

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA UBEZPIECZENIE POZA PAKIETEM ING LEASE (POLSKA) SP. Z O.O.  
(„Wniosek”)**

..... (prosimy podać nazwę firmy) jako „Korzystający” na podstawie umowy leasingu \*operacyjnego/finansowego nr .....zawartej z ING Lease (Polska) Sp. z o.o. jako „Finansującym” („Umowa Leasingu”) niniejszym zwraca się z prośbą do Finansującego o wyrażenie zgody na ubezpieczenie przedmiotu leasingu objętego Umową Leasingu stanowiącego własność Finansującego („Pojazd” lub „Pojazdy”) przez Korzystającego w zakresie i na zasadach określonych w Umowie Leasingu oraz niniejszym Wniosku.

**1. WYMAGANE WARUNKI UBEZPIECZENIA:**

<b>Zakłady / Towarzystwa Ubezpieczeń akceptowane przez ING Lease (Polska) Sp. z o.o.</b>	STU Ergo Hestia S.A., PZU S.A., TU Allianz Polska S.A., TUiR WARTA SA., TU COMPENSA S.A., Generali TU S.A., UNIQA TU S.A., GOTHAER TU S.A., BENEFIA TU S.A., Inter Risk S.A., (Finansujący zastrzega sobie możliwość jednostronnej zmiany powyższej listy)
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ubezpieczenie AUTO CASCO</b>	Pełny zakres ubezpieczenia AC+KR, bez wyłączeń
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Zakres terytorialny ubezpieczenia:</b>	Szkody powstałe na terytorium RP i innych państw Europy <input type="checkbox"/> Kraje byłego ZSRR
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Okres ubezpieczenia</b>	Ubezpieczenie będzie zawarte na co najmniej roczne okresy
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Warunki szczególne ubezpieczenia:</b>	Wartość nowego pojazdu nabytego na terytorium RP potwierdzona fakturą zakupu nie ulega zmianie dla celów umowy ubezpieczenia w okresie 6 miesięcy od daty wystawienia faktury. Brak konsumpcji sumy ubezpieczenia po szkodzie. Brak wyłączenia z tytułu wieku użytkownika pojazdu.
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Warunki szczególne likwidacji szkód</b>	Zniesiony udział własny we wszystkich szkodach, brak potrąceń z tytułu amortyzacji części dla pojazdów do 5 roku eksploatacji włącznie. Serwisowy wariant likwidacji szkód.
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Forma płatności składek</b>	jednorazowo

**2. WYPEŁNIA BROKER/PREDSTAWICIEL ZAKŁADU/TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO:**

Niniejszym potwierdzamy, że pojazd osobowy / ciężarowy / ciągnik siodłowy / naczepa / autobus (ładowność ..... kg)\*\* marki ....., data pierwszej rejestracji\*\*\* ....., VIN..... o wartości netto/brutto\* ..... PLN zostanie ubezpieczony w Zakładzie / Towarzystwie Ubezpieczeń ..... na warunkach spełniających wymogi określone w punkcie 1. niniejszego dokumentu. Polisa będzie zawierać dodatkowy pakiet Assistance ..... (nazwa pakietu Assistance wliczonego w koszt polisy ubezpieczeniowej). Łączna składka wyniesie ..... PLN.

**Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia** (wyłącznie dla użytkowników prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą) i użytkowników nie więcej niż 5 pojazdów). Oświadczam, iż:  
1) na dzień złożenia oświadczenia posiadam/użytkuję do 5 pojazdów samochodowych;  
2) Ubezpieczenie **OC posiadam od .... lat** i w tym okresie **NIE MIAŁEM** wypadków komunikacyjnych powodujących obowiązek wypłacenia przez zakład ubezpieczeń odszkodowań lub świadczeń z tytułu ubezpieczenia OC;  
3) Ubezpieczenie **AC posiadam od .... lat** i w tym okresie **NIE MIAŁEM** wypadków komunikacyjnych powodujących obowiązek wypłacenia przez zakład ubezpieczeń odszkodowań lub świadczeń z tytułu ubezpieczenia AC.

Zabezpieczenia przeciwkradzieżowe:  Alarm  Immobiliser  Blokada Skrzyni Biegów  System Lokalizacji Pojazdu  
 Inne:.....

Rozszerzenie ochrony ubezpieczenia:  TAXI  Rent a Car (Wynajem pojazdu)  Przesyłki Kurierskie i Ekspresowe  
 Przewóz Materiałów Niebezpiecznych  Podnajem zarobkowy  Inne: .....

Dane Kontaktowe Agenta/Brokera na które zostaną przesłane przez Finansującego dokumenty po rejestracji Pojazdu/Pojazdów. Adres e-mail: ..... Telefon: .....

.....  
Data i podpis, pieczęć imienna Brokera / Przedstawiciela Zakładu/TU oraz pieczęć Zakładu/TU

**3. OŚWIADCZENIA KORZYSTAJĄCEGO:**

Korzystający będący osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub pełnomocnik Korzystającego upoważniony do reprezentacji Korzystającego niniejszym wyraża zgodę na przetwarzanie przez Finansującego jego danych osobowych przekazanych na potrzeby rozpatrzenia Wniosku w zakresie: imię, nazwisko, adres, PESEL. Administratorem danych osobowych jest ING Lease (Polska) Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Puławska 2, 02-566 Warszawa. Korzystającemu/osobie upoważnionej do reprezentacji Korzystającego przysługuje prawo dostępu do przetwarzanych danych i ich poprawiania i odwołania zgody w każdym czasie. Korzystający wyraża zgodę na udostępnianie przez Finansującego jego danych osobowych WTW Services Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie w celach związanych z marketingiem produktów i usług tego podmiotu, a także w celach statystycznych.

**Za obsługę ubezpieczenia zawartego poza pakietem ING Lease pobierana jest opłata zgodnie z Tabelą Opłat i Prowizji obowiązującą u Finansującego.**

Korzystający zobowiązuje się do doręczenia Finansującemu wypełnionego i podpisanego Wniosku i kopii polisy OC oraz polisy Auto-Casco zawartej najpóźniej w dniu rejestracji Pojazdu wraz z dowodem opłacenia składki ubezpieczeniowej przed wydaniem tablic rejestracyjnych przez Finansującego. W przypadku braku doręczenia polisy ubezpieczeniowej przez Korzystającego najpóźniej następnego dnia po rejestracji Pojazdu, Finansujący dokona ubezpieczenia Pojazdu, a kosztami obciąży Korzystającego zgodnie z postanowieniami Umowy Leasingu.

DATA: .....

DECYZJA i PODPIS REZYDENTA UBEZPIECZENIOWEGO  
Działającego w imieniu i na rzecz ING LEASE (POLSKA) Sp. z o.o.

FIRMA/CZYTELNE IMIĘ I NAZWISKO ORAZ PODPIS  
KORZYSTAJĄCEGO/PEŁNOMONCIKA KORZYSTAJĄCEGO

\* Niewłaściwe skreślić  
\*\* Dotyczy pojazdu ciężarowego  
\*\*\* Nie dotyczy pojazdów fabrycznie nowych