

CERERE DE ASIGURARE DE SĂNĂTATE

Către: _____

Datele solicitantului:

Numele și prenumele : _____

CNP : _____

Adresa de domiciliu : _____

Telefon : _____

Email : _____

Datele beneficiarului asigurării (dacă este diferit de solicitant):

Numele și prenumele : _____

CNP : _____

Relația cu solicitantul : _____

Informații asigurare:

Tipul asigurării solicitate : _____

Perioada de valabilitate : _____

Subsemnatul/Subsemnata declar pe propria răspundere că datele completate sunt adevărate și complete și

Data completării cererii : _____

Semnătura solicitantului:

Pentru uzul casei de asigurări:

Data primirii cererii : _____

Semnătura și ștampila : _____

SEMĂȚURA SOLICITANTULUI

SEMĂȚURA CASĂ ASIGURĂRI

Semnătura : _____

Semnătura : _____

Sursa originala a acestui document:

<https://cerere-rapida.com/model-cerere-asigurare-sanatate/>

Acest model ti-a fost de ajutor?

Descopera si alte modele actualizate pe site-ul nostru:

<https://cerere-rapida.com>

Mai multe modele

Acest model este destinat exclusiv utilizarii personale, necomerciale.
Orice distribuire sau publicare trebuie sa mentioneze sursa.

Acest model are scop strict informativ si nu constituie consultanta juridica.
Pentru situatii specifice, se recomanda consultarea unui specialist calificat.