

CERERE / DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE
în vederea desființării (anulării) unei polițe de asigurare facultativă



Agentia Asirom
Nr. din

Aviz Manager de Vânzări

- De acord cu desființarea (anularea) poliței
 Nu sunt de acord cu desființarea (anularea) poliței

..... (semnătura Manager de
Vânzări, ștampila)

Subsemnatul * (nume și prenume),, CNP _____, în calitate de
....., reprezentant legal al (se completează cu denumirea Agentului Persoana Juridică sau a Brokerului) S.C.
....., cu sediul în (se înscrie adresa completă)
..... înregistrată la Registrul
Comerțului sub nr., Cod Unic de Inregistrare, înmatriculat / înmatriculată în Registrul
Asiguratorilor și Brokerilor sub nr. cod Agent / Broker....., solicit desființarea (anularea) poliței seria
..... numărul..... emisă la data de de către emitent
.....

Motivul desființării (anulării):
.....
.....

Cunoscând dispozițiile articolului 292 Cod Penal cu privire la falsul în declarații, declar, pe proprie răspundere următoarele:

Polița nu a intrat în posesia clientului (original și / sau copie).

În situația în care se avizează daune, în baza poliței mai sus-menționate și pentru care solicit desființarea (anularea), prin semnarea prezentei declarații, sunt de acord și mă oblig să suport valoarea despăgubirilor/prejudiciilor plătite de către Asigurarea Românească - ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.

În situația în care prezenta solicitare nu primește aviz favorabil, mă oblig să achit prima de asigurare aferentă poliței emise.

Data declarației: _____
(Z Z L L A A A A)

Declarant,

Nume și prenume:
(în clar; în cazul Agențiilor Persoană Juridică și a Brokerilor se completează de către reprezentantul legal)

Semnătura:

Se aplică ștampilă (în cazul Agențiilor Persoană Juridică și Brokerilor):

* În cazul Agențiilor Persoană Juridică și Brokerilor, declarația se completează și se semnează de către reprezentantul legal.