

**Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Online bejelentés: [ugyfelszolgalat.alfa.hu](http://ugyfelszolgalat.alfa.hu) oldalon válassza az Élet-, egészség-, és balesetbiztosítás szolgáltatási igény bejelentés lehetőségét.

Iratpótlás: [alfa.hu/irjonnekunk](http://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](http://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 vezetékneve<sup>1</sup>:  utóneve<sup>1</sup>: 

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

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)<sup>1</sup>: 

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: 

Kelt:  ,  év  hó  nap

**X**

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

<sup>1</sup> 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:

Pénzüntézet 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 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

## 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 esetekben<sup>2</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, lakcímének igazolására minden esetben csatolja a lakcímkártyája lakcímet tartalmazó oldalának másolatát is, 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>3</sup>**

Az azonosítási kötelezettségről további információt a Biztosító [alfa.hu/hirek/altalanos-tajekoztato-a-penzmosas-elleni-torveny-rendelkezeiseirol.html](http://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 közigazgatási 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 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

<sup>2</sup> A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 6.§-a.

<sup>3</sup> A pénzmosás 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 vállallok. A szolgáltatási igényre vonatkozó dokumentumot jelen nyilatkozat aláírásának napján vettem át.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

**X**

Tanácsadó aláírása