

UPOWAŻNIENIE DO WYPŁATY ODSZKODOWANIA



Ubezpieczony

Miejscowość i data

Imię i nazwisko
lub nazwa firmy

Adres zamieszkania
lub siedziba firmy

W związku ze szkodą z dnia

Nr

likwidowaną w ramach ubezpieczenia z polisy nr

dotyczącą

marka / model pojazdu / nr rejestracyjny

proszę o przelanie należnego odszkodowania z tytułu wyżej wymienionej umowy ubezpieczenia

na poniżej podany numer konta bankowego:

Własnoręczność podpisu potwierdzam na podstawie dowodu osobistego / paszportu

Seria

Nr

wydanego

przez

dnia

Czytelny podpis Ubezpieczonego