

**Ubezpieczony**Imię 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

Upoważniam Zakład Ubezpieczeń do wypłaty odszkodowania należnego z tytułu wyżej wymienionej umowy ubezpieczenia na rzecz serwisu:

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

Podpis i pieczęć serwisu

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