

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

Információs Vonal: 06/40-204-204, honlap: www.aegon.hu

Szerződésazonosító:

### Alulírott

Név:

Irányítószám: Helység:

Út/utca/tér:

Házzám/emelet/ajtó:

alatti lakos nyilatkozom, hogy az alábbi időszakra vonatkozóan kár- illetve biztosítási összeg iránti igényem nincs, illetve ilyen igénnyel erre az időszakra vonatkozóan a jövőben sem élek.

Időszak (díjjal fedezett tartam utolsó napja):  év  hó  naptól, a díjhátraléknak a Biztosító számlájára történő beérkezése napjáig.

A (módozat neve)  biztosításomat a hátralék egyösszegű befizetése mellett kérem újból hatályba helyezni.

Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozat átadása a Biztosítónak és a hátralékos díj megfizetése nem jelenti a szerződés automatikus újra hatálybahelyezését, a Biztosító fenntartja a jogot a reaktiválási kérelem 15 napon belüli elbírálására.

Kelt.: ,  év  hó  nap

---

Szerződő aláírása

A kitöltött, aláírt nyilatkozatot az alábbi címre kérjük küldeni: AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.  
Adminisztrációs Centrum  
Sopron Pf.: 22.  
9401

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

Információs Vonal: 06/40-204-204, honlap: www.aegon.hu

Szerződésazonosító:

**Alulírott**

Név:

Irányítószám: Helység:

Út/utca/tér:

Házzám/emelet/ajtó:

alatti lakos nyilatkozom, hogy az alábbi időszakra vonatkozóan kár- illetve biztosítási összeg iránti igényem nincs, illetve ilyen igényrel erre az időszakra vonatkozóan a jövőben sem élek.

Időszak (díjjal fedezett tartam utolsó napja):  év  hó  naptól, a díjhátraléknak a Biztosító számlájára történő beérkezése napjáig.

A (módozat neve)  biztosításomat a hátralék egyösszegű befizetése mellett kérem újból hatályba helyezni.

Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozat átadása a Biztosítónak és a hátralékos díj megfizetése nem jelenti a szerződés automatikus újra hatálybahelyezését, a Biztosító fenntartja a jogot a reaktiválási kérelem 15 napon belüli elbírálására.

Kelt.: ,  év  hó  nap

---

Szerződő aláírása

A kitöltött, aláírt nyilatkozatot az alábbi címre kérjük küldeni: AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt.  
Adminisztrációs Centrum  
Sopron Pf.: 22.  
9401