

**Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Online bejelentés: ügyfeliszolgaltat.alfa.hu oldalon válassza az Élet-, egészség-, és balesetbiztosítás szolgáltatási igény bejelentés lehetőséget.

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

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

Szerződésszám:

**I. SZERZŐDŐ ADATAI (Szerződő töltsé ki, amennyiben a szerződő az elhunyt biztosítottól, illetve a jogosulttól eltérő személy)**

|                                                                                                                        |                                                                          |                                   |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Szerződő vezetékneve:                                                                                                  | <input type="text"/>                                                     | utóneve:                          | <input type="text"/>                                       |
| Születési vezetékneve <sup>1</sup> :                                                                                   | <input type="text"/>                                                     | utóneve:                          | <input type="text"/>                                       |
| Anyja születési vezetékneve <sup>1</sup> :                                                                             | <input type="text"/>                                                     | utóneve:                          | <input type="text"/>                                       |
| Születési ország:                                                                                                      | <input type="text"/>                                                     | Születési helység:                | <input type="text"/>                                       |
| Születési ideje:                                                                                                       | <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap | Neme <sup>1</sup> :               | <input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő |
| További állampolgárságai (Írja be valamennyit):                                                                        | <input type="text"/>                                                     |                                   |                                                            |
| Adóazonosító jele <sup>1</sup> :                                                                                       | <input type="text"/>                                                     | Adószáma (cég esetén):            | <input type="text"/>                                       |
| Állandó lakcíme/Székhelye:                                                                                             | <input type="text"/>                                                     |                                   |                                                            |
| irányítószám:                                                                                                          | <input type="text"/>                                                     | helység:                          | <input type="text"/>                                       |
| út/utca/tér:                                                                                                           | <input type="text"/>                                                     | házzszám:                         | <input type="text"/>                                       |
|                                                                                                                        |                                                                          | emelet:                           | <input type="text"/>                                       |
|                                                                                                                        |                                                                          | ajtó:                             | <input type="text"/>                                       |
| Személyazonosító dokumentum (pl. személyi igazolvány, útleve, személyazonosító igazolvány, kártyás vezetői igazolvány) | <input type="text"/>                                                     |                                   |                                                            |
| típusa <sup>1</sup> :                                                                                                  | <input type="text"/>                                                     | száma <sup>1</sup> :              | <input type="text"/>                                       |
| érvényessége <sup>1</sup> :                                                                                            | <input type="text"/> év <input type="text"/> hó <input type="text"/> nap | Lakcímkártya száma <sup>1</sup> : | <input type="text"/>                                       |
| Mobiltelefon:                                                                                                          | <input type="text"/>                                                     |                                   |                                                            |
| E-mail cím:                                                                                                            | <input type="text"/>                                                     |                                   |                                                            |

**II. SZERZŐDŐ NYILATKOZATAI ÉLET- ÉS NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSHOZ**

- Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy természetes személyként saját magam nevében járok el: ☐ Igen ☐ Nem
- Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő: ☐
- Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el ☐ (Írja be az alábbi felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)
  - az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
  - az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
  - a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
  - a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítéltóabla és a Kúria tagja,
  - a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
  - a nagykövet, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvéd Vezérkar főnöke és a Honvéd Vezérkar főnökének helyettesei,
  - többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
  - nemzetközi szervezet vezetője, vezetőhelyettese, vezető testületének tagja vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy.

☐ 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.

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.

Élet-, illetve nyugdíjbiztosításhoz benyújtott igény esetén csatolja a személyazonosító dokumentumának (szem. ig. mindkét oldala/vezetői eng./útleve) másolatát, valamint lakcímének igazolására a lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldalának másolatát, vagy mellékelje a DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentumát.

Kelt: ,  év  hó  nap

**X**

Szerződő aláírása

<sup>1</sup> Baleset- és vagyonbiztosításoknál nem kötelező kitölteni.

### III. BIZTOSÍTOTT ADATAI

Biztosított (elhunyt) vezetéknéve:  utóneve:

Születési ország:  Születési helység:

Születési ideje:  év  hó  nap

Állandó lakcíme:

irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házszám:  emelet:  ajtó:

**Lakásbiztosítás esetén:** A biztosított a szerződő ☐ hozzátartozója ☐ közeli hozzátartozója,  év  hó  naptól közös háztartásban lakott a szerződéssel.

