CERERE DE DESPĂGUBIRE (MINOR)

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……al minorului……. asigurat cu polița seria……., numărul……., vă rog să-mi aprobați plata despăgubirilor în suma de……, reprezentând cheltuieli medicale efectuate în ……, ca urmare a unei îmbolnăviri / a unui accident şi anume
……
……
……
pentru care fiica mea / fiul meu a 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 mai posedă acelaşi fel de asigurare pentru aceleaşi riscuri acoperite de prezenta asigurare.

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

- ☐ în numerar la sediul societății GERROMA
- ☐ prin madat poştal
- ☐ prin virament în lei, în contul numărul……, deschis la banca……, sucursala……., titular cont.....

Anexez următoarele documente:

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

Data ……/……/…….

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

Semnătura

…….