

GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A.

Anexă la Polița IF nr. _____

CERERE DE ASIGURARE

Privind rambursarea cheltuielilor de repatriere și / sau a sumelor achitate de către turiști, în cazul insolvenței sau falimentului agenției de turism

SOLICITANT:

Denumire _____
Cod Unic de Înregistrare _____ Nr.Registrul Comerțului _____
Sediul legal/Adresă str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____
et. _____ ap. _____ loc. _____ jud./sect. _____
telefon _____ fax _____
Reprezentant legal (nume,prenume) _____
(funcția) _____
(act identitate) _____

AGENȚIA DE TURISM :

Denumire _____
Licența de turism nr. _____ din data de _____
Sediul legal/Adresă str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____
et. _____ ap. _____ loc. _____ jud./sect. _____
telefon _____ fax _____
Categorica TOUR OPERATORE DETAILISTĂ
E-mail _____

PERIOADA DE ASIGURARE: _____ luni începând cu data de _____

MOD DE ACHITARE A PRIMEI DE ASIGURARE : _____

MENȚIUNI : _____

Declar pe proprie răspundere ca informatiile furnizate sunt complete si corecte si inteleg ca asiguratorul are dreptul de a solicita, in scopul verificarii si confirmarii declaratiilor, orice documente doveditoare de care dispun. Sunt de acord ca in cazul in care informatiile furnizate nu sunt conforme cu realitatea sunt pasibil de incalcarea prevederilor legislatiei penale privind falsul in declaratii, conform articol 326 Cod Penal, iar asiguratorul nu datoreaza plata indemnizatiilor de asigurare/despagubirilor civile.

Data _____

Numele în clar _____
Semnătura _____
(ștampila) _____