### IV. BALESETI HALÁL LEÍRÁSA

Baleset körülményei (mikor, hol, hogyan történt, sérülés leírása):  év  hó  nap

Volt-e hatósági eljárás? ☐ Nem ☐ Igen Eljáró hatóság:

Volt-e véralkohol vizsgálat? ☐ Nem ☐ Igen Vizsgálatot végezte:

### V. NEM BALESETI HALÁL LEÍRÁSA

A halál oka:

A halált okozó megbetegedés orvosiilag megállapított kezdete:  év  hó  nap

Amennyiben volt hatósági vizsgálat:

Eljáró hatóság:

### VI. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYEK ÉS BENYÚJTANDÓ IRATOK

Kérjük jelölje szolgáltatási igényét! Az igénybejelentőhöz csatolja a jogosult és a szerződő (élet-, illetve nyugdíjbiztosítás esetén ha a szerződő az elhunyt biztosítottól, illetve a jogosulttól, eltérő személy) személyazonosító dokumentumának (szem. ig. mindkét oldala/vezetői eng./útlevél) másolatát, valamint lakcímének igazolására a lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldalának másolatát, vagy mellékelje a DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentumát, és az elbíráláshoz szükséges dokumentumokat.

Kérem a szolgáltatás teljesítését az alábbi biztosítási eseményre:

☐ Baleseti eredetű biztosítási esemény

**A konkrét eseménytől és biztosítási feltételektől függően a lenti felsorolt dokumentumokon túl a következő dokumentumok benyújtásával segíti szolgáltatási igényének mielőbbi elbírálását:** a baleset időpontját, körülményeit vizsgáló hatóság által ezekről kiadott igazolás, hatósági okirat, helyszíni jegyzőkönyv, munkahelyi balesetnél készült jegyzőkönyv, véralkohol vizsgálati jelentés, tevékenység végzéséhez szükséges engedély, sportorvosi engedély, forgalmi engedély, vezetői engedély, kábítószer és egyéb pszichoaktív szerek fogyasztására vonatkozó nyilatkozat, lelet<sup>2</sup>

**Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat

**Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, igazolás késői magzathalálról

**Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, öröklési nyilatkozat

**Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati jegyzőkönyv, kedvezményezett jelölés, amennyiben az örökös a kedvezményezett: jogerős hagyaték átadó végzés, öröklési bizonyítvány vagy öröklési nyilatkozat

**Benyújtandó irat:** családi pótlékra való jogosultságot igazolása (határozat)

☐ Biztosított gyermekének halála

☐ Biztosított gyermekének halva születése

☐ Biztosított élet-/házastársának halála

☐ Kijelentem, hogy az elhunyttal – akinek nem volt kereső foglalkozása – haláláig legalább 3 éve együtt éltem.

☐ Biztosított halála ☐ baleseti okból

☐ nem baleseti okból

☐ Kijelentem, hogy a biztosítottal, mint házastársammal haláláig együtt éltem.

☐ Az elhunyt, halálakor 1 éven aluli gyermeket nevelt háztartásában.

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

Törvényes képviselő vezetéknéve:  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 vezetéknéve:  utóneve:

Anyja születési vezetéknéve:  utóneve:

Születési ország:  Születési helység:

Születési ideje:  év  hó  nap

**X**

Törvényes képviselő aláírása

<sup>2</sup> A benyújtott szolgáltatási igény elbírálásához indokolt és bekérhető dokumentumok körét a szerződésre irányadó szerződési feltétel tartalmazza.

