

CERERE DE DESPĂGUBIRE

Subsemnatul/ Subsemnata,
domiciliat(ă) în....., Bdul./Str./Al....., nr.....,
bl....., sc....., et.....ap....., sector/județ.....,
telefon....., legitimat(ă) cu B.I. / C.I. seria....., numărul.....,
în calitate de asigurat cu polița seria....., numărul....., vă rog să-mi aprobați
plata despăgubirilor in sumă de....., reprezentând cheltuieli medicale
efectuate în, ca urmare a unei îmbolnăviri / a unui accident și anume
.....
.....
.....
.....
.....
.....

pentru care am primit asistență medicală.

- Am anunțat societatea GERROMA despre evenimentul produs în data de, telefonic/ e-mail/ fax.
- Nu am anunțat societatea GERROMA despre evenimentul produs în data de

Declar pe proprie răspundere că nu am consumat băuturi alcoolice înainte de evenimentul produs.

Declar pe proprie răspundere că nu mai posed același fel de asigurare pentru aceleași riscuri acoperite de prezenta asigurare.

Solicit ca, în cazul aprobării plății despăgubirii, plata să fie efectuată:

- în numerar la sediul societății GERROMA
- prin mandat poștal
- prin virament în contul numărul....., deschis la banca....., sucursala.....

Anexez următoarele documente:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....

Data/...../.....

Specimenul meu de semnătură este acesta, cu care semnez prezenta, întocmită și semnată pe propria-mi răspundere, cunoscând că declarațiile false sunt pedepsite conform legii.

Semnătura

.....