

Asigurarea de răspundere a transportatorului în calitate de cărauş pentru mărfurile
transportate în trafic rutier

EUROTRANS
CERERE / DECLARAȚIE DE ASIGURARE



Anexa la Contractul Seria TR Nr. 000161959

1. ASIGURAT

X PERSOANĂ JURIDICĂ

Denumirea
CORLIPAN SRL

CUI 25758427

Sediul STRADA ALBATROSULUI NR. -, BRASOV, BRASOV, COD. 500461

Telefon: Fax: E-mail
Seria certificatului de înregistrare la Oficiul Național al Registrului Comerțului Numarul certificatului Data certificatului

Tip companie: ☐ capital de stat ☐ capital mixt ☐ institutie publica ☐ multinationala
☐ capital privat mixt ☐ capital privat strain

Persoane care potrivit actelor constitutive și/sau hotărârii organelor statutare sunt investite în competența de a conduce și reprezenta entitatea:

Numele și prenumele	CNP	Funcția
-		-

2. CONTRACTANT (se completeaza numai daca este cazul):

☐ PERSOANĂ FIZICĂ ☐ PERSOANĂ JURIDICĂ

Denumirea

CNP/CUI

Sediul

Telefon: Fax: E-mail
INFORMAȚII SUPLIMENTARE PERSOANE JURIDICE (se completează numai dacă Contractantul este persoană juridică):
Seria certificatului de înregistrare la Oficiul Național al Registrului Comerțului Numarul certificatului Data certificatului

Tip companie: ☐ capital de stat ☐ capital mixt ☐ institutie publica ☐ multinationala
☐ capital privat mixt ☐ capital privat strain

Persoane care potrivit actelor constitutive și/sau hotărârii organelor statutare sunt investite în competența de a conduce și reprezenta entitatea:

Numele și prenumele	CNP	Funcția

INFORMAȚII SUPLIMENTARE PERSOANE FIZICE (se completează numai dacă Contractantul este persoană fizică):

Serie BI/CI: Nr. BI/CI: Data eliberării: Entitatea emitentă:
Locul nașterii: Data nașterii: Cetățenie: Naționalitate:

☐ Rezident ☐ Nerezident

Asiguratul deține o funcție publică: ☐ NU ☐ DA Dacă DA, precizați

Ocupația: Domeniul de activitate: Denumire angajator:

3. In cazul incheierii unei asigurari pe durata unei singure calatorii, va rugam sa precizati data inceperii transportului:

4. Bunuri transportate:

5. Efectuati transporturi cu vehicule descoperite? ☒ NU ☐ DA

6. Doriti ca asigurarea sa acopere transporturile efectuate cu vehicule descoperite? ☒ NU ☐ DA

7. In cazul in care efectuati transporturi de vehicule, doriti ca operatiile de incarcare/ descarcare/ fixare a vehiculelor in mijlocul de transport, sa fie acoperite de asigurare, in schimbul unei prime suplimentare? ☒ NU ☐ DA

8. Doriti ca asigurarea sa acopere si transporturile efectuate cu semiremorci/ remorci, apartinand unor terti, care nu pot fi declarate Asiguratorului in timp util, in schimbul unei prime suplimentare? ☐ NU ☒ DA
9. Transportati marfuri perisabile? ☒ NU ☐ DA
10. Doriti ca asigurarea sa acopere daunele produse marfii transportate din cauza defectarii instalatiei de racire, in schimbul unei prime suplimentare? ☒ NU ☐ DA
11. In cazul transportului de marfuri incarcate in containere, doriti sa fie inclusa in asigurare raspunderea Asiguratului pentru daunele produse containerului, pe timpul transportului, in schimbul unei prime suplimentare? ☒ NU ☐ DA
12. Doriti ca limitarea de raspundere pentru marfa transportata (DST(XDR)/ kilogram) sa fie mai mare de 15 DST(XDR)/ kilogram, in cazul transporturilor in cabotaj? ☒ NU ☐ DA SPECIFICATI _____
13. Zona/Ruta in care se desfasoara transporturile/transportul: _____
14. Ati avut cereri de despagubire sau ati platit despagubiri in ultimii 5 ani ?
☒ NU ☐ DA, DESCRIETI (nr., motive, sumele solicitate) _____
15. Aveti litigii in curs in legatura cu activitatea dv.?
☒ NU ☐ DA, DESCRIETI (nr., motive, sumele solicitate) _____
16. Cunoasteti vreo circumstanta care poate determina formularea impotriva dv. a unei cereri de despagubire?
☒ NU ☐ DA, DESCRIETI _____

17. Limita raspunderii pentru marfa transportata/vehicul:

Nr. Crt.	Nr. De înmatriculare	Felul, marca și modelul vehiculului	Nr.identificare (serie șasiu)	Alarma Antifurt D/N	Masa Maxima Autorizata	Limita Asigurată Pentru marfa Transportată/ vehicul
1	B170CLP	Cap_tractor / MERCEDES-BENZ / ACTROS	WDB96340310200420	N	18000	100,000.00

18. Perioada asigurată: 12 luni respectiv de la: 26.08.2023 până la: 25.08.2024

19. Modalitatea de plată a primei de asigurare

☒ Integral

☐ Rate

20. Dacă dețineți altă asigurare pentru același risc, precizați:

Numele asiguratorului: _____

Perioada de asigurare: _____

Limita răspunderii pentru marfa transportata/vehicul: _____

Franșiza deductibilă pe eveniment, dacă există: _____

IMPORTANT: Datele din această cerere stau la baza acordului Asiguratorului de a încheia contractul de asigurare, iar solicitantul (Asiguratul) răspunde pentru realitatea și corectitudinea lor. Declar că toate răspunsurile de mai sus sunt complete și adevărate și că am luat la cunoștință de condițiile de asigurare în baza cărora solicit să închei prezenta asigurare. Sunt de acord ca Societatea Asigurarea Românească - ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A. să prelucreze datele din această declarație de asigurare, inclusiv pe cele cu caracter personal (cum ar fi nume și prenume, numele și prenumele membrilor de familie, sexul, data și locul nașterii, datele din actele de stare civilă, datele din permisul de conducere/ certificatul de înmatriculare, cod numeric personal, adresă, telefon/fax, e-mail, profesie, loc de muncă, date privind bunurile deținute, date bancare, imagine) în scopul serviciilor de asigurări și reasigurări. Categoriile de destinatari cărora le vor fi dezvăluite datele cu caracter personal pot fi: persoana vizată, reprezentanții legali ai persoanelor vizate, autoritățile publice centrale/locale, societăți de asigurare și reasigurare.

CONTRACTANT / ASIGURAT,

(Nume și prenume)

(Semnătura)

Anexă la Polița de Asigurare seria

TR

nr. 000161959

