

ΑσφαλισμένοςΌνομα και Επώνυμο ή
Ονομασία εταιρείας

Διεύθυνση

Πόλη και ημερομηνία

ΛεπτομέρειεςΑναφορικά με την ζημιά από
την ημέρα

Αριθ.

που εκκαθαρίζεται στα πλαίσια του
Ασφαλιστηρίου αριθ.

που αφορά

Μάρκα / Μοντέλο οχήματος / Αριθ.κυκλοφορίας

Εξουσιοδοτώ την Ασφαλιστική Εταιρεία να καταβάλλει την οφειλόμενη αποζημίωση σύμφωνα με την προαναφερθείσα ασφαλιστική σύμβαση για το Συνεργείο

Αριθ.τραπεζικού
λογαριασμού:

Ως αποτέλεσμα της μεταφοράς χρημάτων από την WAGAS S.A. στο λογαριασμό που αναφέρεται παραπάνω είναι η λήξη της υποχρέωσης της WAGAS S.A. προς τον Ασφαλισμένο.

Υπογραφή υπηρεσίας και σφραγίδα

Πιστοποιώ τη γνησιότητα της υπογραφής μου σύμφωνα με το δελτίο ταυτότητας /διαβατήριο

Σειρά

Αριθ.

Το οποίο
εκδόθηκε από

την ημέρα

Ευανάγνωστη υπογραφή του
Συμβαλλομένου**Στοιχεία επικοινωνίας με το Κέντρο Εξουσιοδότησης Ζημιών:**Tel.: +30 2111983613
Email: claims.gr@wagas.euWAGAS S.A. οδ. Rydygiera 15, 01-793 Βαρσοβία, Πολωνία
www.wagas.eu