

Asiguratul

Nume și prenume sau
denumirea firmei

Adresa

Localitatea și data

Detalii

În legătură cu dauna din data

Nr.

lichidat în cadrul asigurării din polița nr.

care se referă

Marcă/model/nr. înmatriculare

Autorizez asiguratorul să plătească indemnizația datorată în baza contractului de asigurare menționat mai sus pe numele Service-ului:

Nr. contului
bancar

Rezultatul transferului bănesc de către WAGAS SA în contul menționat mai sus
duce la încetarea obligațiilor WAGAS SA față de Asigurat.

Semnătura și ștampila service-ului

Autenticitatea semnăturii o confirm în baza actului de identitate/ pașaportului

Seria

Nr.

eliberat de către

în data de

Semnătura Asiguratului

Date de contact Centrul de Autorizare Daune:

Tel.: (+40) 215 891 323
Email: claims.ro@wagas.eu

WAGAS S.A. Str. Rydygiera nr. 15, 01-793 Varșovia, Polonia
www.wagas.eu