

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 Poliției 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 \_\_\_\_\_