

AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Információs vonal: 06/40-204-204
www.aegon.hu

Alulírott (név):

(cím):

az alábbi nyilatkozatot teszem:

A károsult (neve:

címe:

év

hónap

napján keletkezett károsodás az alábbiak szerint történt:

A fent leírt események bekövetkeztében felelősségemet elismerem

vagy

a társasház felelősségét elismerem (közös képviselő).

(Megfelelő rész aláhúzendó)

Nyilatkozom, hogy a károsulttal semmilyen rokoni kapcsolatban nem állok.

Hozzájárulok ahhoz, és egyben kérem is, hogy a keletkezett kár térítését a

biztosító

társaságnál kezelt,

számú biztosítási szerződés(em) feltételei alapján és ennek terhére a

károsult részére szíveskedjenek teljesíteni.

A fent leírt események bekövetkeztében felelősségemet nem elismerem

vagy

a társasház felelősségét nem ismerem el (közös képviselő).

(Megfelelő rész aláhúzendó)

Kelt:

év

hó

nap

károkozó aláírása / társasház közös képviselőjének aláírása