



## ŽÁDOST O PLNĚNÍ PŘI DOŽITÍ

AEGON Pojišťovna, a.s., Na Pankráci 26/322, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČ: 271 82 461, zapsaná v Obchodním rejstříku Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 9577.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO	Titul před jménem	Příjmení	Rodné příjmení	
	Jméno	Titul za jménem	Pojištěný je <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> Pojistník je zákonným zástupcem pojištěného
	Rodné číslo	Datum narození	Místo narození	Státní příslušnost
	Trvalé bydliště/Sídlo, ulice, číslo, obec, PSČ, stát (není-li v ČR)			
	Korespondenční adresa (je-li odlišná od trvalého bydliště)			

PŘÍJEMCE PLATBY	<input type="checkbox"/> Převod na smlouvu sjednanou u společnosti AEGON Pojišťovna, a. s.	Žádám o převod na pojistnou smlouvu č.	Zainvestovat jako:*	
	<input type="checkbox"/> Převod na účet	Předčíslí	Číslo účtu	Kód banky
	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (Pokud ne, uveďte jméno a vztah k majiteli)	Jméno a příjmení majitele účtu		Variabilní symbol
	<input type="checkbox"/> Zaslání na adresu	Použít trvalou adresu pojistníka?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Specifický symbol
	Jméno a příjmení			
	Ulice a číslo			
		Obec	PSČ	

**POUČENÍ** (výňatek z pojistných podmínek): Písemnost doručená pojistiteli je účinná nejdříve doručením do sídla pojistitele.

**PROHLÁŠENÍ:** Pojistník svým podpisem na této smlouvě potvrzuje a čestně prohlašuje, že není politicky exponovanou osobou ve smyslu § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu a rovněž se zavazuje, že pokud se v průběhu trvání smluvního vztahu s pojistitelem touto osobou stane, oznámí tuto skutečnost bez zbytečného odkladu pojistiteli. Pokud jste politicky exponovanou osobou, zaškrtněte pole „Nesouhlasím“.

Nesouhlasím

**PROHLÁŠENÍ - DAŇOVÝ REZIDENT:** Pojistník a pojištěné osoby svým podpisem na této žádosti čestně prohlašují, že jsou daňovými rezidenty ČR. Dále prohlašují, že nejsou občany USA a ani jejich místo narození není v USA. Pokud kterákoliv ze skutečností v tomto prohlášení není pravdivá, zaškrtněte pole „Nesouhlasím“.

Nesouhlasím

V \_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Podpis pojištěného nebo zákonného zástupce musí být vždy úředně ověřen.