

## WNIOSEK W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA UBEZPIECZENIE KOMUNIKACYJNE

DO UMOWY LEASINGU NR

### 1. KORZYSTAJĄCY

Pełna nazwa firmy:	
NIP:	
Adres siedziby:	
Adres korespondencyjny:	

### 2. OŚWIADCZENIE KORZYSTAJĄCEGO

Wnoszę o wyrażenie zgody przez Finansującego o zawarcie umowy ubezpieczenia w/w pojazdu we własnym zakresie.

Oświadczam, że w przypadku wyrażenia zgody przez Finansującego zgadzam się na naliczenie dodatkowej opłaty z tytułu weryfikacji polisy zgodnej z obowiązującą TOD.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż warunkiem uruchomienia umowy leasingu jest wyrażenie zgody przez Finansującego na zawarcie wnioskowanego ubezpieczenia i przedstawienie opłaconej polisy ubezpieczeniowej spełniającej kryteria, o których mowa w niniejszym wniosku (dotyczy polis pierwszorocznych).

Oświadczam, że zobowiązuję się w terminie do 14 dni przed upływem okresu ubezpieczenia wnioskowanej polisy dostarczyć do Noble Finance SA wniosek w sprawie wyrażenia zgody na kontynuację. (dotyczy polis na kolejne lata).

### 3. PODPIS KORZYSTAJĄCEGO

Imię i nazwisko	Data	Podpis

--	--	--

Niniejszym potwierdzam w imieniu wskazanego poniżej zakładu ubezpieczeń zakres ubezpieczenia określony poniżej dla tzw. „polisy obcej”:

1. UBEZPIECZONY (FINANSUJĄCY)			
Pełna nazwa firmy:	Noble Finance S.A.		
NIP:	9542779444	Regon:	367715275
Adres siedziby:	ul. Legnicka 56, 54-204 Wrocław		
2. UBEZPIECZAJĄCY (KORZYSTAJĄCY)			
Pełna nazwa firmy:			
NIP:	□□□□□□□□□□		
Adres siedziby:	□□-□□□		
3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA			
Typ/Marka/Model:			
VIN:	□□□□□□□□□□□□□□□□		
Nr rej:	□□□□□□□□	Rodzaj pojazdu:	<input type="checkbox"/> Nowy <input type="checkbox"/> Używany
Przebieg:	□□□.□□□	Poj. silnika:	□.□□□
Data pierwszej rejestracji:	□□□□-□□-□□	Rok produkcji:	□□□□
Liczba miejsc:	□□	Ładowność:	□.□□□
4. DANE DOT. POLISY			
Zakład ubezpieczeń:	<input type="checkbox"/> Allianz <input type="checkbox"/> Compensa <input type="checkbox"/> Ergo Hestia <input type="checkbox"/> PZU <input type="checkbox"/> Warta OWU z dnia □□□□-□□-□□		
Początek okresu ubezpieczenia:	□□□□-□□-□□		
Koniec okresu ubezpieczenia:	□□□□-□□-□□		
Suma ubezpieczenia pojazdu AC:	□□□.□□□□.□□□□,□□		

	<input type="checkbox"/> Netto <input type="checkbox"/> 50%VAT <input type="checkbox"/> brutto
Składka ubez. OC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Składka ubez. AC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

Oświadczam, że w/w pojazd zostanie objęty wnioskowanym ubezpieczeniem, spełnia wymogi określone w OWU związane z minimalnymi zabezpieczeniami przeciwkradzieżowymi oraz z zakresem jak poniżej:

Parametr	Min. wymagany zakres ubezpieczenia AC	Zakres ubezpieczenia oferowany tzw. „polisy obcej”
<b>1. ZAKRES UBEZPIECZENIA</b>		
Kradzież pojazdu	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Rabunek pojazdu	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Uszkodzenie pojazdu	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Teren RP oraz krajów Europy	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>2. FRANSZYZY, UDZIAŁY WŁASNE</b>		
Franszyza integralna	✓ NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wysokość .....
Franszyza redukcyjna	✓ NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wysokość .....
Udział własny	✓ NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wysokość .....
<b>3. DODATKOWE KLAUZULE</b>		
Stała suma ubezpieczenia pojazdu fabrycznie nowego w okresie min. 6 m-cy bez względu na przebieg pojazdu.	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Brak konsumpcji sumy ubezpieczenia po szkodzie częściowej (naprawa).	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wariant likwidacji szkód serwisowy	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zniesiona amortyzacja części przy naprawach szkód częściowych (naprawa).	✓ TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

#### PODPIS W IMIENIU ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

Siedziba rejestrowa spółki: 53-611 Wrocław, ul. Strzegomska 42AB  
KRS: 0000684790, NIP: 9542779444,  
Sąd Rejonowy we Wrocławiu - VI Wydział Gospodarczy KRS  
Kapitał zakładowy 19 150 000 PLN wpłacony w całości

Kontakt: [www.noble-finance.pl/kontakt](http://www.noble-finance.pl/kontakt)  
Nr telefonu BOK: 22 270 14 77  
Adres e-mail BOK: bok@noble-finance.pl

Adres korespondencyjny:  
Noble Finance S.A.  
Ul. Młynarska 42  
01-171 Warszawa

Pieczęć firmowa	Imię i nazwisko	Data	Podpis

W imieniu Noble Finance S.A. akceptuję wniosek bez zastrzeżeń.

W imieniu Noble Finance S.A. akceptuję wniosek z zastrzeżeniem następujących zmian w polisie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W imieniu Noble Finance S.A. nie akceptuję wniosku.

PODPIS W IMIENIU NOBLE FINANCE S.A.			
Pieczęć firmowa	Imię i nazwisko	Data	Podpis

Wypełniony formularz należy przesać na adres poczty elektronicznej:  
**ubezpieczenia@noble-finance.pl**