**További jogosultak a Jogosult rendelkezési nyilatkozatát töltsék ki!**

**VIII. KIFIZETÉS FELVÉTELÉRE JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI ÉS NYILATKOZATAI**

Jogosult/törvényes képviselő vezetékneve:  utóneve:

Születési vezetékneve<sup>1</sup>:  utóneve:

Anyja születési vezetékneve<sup>1</sup>:  utóneve:

Születési ország:  Születési helység:

Születési ideje:  év  hó  nap Neme<sup>1</sup>: ☐ Férfi ☐ Nő Kedvezményezettség aránya:  %

Állampolgársága<sup>1</sup>:

További állampolgárságai (Írja be valamennyit):

Állandó lakcíme/Székhelye:

irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házszám:  emelet:  ajtó:

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

típusa<sup>1</sup>:  száma<sup>1</sup>:

érvényessége<sup>1</sup>:  év  hó  nap Lakcímkártya száma<sup>1</sup>:

Mobiltelefon:

E-mail cím:

1. Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését az alábbi számlaszámra:

Pénztézet neve:

Számlatulajdonos vezetékneve:  utóneve:

Swift kód:  IBAN/Bankszámla száma:  -  -

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben 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 X. pontja az „Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók” részt.

**IX. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATAI ÉLET- ÉS NYUGDÍJBIZTOSÍTÁS 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 1. oldal 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 X. 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 dokumentumának (szem. ig. mindkét oldala/vezetői eng./útlevél) másolatát, valamint lakcímének igazolására a lakcímkártya lakcímet tartalmazó oldalának másolatát, vagy mellékelje a DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentumát.

Kelt:  év  hó  nap

**X**

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

**Fontos!** A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján<sup>3</sup> – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. **Kérjük, olvassa el a csatolt tájékoztatót (A-07-K) és aláírásával járuljon hozzá adatainak kezeléséhez!** Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésére vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

<sup>1</sup> Baleset- és vagyonbiztosításoknál nem kötelező kitölteni.

<sup>3</sup> Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 Rendelete

## X. 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 esetekben<sup>4</sup> – 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, lakcímetek igazolására minden esetben csatolja a lakcímkártyája lakcímet tartalmazó oldalának másolatát, vagy a DÁP ügyfelek hiteles adatmegosztással előállított digitális dokumentumát.**

**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](http://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.<sup>5</sup>**

Az azonosítási kötelezettségről további információt a Biztosító [alfa.hu/hirek/altalanos-tajekoztato-a-penzmosas-elleni-torveny-rendelkezeseirol.html](http://alfa.hu/hirek/altalanos-tajekoztato-a-penzmosas-elleni-torveny-rendelkezeseirol.html) oldalán 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 közgazdasági 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](http://alfa.hu) oldalon található. Az adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot az [alfa.hu](http://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 IX. fejezet 2. pontban tett nyilatkozata.

Dokumentum csatolás esetére, a dokumentum benyújtásával, illetve a jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok a személyi igazolványom, 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.**

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

**Iratpótlás:** [alfa.hu/irjonnekunk](http://alfa.hu/irjonnekunk) oldalon válassza a Bejelentett kárral kapcsolatos ügyintézés/Életbiztosítási szolgáltatási igények irat és adatpótlást.

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

Kelt: ,  év  hó  nap

**X**

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

## BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó vezetéknéve:  utóneve:

kódja:  elérhetősége:

Alkusz vagyok: ☐ Igen ☐ Nem

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

Kelt: ,  év  hó  nap

**X**

Tanácsadó aláírása

<sup>4</sup> A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 6.§-a.

<sup>5</sup> A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 12.§ (3) bekezdése.

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Honlap: [alfa.hu](http://alfa.hu)

Szerződés szám:

Ügyfél-azonosító:

\_\_\_\_\_

## BEVEZETŐ

Tájékoztatjuk, hogy a biztosítási szerződések alapján járó szolgáltatás teljesítéséhez, jogi igények érvényesítéséhez különleges adatok megadása szükséges. A kezelni kívánt különleges adatok körét az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) csak a konkrét adatkezelési cél (kárrendezés, jogi igény érvényesítése) ismeretében határozza meg, ezért a jelen tájékoztató és az adatkezelési hozzájárulás csak a konkrét adatkezelési cél ismeretében alkalmazandó az adott igény felmerülésekor érintett adatkörre nézve.

A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésre vonatkozó jogokat az elhunyt örökös(e)i, illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

A Biztosító által kért különleges adatok az alábbi típus köré épülnek, amelyekről az érintett a konkrét adatkezelési cél ismeretében nyilatkozhat:

- egészségügyi adatok.

