

FORMULAR DE AVIZARE A DAUNEI

PAGUBIT

Subsemnat(ul/a) _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, jud./sect _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, telefon _____, fax _____, legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria _____, nr. _____, C.N.P. _____, eliberat de catre _____ la data de ____/____/____, în calitate de păgubit / reprezentant al păgubitului, vă aduc la cunoștință că la data de ____/____/____ ora _____ la locuința / spațiul din localitatea _____, jud./sect _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, s-a produs următorul eveniment :

Răspunzator de producerea evenimentului este _____, asigurat al societății dvs cu polița seria _____ nr _____
 Descrierea evenimentului: _____

Evenimentul a fost anunțat și la unitatea de polițe/pompieri/asociația de proprietari/etc. _____ care a încheiat _____

Pagubele produse ca urmare a evenimentului mai sus menționat sunt

1. Locuință / clădire

2 Bunuri

3. Măsuri luate pentru limitarea daunelor

4. Valoarea estimată a daunelor, înainte de efectuarea constatării și calcularea costurilor aferente, este de _____
 Pentru soluționarea cazului, pot fi contactat(ă) la telefon _____ și/sau e-mail _____
 Solicit ca plata cuantumului despăgubirii, stabilit după efectuarea constatării și calcularea costurilor aferente, să se realizeze prin:
 Ordin de plată, în contul (IBAN) _____, deschis la _____, suc./ag. _____, pe numele beneficiarului _____ identificat cu C.N.P./C.U.I. _____.

Confirm că am primit «Informarea privind protecția datelor cu caracter personal» și am luat la cunoștință conținutul acesteia și faptul că SIGNAL IDUNA Asigurări SA și împuterniciții săi prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu dispozițiile legale privind prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data: ____/____/____ Semnătura de asumare, pe propria răspundere, a celor declarate mai sus _____

ASIGURAT

Subsemnat(ul/a) asigurat/reprezentant(in cazul persoanelor juridice) _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, jud./sect _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, telefon _____ asigurat cu polița seria _____ nr _____

Confirm cele declarate de catre _____ cu privire la evenimentul produs si sunt de acord cu acordarea despagubirii in baza politei de asigurare. Confirm că am primit «Informarea privind protecția datelor cu caracter personal» și am luat la cunoștință conținutul acesteia și faptul că SIGNAL IDUNA Asigurări SA și împuterniciții săi prelucrează datele cu caracter personal în conformitate cu dispozițiile legale privind prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data: ____/____/____ Semnătura de asumare, pe propria răspundere, a celor declarate mai sus _____