

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nr. Dosar \_\_\_\_\_

**CERERE DESPĂGUBIRE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**Subsemnatul(a)** \_\_\_\_\_ domiciliat (ă) în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_ posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_, asigurat în cazul producerii evenimentului asigurat accident/îmbolnăvire/prevenție pentru care am beneficiat de următoarele servicii medicale asigurate:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

în \_\_\_\_\_ (data), polița nr. \_\_\_\_\_, Contractant \_\_\_\_\_, solicit ca plata despăgubirii să fie efectuată în contul: \_\_\_\_\_ deschis la Banca \_\_\_\_\_, Sucursala \_\_\_\_\_.

Documente depuse :

După primirea despăgubirii mai sus solicitate nu mai am niciun fel de pretenții față de EUROINS, în legătură cu această daună, plata despăgubirii stingând orice obligație a Asiguratorului ce decurge din aceasta.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Asigurat,**  
(nume, prenume, semnătura)

Nume intermediar \_\_\_\_\_

Nr. Telefon: \_\_\_\_\_