

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Online bejelentés: <https://ugyfelszolgalat.alfa.hu> oldalon válassza az Élet-, egészség-, és balesetbiztosítás szolgáltatási igény bejelentés lehetőségét.

Iratpótlás: alfa.hu/irjonnekunk oldalon válassza a Bejelentett kárral kapcsolatos ügyintézés/Életbiztosítási szolgáltatási igények irat és adatpótlást.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800

Honlap: alfa.hu

Jelen nyilatkozatban további jogosult adatait, nyilatkozatait adhatja meg.

Szerződés szám:

I. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATA KISKORÚ, CSELEKVŐKÉPTLEN VAGY KORLÁTOZOTTAN CSELEKVŐKÉPES JOGOSULT ESETÉN

Törvényes képviselő vezetékneve: utóneve:

A Biztosító kiskorú gyermek, cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes személyek javára teljesítendő biztosítási szolgáltatást a törvényes képviselő/gyám/gondnok részére teljesíti, melyről az illetékes gyámhatóságot a Ptk. 2:15. §, 2:23. § és a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX.10). Korm. rendelet 26/B. § (3) bekezdése alapján értesít(het)i.

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy törvényes képviselője vagyok az alábbi kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosultnak.

Kijelentem, hogy vagyonkezelői jogosultságom nem korlátozott.

Jogosult vezetékneve: utóneve:

Anyja születési vezetékneve: utóneve:

Születési ország: Születési helység:

Születési ideje: év hó nap

II. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI

Jogosult/törvényes képviselője vezetékneve: utóneve:

Születési vezetékneve¹: utóneve¹:

Anyja születési vezetékneve¹: utóneve¹:

Születési ország: Születési helység:

Születési ideje: év hó nap Neme¹: ☐ Férfi ☐ Nő Kedvezményezettség aránya: %

Állampolgársága¹:

További állampolgárságai (Írja be valamennyit)¹:

Állandó lakcíme/Székhelye:

irányítószám: helység:

út/utca/tér: házszám: emelet: ajtó:

Személyazonosító dokumentum (pl. személyi igazolvány, útleve, személyazonosító igazolvány, kártyás vezetői igazolvány)

típusa¹: száma¹:

érvényessége¹: év hó nap Lakcímkártya száma¹:

Mobiltelefon:

E-mail cím:

Kelt: , év hó nap

X

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

¹ Baleset- és vagyonbiztosításoknál nem kötelező kitölteni.

III. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATAI

Kérjük kifizetésre vonatkozó nyilatkozatát! Rendelkezhet az Önt megillető szolgáltatási összeg egy részének vagy teljes egészének a felhasználásáról meglévő vagy újonnan kötött biztosítási szerződés díjaként. Ez esetben az átkönyvelésre vonatkozó adatokat a 2. pontban, a fennmaradó összeg kifizetésére vonatkozó adatokat az 1. pontban adja meg.

1. Kérem a szolgáltatási összeg utalását az alábbi bankszámlaszámra:

Pénzügyi neve:
 Számlatulajdonos vezetékneve: utóneve:
 Swift kód: IBAN/Bankszámla száma: – –

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a az élet-, illetve a nyugdíjbiztosítás szolgáltatási összegének kifizetését harmadik személy javára kéri, a kifizetésre kizárólag e harmadik személy pénzügyi törvény szerinti azonosítása után kerülhet sor. Lásd a jelen nyilatkozat V. pontja az „Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók” részt.

2. Átkönyvelés adatai: a szolgáltatási összeg %-a vagy forint euró dollár
 Meglévő szerződés száma vagy ajánlatszám:
 Meglévő szerződés vagy ajánlat szerződőjének neve:
 (Új kötés esetén kérjük, csatolja az ajánlat 1. oldalának másolatát.) Átkönyvelendő díj típusa: ☐ folyamatos ☐ egyszeri ☐ rendkívüli
 Ha bármilyen okból nem történik meg az átkönyvelés (pl. nem jön létre az új szerződés), akkor az átkönyvelni kívánt összeget is kifizetjük Önnek. Amennyiben nem rendelkezik a kifizetésről, felvesszük Önnel a kapcsolatot.

IV. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE NYILATKOZATAI ÉLET- ÉS NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSHOZ

1. Ügyfélazonosításhoz kapcsolódó nyilatkozatok

- a) Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy természetes személyként saját magam nevében járok el: ☐ Igen ☐ Nem
- b) Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő: ☐
- c) Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el ☐ (Írja be az igénybejelentő II./3. pontjában lévő felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)
- ☐ Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója vagyok: házastársa, élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelőszülője.
- ☐ Kijelentem, hogy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy vagyok:
- bármely természetes személy, aki a kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa, vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll,
 - bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

2. Adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatok (További információ a bejelentő V. Tájékoztató/Adóügyi illetőséggel kapcsolatos tudnivalók fejezete.)

