

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 și
 semnată pe propria-mi răspundere, cunoscând că declarațiile false sunt pedepsite conform
 legii.

Semnătura

.....