

Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia poisťovne:

AEGON Hungary Closed Company Ltd., so sídlom 1091 Budapešť, IX. Üllői út 1, Maďarsko, IČO: 01-10-041365, zapísaná na Mestskom súde ako registrovom súde spoločnosti, konajúca prostredníctvom svojej pobočky AEGON Hungary Closed Company Ltd., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 36 868 396, zapísaná v Obchodnom registri vedenom Okresným súdom Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 1857/B (ďalej len „**poisťovateľ**“)
www.aegon.sk, aegon@aegon.sk, 0850 123 466
IBAN: SK301100000002926122916, BIC: TATRSKBX

POISTNÍK

Titul Meno Priezvisko

Dátum narodenia Číslo OP

Adresa trvalého bydliska:

Ulica a číslo

Mesto/Obec PSČ Štát

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX):

POISTENÝ (nevypisovať v prípade, že poistený je zároveň poistníkom)

Titul Meno Priezvisko

Dátum narodenia Číslo OP

Adresa trvalého bydliska:

Ulica a číslo

Mesto/Obec PSČ Štát

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX):

VYHLÁSENIE POISTENÉHO

Vyhlasujem, že v dobe od zániku platnosti poistnej zmluvy do momentu jej opätovného uzavretia (obnovenia) medzi mnou a poisťovateľom nenastala skutočnosť, ktorá by mohla byť dôvodom na uplatnenie si nároku na poistné plnenie.

Dátum podpísania žiadosti

Miesto podpísania žiadosti:

Podpis poistníka (podľa podpisového vzoru)

Podpis poisteného

OVERENIE POISŤOVATEĽOM POVERENEJ OSOBY (FINANČNÝ AGENT)

Meno a priezvisko finančného agenta

Identifikačné číslo finančného agenta

Dátum overenia totožnosti

Podpis finančného agenta

SP číslo finančného agenta

NÁLEŽITOSTI OVERENIA TOTOŽNOSTI KLIENTA FINANČNÝM AGENTOM ALEBO ZAMESTNANCOM

Údaje overovaného klienta:

1. Meno, priezvisko a rodné číslo klienta
2. Číslo dokladu totožnosti
3. Podpis klienta
4. Kópia dokladu totožnosti

Údaje overovateľa:

- a) finančný agent**
1. Meno a priezvisko finančného agenta
 2. Identifikačné číslo finančného agenta
 3. Podpis finančného agenta
 4. Dátum overenia

b) zamestnanec

1. Meno a priezvisko zamestnanca
2. Podpis zamestnanca
3. Dátum overenia

PRÍLOHA: Doklad o úhrade poistného