

**CERERE - CHESTIONAR
PRIVIND ASIGURAREA DE RASPUNDERE LEGALĂ CONTRACTUALĂ
A OPERATORILOR DE TRANSPORT RUTIER (ROTR)**

ASIGURAT	Nume/ Denumire:		Telefon:
	Adresa:		Fax:
	Nr. Registrul Comerțului:	Cod Unic de Înregistrare:	Licența Nr.:
	NOTĂ: Numărul Licenței se va completa în cazul în care licența de transport a fost eliberată în anul(anii) anterior(i) și necesită vizarea anuală de către emitent. În situația în care se solicită asigurarea în vederea obținerii licenței, la rubrica <Licența Nr.> se completează « Se va aviza ulterior » - cu obligativitatea Asiguratului de a înștiința în scris Asigurătorul ulterior încheierii asigurării, cu privire la acest aspect.		
STATUT ASIGURAT	<input type="checkbox"/> SOCIETATE EXISTENTĂ - Înființată în anul _____ - Funcționează ca operator de transport rutier din anul _____ - Alte Aspecte: _____		<input type="checkbox"/> SOCIETATE NOU ÎNFIINȚATĂ (dată depunere cerere)
CAPACITATE OPERARE în exploatare proprie	Număr total vehicule rutiere: _____ din care _____ proprietatea Asiguratului (Se va anexa SPECIFICAȚIA completată și semnată)		
TIP TRANSPORTURI	<input type="checkbox"/> Trafic Intern: _____ % pondere valorică din total activitate <input type="checkbox"/> Trafic Internațional: _____ % pondere valorică din total activitate		
CAPITAL PROPRIU la momentul solicitării asigurării			
NIVEL FINANCIAR MINIM (stabilit cf. ORDINULUI Nr.1892/2006)			
SUMA ASIGURATĂ/ LIMITA RASPUNDERE pentru care se solicită asigurarea (capacitate financiară suplimentară)			
PERIOADA ASIGURATĂ	12 luni, De la: _____		Până la: _____
ISTORIC ACTIVITATE	Suspendări <input type="checkbox"/> NU / <input type="checkbox"/> DA – Motivul: _____		
	Retragerea licenței <input type="checkbox"/> NU / <input type="checkbox"/> DA – Motivul: _____		
	Altele <input type="checkbox"/> NU / <input type="checkbox"/> DA – Motivul: _____		
ISTORIA DAUNELOR/ RECLAMAȚIILOR/ PRETENȚII despăgubiri înregistrate până în prezent	(descriere eveniment, data, valoarea/ pretenția de despăgubire, cauza):		
MENȚIUNI SPECIALE:			
Declarăm ca cele specificate în această cerere-chestionar sunt adevărate și în concordanță cu datele de care dispunem și suntem de acord ca acest act sa facă parte integrantă din polița de asigurare, în cazul în care se va emite.			
Localitatea:	Data:	ASIGURAT	
_____	_____	_____	
(nume, calitate, semnătură, ștampilă)			