

AKTE VAN VRIJWARING / AANVRAAG DUPLICHAAT POLIS

Verzekeringnemer :  
Geboortedatum :  
Adres :

Polisnummer :

De verzekeringnemer verklaart akkoord te gaan met het feit dat:

- de NV Aegon Levensverzekering Maatschappij gerechtigd is om het verzoek tot afgifte van een duplichaatpolis te weigeren, indien de reden van het verzoek onvoldoende aannemelijk wordt gemaakt;
- met de afgifte van de duplichaatpolis onder nummer \_\_\_\_\_ aan de oorspronkelijke polis, wanneer deze nog in diens bezit zou komen, geen rechten meer kunnen worden ontleend.
- de oorspronkelijke polis van de NV Aegon Levensverzekering Maatschappij onder polisnummer \_\_\_\_\_ meer in het bezit is als gevolg van:

\_\_\_\_\_ ;

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ 20\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_