DECLARAȚIE EVENIMENT PRODUS

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……., declar că în urma a (descrierea evenimentului)……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
…….
……
…….
……
…….
am primit asistență medicală în localitatea……,
țara……., la data de…….....

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

…….