

Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt.
9401 Sopron, Pf.: 22

Telefonos Ügyfélszolgálat: 06-1-477-4800
Honlap: www.aegon.hu

Alulírott _____ (név)

_____ (cím)

a _____ Biztosító Zrt.-vel kötött

_____ módosítú

_____ kötvényszámú biztosításomat _____ dátummal

a törvényi előírásoknak és a módoszat biztosítási feltételeinek megfelelően meg kívánom szüntetni, az esedékes biztosítási díjat eddig az időpontig rendezem.

A megszünés oka:

Évfordulóra történő felmondás

Érdekműlás (időpont:

A biztosított vagyontárgy eladása (gépjármű biztosítás esetén az adás-vételi szerződés mellékelve)

A vállalkozás megszünése

A forgalomból történő végleges kivonás (mellékelve a forgalmi másolat)

Egyéb (_____)

Egyben kérem részemre a bonus/malus igazolás megküldését a fenti címre.

Tudomásul veszem, hogy az évfordulóra történő felmondás csak abban az esetben érvényes, ha 30 nappal az évforduló előtt a biztosító tudomására jutott.

Egyúttal kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam a fenti szerződés megszünéseivel kapcsolatos jogkövetkezményekről.

Kelt.: _____

Tisztelettel: _____

A bejelentést a mai napon tudomásul vettük,
a díj befizetve:

_____ -ig

Dátum: _____

aláírás