A konkrét adatokat a Biztosító az ügylethez (kárrendezés, jogi igény) kapcsolódóan jelöli meg.

**FONTOS!** Az adatok megadása alapvetően önkéntes, azonban pl. kárbejelentés elbírálásához a Biztosító előírhat kötelező adatokat. Ha ilyen esetben megtagadja az adatszolgáltatást, akkor a Biztosító nem tud dönteni pl. egy kifizetésről.

Annak érdekében, hogy a hozzájárulásról megalapozottan tudjon dönteni, az alábbi tájékoztatást adjuk.

## AZ ADATKEZELŐ NEVE ÉS ELÉRHETŐSÉGE

**Az adatkezelő:**

Neve: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Elérhetősége: [alfa.hu/irjonnekunk](http://alfa.hu/irjonnekunk)

## AZ ADATVÉDELMI TISZTVISELŐ ELÉRHETŐSÉGE

E-mail címe: [adatvedelem@alfa.hu](mailto:adatvedelem@alfa.hu)

## A KÜLÖNLEGES ADATOK TERVEZETT KEZELÉSÉNEK CÉLJA, VALAMINT AZ ADATKEZELÉS JOGALAPJA

## Az adatkezelés célja

Az adatkezelő a megadott különleges adatokat

- kárrendezés, vagy
- jogi igény érvényesítése

célokra kívánja felhasználni.

## Az adatkezelés jogalapja

- kárrendezéskor az Ön hozzájárulása<sup>1</sup>,
- szolgáltatással összefüggő jogi igény esetében az Ön hozzájárulása<sup>2</sup>, illetve az Adatkezelő jogi igények előterjesztéséhez, védelméhez fűződő érdeke<sup>3</sup>.

A hozzájárulását bármely időpontban, korlátozás nélkül visszavonhatja, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. Döntése előtt azonban vegye figyelembe, hogy az itt megjelölt adatkezelés hiányában a biztosítási szerződés kötése, illetve a szolgáltatás teljesítése nem lehetséges.

## A SZEMÉLYES ADATOK CÍMZETTJEI, ILLETVE A CÍMZETTEK KATEGÓRIÁI

A Biztosító (adatkezelő) a személyes adatokat átadja

- kárrendezéskor a benyújtott kárigény orvos-szakmai értékelése, felmérése érdekében a Biztosítóval szerződésben álló orvos szakértőknek, akikről további információt talál az alfa.hu oldalon.
- jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme esetén a Biztosító, az érintett vagy a bíróság által kirendelt igazságügyi orvos szakértőnek, akinek a személyéről, ha nem Ön a szakvélemény megrendelője, tájékoztatjuk.
- Lehetnek olyan káresemények, amelyek szükségessé teszik a kezelést végző egészségügyi szolgáltató, orvos megkeresését és az esemény Biztosító általi elbírálásához szükséges adatok megismerését. Az ilyen információ beszerzése érdekében, ha Ön hozzájárul, megkeressük a kezelést ellátó egészségügyi intézményt, orvost. A megkeresendő konkrét egészségügyi szolgáltató, orvos kiléte tekintetében az Ön által adott információk iránvadás.

1. Az Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 Rendelete (továbbiakban: R.) 6. cikk (1) bekezdés a) és a R. 9. cikk (2) bekezdés a) pontjai a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 136. § alapján.

2. R. 6. cikk (1) bekezdés a) pontja és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 136. §.

3. R. 6. cikk (1) bekezdés f) pontja.

ADATTOVÁBBÍTÁS HARMADIK ORSZÁGBA VAGY NEMZETKÖZI SZERVEZET RÉSZÉRE

Nem történik adattovábbítás.

A SZEMÉLYES ADATOK TÁROLÁSÁNAK IDŐTARTAMA

Az adatkezelő a fenti adatokat

- ha biztosítási szerződés alapján kárigényt terjeszt elő, függetlenül attól, hogy Ön a biztosítási szerződés szerződője/biztosítottja vagy ezek kedvezményezettje/örököse vagy a szerződő/biztosított által okozott kár károsultja, a kárigénnyel összefüggő különleges adatokat az alapul szolgáló szerződés hatálya alatt, illetve a szerződés-sel, kárigénnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje alatt, a szerződés megszűnését követő 20 évig,
- ha a szerződéssel összefüggésben, jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme válik szükségessé, az igény elbírálása alatt, továbbá az igény alapjául szolgáló esemény-nyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje vagyis, a jogi igény érvényesítésére indult eljárás lezárását követő 5 évig akkor is kezeli az adatokat, ha a megőrzési időből ennél kevesebb lenne hátra.

