

Formularz przekazania uprawnień do polisy numer _____



Dotychczasowy Ubezpieczający

Imię i nazwisko / nazwa _____
Adres (ulica, nr) _____
Kod pocztowy _____ Mięjscowość _____
PESEL/ NIP _____ / _____
Telefon _____ E-MAIL _____

Oświadczam, że zrzekam się praw do powyżej polisy i przekazuję uprawnienia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na rzecz Nowego Ubezpieczającego.

Data i podpis Dotychczasowego Ubezpieczającego

Nowy Ubezpieczający

Imię i nazwisko / nazwa _____
Adres (ulica, nr) _____
Kod pocztowy _____ Mięjscowość _____
PESEL/ NIP _____ / _____
Telefon _____ E-MAIL _____

1. Oświadczam, iż otrzymałem/am informację na temat przetwarzania danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce oraz CLICK4INSURANCE Sp. z o.o. w celu m.in. należytego wykonywania umowy Ubezpieczenia. Oświadczam, że otrzymałem/am Politykę Prywatności AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx
2. Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem Ogólne warunki ubezpieczenia straty finansowej Allianz Assistance GAP, które mają zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia.
3. Oświadczam, że odpowiednio wcześniej otrzymałem/am dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym. Sprawdziłem/am inne posiadane przeze mnie ubezpieczenia i oferowany produkt odpowiada moim wymaganiom i potrzebom.
4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am: Ogólne warunki ubezpieczenia straty finansowej Allianz Assistance GAP, IPID oraz Politykę Prywatności AWP P&C S.A. Oddział w Polsce.
5. Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am informację o firmie, pod którą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce wykonuje działalność ubezpieczeniową, adresie siedziby oraz o możliwości złożenia reklamacji i wniesienia skargi.
6. Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am dokument Informacja o Agencji.
7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przesłanie na podany adres e-mail treści związanych z zawartą umową ubezpieczenia m.in. elektronicznej wersji polisy, warunków ubezpieczenia, IPID, wniosków i formularzy.

Data i podpis Nowego Ubezpieczającego

UWAGA: Do wniosku dołącz kopię dokumentu potwierdzającego sprzedaż/przekazanie pojazdu.

Dokumenty prześlij na adres biuro@click4insurance.pl lub pocztą tradycyjną na adres:

Click4Insurance Sp. z o.o.
ul. Woźwody 20 lok. 6
02-908 Warszawa