

Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.

1091 Budapest, Üllői út 1.

E-mail: utasbiztositas@aegon.hu

SZERZŐDŐ

Szerződő neve: _____

Születési dátuma: _____ év _____ hó _____ nap Cég esetén adószám: _____ – _____ – _____

Címe: irányítószám: _____ helység: _____

út/utca/tér: _____ házsám: _____ emelet: _____ ajtó: _____

Email címe: _____

Telefonszáma: _____

BIZTOSÍTÁS ADATAI

Biztosítási kötvény száma: _____

Biztosítás kezdete és vége: _____ év _____ hó _____ naptól _____ év _____ hó _____ napig

Igénybe vett biztosítási tartam: _____ év _____ hó _____ naptól _____ év _____ hó _____ napig

Kérem a biztosítás díjának teljes részleges visszatérítését. *(Teljes díjvisszatérítésre azon utasbiztosítási szerződések esetében van lehetőség, amelyek nem léptek kockázatba.)*
A biztosítási díj visszatérítését az alábbi bankszámlára kérem:

Pénzintézet neve: _____

Számlatulajdonos neve: _____

IBAN/Bankszámla száma: _____ – _____ – _____

NYILATKOZAT

Nyilatkozom, hogy a szerződésre vonatkozóan szolgáltatási igényem nem áll fenn és az adott biztosítási szerződéssel kapcsolatosan szolgáltatási igényt a biztosítási szerződés alanyai nem kívánnak benyújtani. Nyilatkozom továbbá, hogy a biztosítási szerződés megszűnéséről a biztosított(ka)t értesítem.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Szerződő aláírása

TANÚK

Alulírottak kijelentjük, hogy fenti nyilatkozatát a Szerződő, aki személyazonosságát előttünk, mint tanúk előtt személyi igazolványával igazolta, saját kezűleg írta alá vagy aláírását előttünk a sajátjának ismerte el.

Tanú 1 neve: _____

Lakcíme: irányítószám: _____ helység: _____

út/utca/tér: _____ házsám: _____ emelet: _____ ajtó: _____

Szig. száma: _____

Tanú 1 aláírása

Tanú 2 neve: _____

Lakcíme: irányítószám: _____ helység: _____

út/utca/tér: _____ házsám: _____ emelet: _____ ajtó: _____

Szig. száma: _____

Tanú 2 aláírása

BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐ NYILATKOZATA

Neve: _____, mint a fenti kötvény
biztosításközvetítője nyilatkozom, hogy az Ügyfélnek a díjat visszafizettem nem fizettem vissza.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Biztosításközvetítő aláírása