

Αριθμός Απαίτησης :

Ασφαλισμένος :

Αριθμός Ασφαλιστηρίου :

ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ / ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Εγώ/Εμείς ο/η/οι υποφαινόμενος/η/οι ανέκκλητα δηλώνω/ουμε ότι εφόσον η ασφαλιστική εταιρεία **Grawe Cyprus**, βασιζόμενη στη παρούσα δήλωση, καταβάλει το ποσό των €..... (ΕΥΡΩ) η εν λόγω καταβολή θα συνιστά πλήρη και τελεία εξόφληση των απαιτήσεων μου/μας, σε σχέση με υλικές βλάβες που υπέστην εξαιτίας του ατυχήματος που συνέβη στις

Η πραγματοποίηση της πληρωμής θα ενεργοποιεί την πλήρη απαλλαγή της **Grawe Cyprus** και οποιουδήποτε υπευθύνου για το ατύχημα έναντι όλων των δικαιωμάτων, απαιτήσεων, αξιώσεων και εξόδων σε σχέση με το ατύχημα και για όλες τις παρούσες ή μελλοντικές απαιτήσεις που άμεσα ή είτε είναι αναμενόμενες είτε είναι γνωστές είτε άγνωστες.

Σε αντάλλαγμα της πληρωμής αυτής δηλώνω/ουμε και συμφωνώ/ούμε ότι ουδεμία άλλη απαίτηση έχω/ουμε και/ ή θα έχω/ουμε με βάση το πιο πάνω Ασφαλιστήριο η δε Grawe Cyprus αποδεσμεύεται και απαλλάσσεται από όλες τις παρούσες ή μελλοντικές απαιτήσεις που είτε άμεσα ή έμμεσα προκύπτουν από ή αποδίδονται στο πιο πάνω ατύχημα ή περιστατικό.

Αντιλαμβάνομαι ότι η πληρωμή του πιο πάνω ποσού, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αποδοχή ευθύνης εκ μέρους της εταιρείας **Grawe Cyprus** ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου.

Επίσης δηλώνω/ουμε και συμφωνώ/ούμε ότι με την πληρωμή αυτή η Grawe Cyprus υποκαθίσταται σε όλα τα δικαιώματα μου/μας σε σχέση με ασφαλισμένο όχημα σύμφωνα με τους Νόμους και/ ή το Ασφαλιστήριο. Η Grawe Cyprus μπορεί να κάνει χρήση του ονόματος μου/μας όπου αυτό είναι αναγκαίο για να ασκήσει όλα ή οποιαδήποτε τέτοια δικαιώματα. Επίσης θα παρέχω/ουμε κάθε βοήθεια που η Grawe Cyprus μπορεί λογικά να ζητήσει από εμένα/ εμάς κατά την άσκηση τέτοιων δικαιωμάτων εφόσον η Grawe Cyprus από την πλευρά της με/μας αποζημιώσει για οποιαδήποτε έξοδα και κόστη σε σχέση με οποιαδήποτε διαδικασία που η Grawe Cyprus μπορεί να αναλάβει στο όνομα μου/ μας κατά την άσκηση τέτοιων δικαιωμάτων.

Βεβαιώ ότι αποδέχομαι την πληρωμή του πιο πάνω ποσού, χωρίς συμβουλή ή παρότρυνση ή καθοδήγηση από τους ανωτέρω ασφαλιστές ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, αντιπροσώπους και/ ή υπαλλήλους τους.

Μάρτυρας

Ονοματεπώνυμο: _____

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: _____

Απαιτητής

Ονοματεπώνυμο: _____

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: _____

Υπογραφή:

Υπογραφή: