

SUCURSALA _____

AGENȚIA _____

CERERE DE DESPĂGUBIRE

Subsemnatul(a)
domiciliat(ă) în localitatea
județul/sectorul, str.,
nr., bloc, et., ap., legitimat cu B.I.(C.I.)seria nr.,
având CNP/pașaport nr., asigurat(ă) în polița
nr., solicit rambursarea cheltuielilor medicale convenite, în valoare
de lei, efectuate ca urmare a serviciilor medicale din data de
..... efectuate la (instituția medicală)

Suma de plată în valoare de doresc a fi încasată:
prin casieria ALLIANZ – ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A. în numerar ;
în contul nr., în lei deschis la banca
....., sucursala

Data Semnătura