

(Asigurator Autorizat)

Nr. Inregistrare _____

SOLICITARE DE ANULARE PAD

SOLICITANT: Nume si prenume/ Denumire _____

CNP/CUI _____ Telefon _____, E-

mail _____

IN CALITATE DE ☐ Asigurat/Contractant ☐ Alta entitate _____**SOLICIT** anularea politei PAD seria RA _____ numarul _____1. Motivul solicitarii anularii (*obligatoriu una din optiuni*):☐ dublura polita cu PAD seria RA _____ numarul _____☐ lipsa interesului asigurat☐ Alta situatie* _____

2. Atasez urmatoarele documente doveditoare:

3. Explicatii suplimentare:

* Avand in vedere ca emiterea politei PAD este conditionata de plata primei de asigurare, **NU** se poate invoca drept motiv de anulare "refuzul platii primei de asigurare de catre asigurat/contractant".

Declar pe propria raspundere ca datele sunt conforme cu realitatea si ca in perioada de valabilitate a asigurarii nu s-au produs evenimente de natura sa angajeze raspunderea PAID Romania. In cazul avizarii unor daune pe polita PAD pentru care am solicitat anularea, voi suporta toate costurile, spezele și despagubirile cuvenite ca urmare a producerii riscurilor asigurate conform Legii 260/2008, republicata cu modificarile și completările ulterioare.

Data**Semnatura solicitant**
