

Subsemnatul.....cu domiciliul
în (adresa(1*)),
localitatea....., județul/sectorul..... posesor
al CI/BÎ, seria,|_| |_, nr.|_| |_| |_| |_| |_| |_|_|, CNP|_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|_|,
tel.fix | | | | | | | | |_/tel.mobil | | | | | | | | | |_, angajat la ,
vă rog să dispuneți calculul și decontarea indemnizației de spitalizare pentru:

Poz.	Motivul spitalizării
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Menționez că am luat la cunoștință că Asiguratorul va deconta numai indemnizația de spitalizare conform contractului de asigurare în vigoare, în condițiile procedurale stabilite contractual.

Plata se face:

☐ În contul nr.....

Banca..... Sucursala.....

Anexez urmatoarele documente:

1. Copie bilet de externare (actul care justifică serviciul decontat)
2. Scrisoare medicală la ieșirea din spital
3. Copie concediu medical (pentru perioada de spitalizare)
4. Copie factură fiscală detaliată cu serviciile medicale pentru care se solicită decontarea și bon fiscal (pentru sumele cheltuite în procesul de spitalizare)
5. Copie act identitate(BI/CI)
6. Copie card de asigurat Medoc
7. Alte documente medicale în susținerea solicitării (decont de cheltuieli, copii recomandări medicale)

DATA...../...../2026,

SEMNATURA,

.....