Nyilatkozom, hogy adóügyi illetőségem szerinti ország:

☐ Magyarország Adóazonosító jel:
☐ Amerikai Egyesült Államok Adószám (SSN):
☐ Más, nem amerikai, külföldi ország neve (1): Adószám:
☐ Más, nem amerikai, külföldi ország neve (2): Adószám:

Jogi személy adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatát, kérjük, töltsse le az alfa.hu oldalról.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az Ön személye egyértelműen beazonosítható, de a nyomtatványon megadott bizonyos adatok (jellemzően lakcím és egyéb elérhetőségek) eltérnek a nyilvántartásunkban szereplőktől, a jelen dokumentumon megadott adatok alapján az adatmódosítást elvégezzük nyilvántartásunkban.

Aláírásával Ön nyilatkozik, hogy a nyomtatványon megadott adatai pontosak és hozzájárul, hogy eltérés esetén a jelen nyomtatvány szerint módosítsuk adatait nyilvántartásunkban.

Csatolja a személyazonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlevél) és lakcímkártya másolatait is!

Kelt: , év hó nap

X

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

V. TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn, és nem jelenti a biztosítási titok megsértését az adatok átadása a Bit. 138.§. (1)–(8) bekezdésében, valamint a 140.§–143.§-okban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára való továbbítás.

A Biztosító a Bit. 149.§ (1) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és betegség-biztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A Biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított/kedvezményezett a Biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók

A Biztosító – törvényben meghatározott esetekben² – minden életbiztosítással és/vagy nyugdíjbiztosítással rendelkező ügyfelet köteles azonosítani, melynek keretében az ügyfél köteles megadni adatait, nyilatkozatait és a Biztosító rendelkezésre bocsátani azonosító okmányainak másolatát. A személyazonosság igazolására **alkalmas dokumentumok: személyazonosító igazolvány, útlevél, valamint kártyaformátumú vezetői engedély. Kérjük, minden esetben csatolja a lakcímkártyája lakcímet tartalmazó oldalának másolatát is.**

A kifizetés feltétele a szerződő, a kifizetésre jogosult személy és az esetleges számlatulajdonos azonosítása. A kifizetés érdekében végzett azonosítás történhet a **személyazonosító dokumentumok személyes bemutatásával a Biztosító bármely ügyfélszolgálati irodájában, a Biztosító által megbízott biztosításközvetítőnél, vagy önkéntes elhatározás alapján csatolhatja a fenti dokumentumok másolatát az igénybejelentőhöz.** Amennyiben a szolgáltatási összeg meghaladja a 4,5 millió Ft összeget (devizás élet-, és nyugdíjbiztosítás esetén, ennek devizában átszámolt összegét), akkor az azonosítás kizárólag személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodáján, tanácsadónál, illetve elektronikus módon az alfa.hu/ugyintezes/azonositas.html oldalon történhet.

Felhívjuk figyelmét arra, hogy ezek hiányában a Biztosító köteles megtagadni a kifizetés teljesítését.

Az ügyfél, annak meghatalmazottja, a Biztosítónál eljáró rendelkezésre jogosult, továbbá a Biztosítónál eljáró képviselő köteles a tudomásszerzéstől számított öt munkanapon belül értesíteni a Biztosítót az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.³

Az azonosítási kötelezettségről további információt a Biztosító alfa.hu/hirek/altalanos-tajekoztato-a-penzmosas-elleni-torveny-rendelkezeiseirol.html oldalon olvashat.

Adóügyi illetőséggel kapcsolatos tudnivalók

Adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot a szolgáltatás kedvezményezettjének kell tennie a 2014. évi XIX. számú FATCA törvény, az Adó-, és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény, illetve az Adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény 50.§. (2) 28. pontja alapján. További információ, valamint a FATCA, illetve a CRS szabályozás alá nem tartozó élet-, és nyugdíjbiztosítások listája a Biztosító honlapján, az alfa.hu oldalon található. Az adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot az alfa.hu oldalról is letölthetik. Amennyiben ügyfelünk a CRS, illetve FATCA nyilatkozatában egyetlen külföldi országot jelöl meg adóügyi illetőségként és ez a nyilatkozata kétséget kizáróan megalapozott, akkor az illetőségigazolás helyett elfogadható ügyfelünk VI. fejezet 2. pontban tett nyilatkozata.

Dokumentum csatolás esetére, a dokumentum benyújtásával, illetve a jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok a személyi igazolványomom, illetve lakcímkártyámon rögzített, de a biztosítási szerződésben nem szereplő személyes adataim Biztosító általi kezeléséhez. Az adatkezelés tartama a biztosítási szerződéssel összefüggő adatok kezelésére irányadó adatkezelési időtartam.

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Visszaküldési cím: **Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf. 63**

A fenti – ügyfél azonosításra és adóügyi illetőségre vonatkozó – tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

X

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

² A pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 6.§-a.

³ A pénzmossás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 12.§ (3) bekezdése.

BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó vezetékneve: _____ utóneve: _____

kódja: _____ elérhetősége: _____

Alkusz vagyok: ☐ Igen ☐ Nem

Az ügyfél személyes azonosításáért felelősséget válllok. A szolgáltatási igényre vonatkozó dokumentumot jelen nyilatkozat aláírásának napján vettem át.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

X

Tanácsadó aláírása