



SHOQËRIA E SIGURIMEVE ALBSIG sh.a.

Datë \_\_\_\_\_

Departamenti I Trajtimit të Dëmeve

Nr: \_\_\_\_\_ Prot

## Sigurim Shëndeti në Udhëtim

### RAPORTO DËMIN / SHËNDETI

Emër Atësi Mbiemër: \_\_\_\_\_

Datëlindja: \_\_\_\_\_

Nr. i ID: \_\_\_\_\_

Nr. i Policës: \_\_\_\_\_

Nr. Tel. / Email: \_\_\_\_\_

Vendodhja: \_\_\_\_\_

Lloji i dëmit: \_\_\_\_\_

Njoftime të tjera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Të dhënat e udhëtimit:

Nisja: \_\_\_\_\_

Mbërritja: \_\_\_\_\_

Rrëfimi i ngjarjes (dëmit) / rastit të sigurimit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Deklaroj nën përgjegjësinë time se informacioni i mësipërm është plotësisht i saktë dhe i vërtetë.

I SIGURUARI (Emër, Mbiemër, Nënshkrimi): \_\_\_\_\_