

CERERE DE DESPĂGUBIRE

Subsemnatul/ Subsemnata
domiciliat(ă) în....., Bdul./Str./Al....., nr.....,
bl....., sc....., et.....ap....., sector/județ.....,
telefon....., adresa de e-mail.....,
legitimat(ă) cu B.I. / C.I. seria....., numărul.....în calitate de asigurat cu polița
seria....., numărul....., vă rog să-mi aprobați plata despăgubirilor în 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,
telefonic/ e-mail/ fax.

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 virament în contul numărul....., deschis la
banca....., sucursala.....

Anexez următoarele documente:

- | | |
|----------|----------|
| 1) | 5) |
| 2) | 6) |
| 3) | 7) |
| 4) | 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

.....