

CERERE DE DESPĂGUBIRE (MINOR)

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..... 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 și 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....., telefonic/ e-mail/ fax.

Declar pe proprie răspundere că nu mai posedă 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 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 și semnată pe propria-mi răspundere, cunoscând că declarațiile false sunt pedepsite conform legii.

Semnătura

.....