

Nr. Din

DECLARATIE – CERERE DE INDEMNIZATIE

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

Asigurat/Beneficiar/Imputernicit al Politei de asigurare Seria..... nr..... emisa de SIGNAL-IDUNA Asigurari S.A. la data, avand valabilitate de la pana la,

Contractant.....domiciliat(a) in Str..... Nr..... Bloc.....Scara.....Etaj.....Ap.....Sector/Judet....., Tel. acasa Tel. Serviciu

Declar ca la data ora in tara, localitatea la adresa

s-a produs evenimentul mentionat mai jos, in urmatoarele circumstante

M-am prezentat pentru consult tratament la

In evenimentul asigurat au mai fost implicati:

Declar pe propria raspundere ca cele de mai sus corespund realitatii.

Martori:

1..... Adresa

Actul de identitate Seria Nr. eliberat de

2..... Adresa

Actul de identitate Seria..... Nr. eliberat de

Rog ca plata despăgubirii, in valoare de să se efectueze prin:

Casierie/Virament in contul nr. deschis la banca

Declar ca prin primirea/virarea valorii mai sus mentinoate nu mai am alte pretentii de despăgubire pentru dosarul de dauna deschis pentru evenimentul mentionat mai sus.

Semnătura

Data