

ΑσφαλισμένοςΌνομα και Επώνυμο
ή Ονομασία εταιρείας

Διεύθυνση

Πόλη και ημερομηνία

Λεπτομέρειες

Αναφορικά 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 καταβάλει την οφειλόμενη αποζημίωση, σύμφωνα με την προαναφερθείσα ασφαλιστική σύμβαση, στο Συνεργείο:

Ονομασία Συνεργείου

Διεύθυνση Συνεργείου

Αριθ. τραπεζικού

SWIFT

Ως αποτέλεσμα της μεταφοράς χρημάτων από την WAGAS S.A. στον ανωτέρω αναφερόμενο λογαριασμό, επέρχεται η εκπλήρωση 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 Ασφαλισμένου

Στοιχεία επικοινωνίας με το Κέντρο Εξουσιοδότησης Ζημιών:

Τηλ.: +30 2111983613

Email: claims.gr@wagas.eu

WAGAS S.A. οδ. Rydygiera 15, 01-793 Βαρσοβία, Πολωνία

www.wagas.eu