

Nr. _____ Din _____

Formular declarație cerere de indemnizație - Travel

Subsemnatul(a) _____, reprezentant al _____, în calitate de _____, domiciliat(ă) în _____, Str. _____, Nr. _____, Bl. _____, Ap. _____, Sc. _____, Sect./ Jud. _____, posesor al actului de identitate Seria _____, Nr. _____, CNP _____, eliberat de _____ la data _____.

Asigurat/ Beneficiar/ Împuternicit al Poliței de asigurare Seria _____, nr. _____ emisă de SIGNAL IDUNA ASIGURĂRI S.A. la data _____, având valabilitate de la _____ până la _____, Contractant _____ domiciliat(ă) în _____ Str. _____, Nr. _____, Bloc _____, Scara _____, Etaj _____, Ap. _____, Sect./ Jud. _____, Tel. Acasă _____, Tel. Serviciu _____.

Declar că la data _____, ora _____, în țara _____, localitatea _____ la adresa _____ s-a produs evenimentul menționat mai jos, în următoarele circumstanțe:

M-am prezentat pentru consult ☐ tratament ☐ la _____
În evenimentul asigurat au mai fost implicați: _____
Declar pe propria răspundere ca cele de mai sus corespund realității.

Martori:

1. _____, Adresa _____,
Actul de identitate _____, Seria _____, Nr. _____, eliberat de _____
2. _____, Adresa _____,
Actul de identitate _____, Seria _____, Nr. _____, eliberat de _____

Rog ca plata despăgubirii, în valoare de _____ să se efectueze prin:
Casierie/ Virament în contul nr. _____ deschis la banca _____.
Declar că prin primirea/ virarea valorii mai sus menționate nu mai am alte pretenții de despăgubire pentru dosarul de daună deschis pentru evenimentul menționat mai sus.

Semnătura _____

Data _____