

OD :

.....
imię, nazwisko lub nazwa firmy właściciela pojazdu

.....
dokładny adres

.....
telefon

DO :

**TU ALLIANZ POLSKA S.A.
CENTRUM LIKWIDACJI SZKÓD**

**ul. Wolsztyńska 5
60-361 Poznań**

PROŚBA O ROZLICZENIE SZKODY

W związku z zaistniałą szkodą z dnia w samochodzie
nr rej. proszę o:

- wypłatę odszkodowania na podstawie kosztorysu sporządzonego przez TU Allianz Polska SA:
- wypłatę odszkodowania w oparciu o przedstawione faktury - na rzecz :

.....
(pełna nazwa i adres)

- na konto nr

W przypadku braku dostarczenia faktur do TU Allianz Polska S.A. w terminie dni 30 proszę o przekazanie bezspornej kwoty odszkodowania :

- na rzecz warsztatu
(wskazać nazwę)
- na konto nr: należące do

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. Pokrycia kosztu dokonanej naprawy lub dokonam zwrotu wypłaconego odszkodowania w terminie 14 dni od daty wezwania – w przypadku ustalenia okoliczności powodujących brak odpowiedzialności TU ALLIANZ POLSKA S.A. za powstałą szkodę.
2. Dopłacenia różnicy w/w warsztatowi wykonującemu naprawę, jeżeli z ustalonych okoliczności, warunków ubezpieczenia AC lub innych przepisów wynika, że należne odszkodowanie jest niższe od kosztu dokonanej naprawy.

Przyjmuję do wiadomości:

1. TU ALLIANZ POLSKA S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nienależytego wykonania naprawy przez w/w warsztat, a ewentualne roszczenia z tytułu niewłaściwego wykonania naprawy kierowca należy bezpośrednio do tego warsztatu.
2. Niniejsza prośba nie jest jednoznaczna z przyjęciem przez TU ALLIANZ POLSKA S.A. odpowiedzialności za szkodę i wypłatą odszkodowania w wysokości przedstawionej przez poszkodowanego lub warsztat naprawczy.

.....
.....
seria i nr dowodu osobistego, data i czytelny podpis właścicieli pojazdu bądź pełnomocnika

DOKUMENT MUSI BYĆ PODPISANY PRZEZ WSZYSTKICH WŁAŚCICIELI POJAZDU