարների մասով վերադարձման ենթակա գումարները, ինչպես նաև ԱՊՊԱ պայմանագրերի սպասարկման գործընթացում առաջացած ցանկացած այլ վճարումները, այդ կապակցությամբ ստորագրի բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը:

Սույն լիազորագիրը գործում է այն տալու պահից /առավելագույն ժամկետը 3 տարի է/ կամ մինչեւ Լիազորողի կողմից այն չեղարկելը:

Լիազորող՝

/անուն, ազգանուն, հայրանուն/