

UbezpieczonyImię i nazwisko
lub nazwa firmy
Adres

Miejscowość i data

Szczegóły

W związku ze szkodą z dnia

Nr

likwidowaną w ramach ubezpieczenia z polisy nr

dotyczącą

Marka/model pojazdu/nr rejestracyjny

proszę o przełanie odszkodowania z tytułu wymienionej umowy ubezpieczenia na podany niżej numer konta bankowego:

Nr konta
bankowego

którego właścicielem jest:

Imię i nazwisko
lub nazwa firmy

Adres

Skutkiem przelewu środków przez WAGAS S.A. na wskazany wyżej rachunek jest
wygaśnięcie zobowiązania WAGAS S.A. wobec Ubezpieczonego.

Własnoręczność podpisu potwierdzam na podstawie dowodu osobistego/paszportu

Seria

Nr

wydanego przez

dnia

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Dane kontaktowe Centrum Autoryzacji Szkód:Tel.: +48 22 670 96 03
Email: szkody@wagas.plWAGAS S.A. ul. Rydygiera 15, 01-793 Warszawa
www.wagas.pl