

## WNIOSEK O ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA WYPADEK STRATY FINANSOWEJ GAP

Numer Umowy kredytu/  
leasingu/ubezpieczenia

1. Wypełniony formularz prosimy przesać na adres email: [obsługa@cardif.pl](mailto:obsługa@cardif.pl) lub pocztą na adres: BNP Paribas Cardif, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
  2. Odstąpienie możliwe jest w terminie 7 dni (gdy Ubezpieczający jest Przedsiębiorcą) lub 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia można złożyć w każdym czasie.

**WAŻNE!** W sytuacji gdy doszło do Szkody całkowitej: zniszczenia auta, kradzieży Pojazdu – prosimy o złożenie wniosku o wypłatę świadczenia poprzez formularz na naszej stronie [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl)

Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony należy jest tylko w sytuacji, kiedy ochrona ubezpieczeniowa nie została w całości skonsumowana przed upływem okresu ubezpieczenia określonym we Wnioskopolisie tj. nie nastąpiła wypłata świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia.

### DANE UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO\*\*\*

Imię i Nazwisko/ Nazwa firmy\*

PESEL / NIP\*

Ulica, nr budynku i lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

E-mail

Telefon

Oświadczam\*\*, że z dniem:

– nastąpiło przeniesienie własności Pojazdu bez cesji Umowy ubezpieczenia (zbycie)

– nastąpiło rozwiązanie Umowy leasingu/wcześniejszy wykup Pojazdu (dotyczy tylko ubezpieczeń zawartych od 1 grudnia 2022 roku)

– utraciłem(am) Pojazd w wyniku zniszczenia lub kradzieży

Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji.

### ZWROT SKŁADKI

W celu rezygnacji z finansowania ubezpieczenia GAP w ramach faktur leasingowych  
zwrot składki proszę przekazać na rachunek Toyota Leasing Polska Sp. z o.o.

Proszę o zwrot niewykorzystanej składki na numer rachunku bankowego Leasingobiorcy lub Kredytobiorcy  
(nie zwalnia z wymogu spłaty składki w ramach zawartej umowy leasingu lub kredytu)

Czytelny podpis Ubezpieczającego /  
Ubezpiezonego \*\*\*

Miejscowość

Data

       

\* należy uzupełnić, gdy Ubezpieczającym jest Przedsiębiorca

\*\* dotyczy wyłącznie wniosku o wypowiedzenie/rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

\*\*\* dotyczy ubezpieczeń typu GAP RTI\_LK oraz GAP\_MTE\_LK