AZ ÉRINTETT JOGAI

Személyes adataival kapcsolatban bármikor, korlátozás nélkül:

- kérhet tájékoztatást az adatkezelés részleteiről, beleértve a másolat kérését,
- kérhet helyesbítést a pontatlan adatok tekintetében,
- kérhet törlést,
- kérhet kezelés korlátozását, ha az adatkezelést jogellenesnek tartja, de nem kér törlést, vagy az adatpontossági kérelem elbírálásáig, illetve
- tiltakozhat a személyes adatok kezelése ellen, ha az adatok kezelése a Biztosító jogos érdekén alapul, ezen felül
- élhet adathordozhatósághoz való jogával.

A korlátozáshoz való jog alapján az adatokat csak tároljuk, egyéb műveleteket nem végzünk az adatokkal. A korlátozáshoz és a törléshez való jog kapcsán felhívjuk a figyelmét, hogy a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelni, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy kárigény rendezése érdekében elengedhetetlen. Ha Ön egy károkozó személy biztosítási szerződése alapján kéri a Biztosító szolgáltatását, az adatok átadásának megtagadása szintén korláta lehet a helyes tényállás felderítésének, igénye elbírálásának.

Az adathordozhatósághoz való jog keretében kérheti, hogy rendelkezésünkre bocsátott adatait géppel olvasható formátumban adjuk Önnek, annak érdekében, hogy egy másik adatkezelőnek/adatfeldolgozóknak átadja, feltéve, hogy ennek technikai és adatbiztonsági feltételei fennállnak.

Adatkezelésünk ellen panaszt nyújthat be társaságunknál az adatvedelem@alfa.hu elérhetőségen vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál, továbbá bírósághoz fordulhat.

Felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga

A hatóság címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.  
A hatóság levelezési címe: 1363 Budapest, Pf. 9  
A hatóság honlapjának címe: www.naih.hu  
Az egyes jogok részletes tartalmáról az [alfa.hu/adatvedelem/adatbiztonsag.html](http://alfa.hu/adatvedelem/adatbiztonsag.html) linken tájékozódhat.

AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL TÉNYE, PROFILALKOTÁS

A fent megjelölt adatkezelési célokkal összefüggő döntéshozatal során nem alkalmazunk automatizált döntéshozatalt, profilalkotás nem történik.

TOVÁBBI CÉLÚ ADATKEZELÉS

A jelen tájékoztatóban ismertetett célokra rendelkezésünkre bocsátott különleges **adatait a tájékoztatóban megjelölttől eltérő célra nem használjuk.**

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Kérjük, jelen nyilatkozatot csak akkor tegye meg, ha hozzájárul az egészségügyi adatok kezeléséhez.

A Biztosító fenti tájékoztatása alapján jelen nyilatkozatommal **önként** hozzájárulok, hogy a Biztosító a rendelkezésére bocsátott különleges adataimat

- kárrendezés,
- jogi igény érvényesítése

érdekében a tájékoztatóban megjelölt időtartamon át kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy a Biztosító

- az adataimat az adatkezelési cél eléréséhez szükséges orvosszakértői vélemény beszerzése érdekében, a Biztosító a tájékoztatóban jelzett módon nyilvánosságra hozott és a Biztosító által megbízott orvosszakértőnek átadja,
- megkeresse az ellátó egészségügyi szolgáltatót, orvost, hatóságot az általam bejelentett kárigény elbírálásához szükséges egészségügyi adataim és a káreseménnyel összefüggő egyéb adatok beszerzése, és a káreseménnyel összefüggő a jelen tájékoztatóban megjelölt időtartam alatti kezelése érdekében.

Keltezés: ,  év  hó  nap

Biztosított/Jogosult, Biztosított örökösenek

vezetéknév:  utónév:   
Születési ideje:  év  hó  nap Aláírása: