

WNIOSEK W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA UBEZPIECZENIE KOMUNIKACYJNE

DO UMOWY LEASINGU NR

1. KORZYSTAJĄCY

Pełna nazwa firmy:	
NIP:	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adres siedziby:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adres korespondencyjny:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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 Tabelą Opłat Dodatkowych.

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 S.A. wniosek w sprawie wyrażenia zgody na kontynuację (dotyczy polis na kolejne lata).

3. PODPIS KORZYSTAJĄCEGO

Imię i nazwisko	Data	Podpis
	<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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	

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. Uniwersytecka 18, 40-007 Katowice		
2. UBEZPIECZAJĄCY (KORZYSTAJĄCY)			
Pełna nazwa firmy:			
NIP:	□□□□□□□□□□		
Adres siedziby:	□□-□□□□		
3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA			
Typ/Marka/Model:			
VIN:	□□□□□□□□□□□□□□□□		
Nr rejestracyjny:	□□□□□□□□	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 ubezp. OC:	□□□.□□□□,□□□		
Składka ubezp. AC:	□□□.□□□□,□□□		

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

Parametr	Min. wymagany zakres ubezpieczenia AC	Zakres ubezpieczenia oferowany tzw. „polisy obcej”
1. ZAKRES UBEZPIECZENIA		
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
2. FRANSZYZY, UDZIAŁY WŁASNE		
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
3. DODATKOWE KLAUZULE		
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			
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 przestać na adres poczty elektronicznej:
ubezpieczenia@noble-finance.pl**