

# Týnt tryggingarskírteini



## Trygging númer:

Upprunalega tryggingarskírteinið er mikilvægt. Gerðu þitt ýrasta til að finna það áður en þú fyllir út þetta eyðublað. Ef til vill þarftu að athuga hvort það er í vörslu endurskoðanda þíns eða lögfræðings, eða notað sem trygging fyrir láni eða húsnæðisláni frá banka eða annarri fjármálastofnun. Hafi það verið sett að veði þarftu að fá skriflegt samþykki bankans eða fjármálastofnunarinnar áður en við getum greitt tryggingarbæturnar.

Vinsamlegast lestu þetta eyðublað vandlega áður en þú undirritar það. Með því að undirrita þetta eyðublað samþykkir þú að endurgreiða féð ef annar einstaklingur eða aðili hefur rétt á tryggingarfénu í stað þín. Íhugaðu málið vandlega. Sérú í vafa skaltu leita ráðgjafar lögfræðings.

Móttaka þessa eyðublaðs er ekki trygging fyrir því að við munum greiða þér féð.

Undirritun þín þarf að vera vottuð af sérfræðingi **sem er starfandi, hefur ekki látið af störfum á starfssviði sínu og hefur þekkt þig persónulega í a.m.k. tvö ár. Votturinn má ekki vera skyldur þér á nokkurn hátt.**

(„Sérfræðingur“ getur verið einstaklingur í einhverri af eftirfarandi starfsgreinum: lögfræðingur, útibússtjóri banka, fjármálaráðgjafi, löggiltur endurskoðandi, læknir, prestur, lögregluvarðstjóri).

Ég óska/við óskum eftir því að Aviva greiði mér/okkur fjárhæðina sem er til greiðslu vegna tryggingarinnar.

Ég staðfesti/við staðfestum að ég hef/við höfum rétt á fénu.

Ég staðfesti/við staðfestum að ýtarleg leit hafi verið gerð að upprunalega tryggingarskírteininu en að það hafi glatast.

Ég samþykki/við samþykkjum að endurgreiða Aviva féð ef einhver annar einstaklingur eða aðili sannar fyrir Aviva að viðkomandi hafi rétt á þessari greiðslu í stað mín/okkar.

## Fyrsti kröfuhafi

Fullt nafn

Undirskrift

Dags.

D	D	M	M	Á	Á	Á	Á
---	---	---	---	---	---	---	---

## Yfirlýsing votts

Ég

(fullt nafn votts)

(starfsgrein viðkomandi, af listanum hér að ofan)

**Ath. að votturinn verður enn að vera starfandi á viðkomandi starfssviði og má ekki hafa látið af störfum.**

(nafn fyrirtækis/stofnunar)

(heimilisfang fyrirtækis/stofnunar)

staðfesti hér með að ofangreind(ur)

(nafn kröfuhafa)

hefur verið mér persónulega kunnugur í

ár (a.m.k. 2)

Undirskrift votts

Símanúmer:

Stimpill fyrirtækis/skrifstofu

Eyðublað fyrir annan kröfuhafa er á baksíðunni.

## Annar kröfuhafi

Fullt nafn

Undirskrift

Dags.

D	D	M	M	Á	Á	Á	Á
---	---	---	---	---	---	---	---

### Yfirlýsing votts

Ég

(fullt nafn votts)

(starfsgrein viðkomandi, af listanum hér að ofan)

**Ath. að votturinn verður enn að vera starfandi á viðkomandi starfssviði og má ekki hafa látið af störfum.**

(nafn fyrirtækis/stofnunar)

  

(heimilisfang fyrirtækis/  
stofnunar)

staðfesti hér með að ofangreind(ur)

(nafn kröfuhafa)

hefur verið mér persónulega kunnugur í

ár (a.m.k. 2)

Undirskrift votts

Símanúmer:

Stimpill fyrirtækis/  
skrifstofu

## | Retirement | Investments | Insurance | Health |

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, einkahlutafélag.  
Skráð á Írlandi nr. 165970. Skráð skrifstofa við Building 12, Cherrywood Business Park, Loughlinstown, Co Dublin, D18 W2P5, Írlandi.

Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, undir viðskiptaheitinu  
Aviva Life & Pensions Ireland og Friends First lúta eftirliti Seðlabanka Írlands  
(Central Bank of Ireland). Tilvísunarnúmer félags er C757.

Sími +353 (0)1 898 7950

[olab.aviva.com](http://olab.aviva.com)

LOSPOLICE HL68002 05/2022 © Aviva

