

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

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

Honlap: www.alfa.hu

Jelen nyilatkozatban további jogosult adatait, nyilatkozatait adhatja meg. A dokumentum a Haláleseti igénybejelentő része, az azon szereplő adatokkal és tájékoztatással együtt érvényes.

I. SZERZŐDÉS ADATAI

 Szerződésazonosító:
II. 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 Ptk. 2:15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesíti, melyről az illetékes gyámhatóságot is értesíti.

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

III. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE ADATAI ÉS NYILATKOZATAI

 Jogosult/törvényes képviselője vezetéknéve: utóneve:

 Születési vezetéknéve*: utóneve*:

 Anyja születési vezetéknéve*: utóneve*:

 Születési ország: Születési helység:

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

 Állampolgársága*:

 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*: száma*:

 érvényessége*: év hó nap Lakcímkártya száma*:

 Mobiltelefon:

 E-mail cím:
Kérjük kifizetésre vonatkozó nyilatkozatát!

 Kérem a szolgáltatási összeg utalását ☐ az alábbi bankszámlaszámra vagy ☐ a fent megadott lakcímrre.

 Pénztézet neve:

 Számlatulajdonos vezetéknéve: utóneve:

 Swift kód: IBAN/Bankszámla száma: - -

Tájékoztató, hogy amennyiben a szolgáltatási összeg 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.

Tájékoztató, 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



Jogosult/törvényes képviselő aláírása

* Kötelező kitölteni, ha Kockázati életbiztosítással is rendelkezik.

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

1. Ügyfélazonosításhoz kapcsolódó nyilatkozatok

1.1. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozatom, hogy természetes személyként saját magam nevében járok el: ☐ Igen ☐ Nem

1.2. Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő: ☐

1.3. Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el ☐. *(Írja be a lenti felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)*

- a) az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
- b) az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
- c) a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
- d) a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítéltábla és a Kúria tagja,
- e) a számvéviszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvéviszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
- f) a nagykövét, 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,
- g) 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,
- h) 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.

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:

☐ 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 a www.alfa.hu oldalról.

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** alapján – 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, akkor az azonosítás kizárólag személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodáján, illetve biztosításközvetítőjénél 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.***

Az azonosítási kötelezettségről további információt a www.alfa.hu oldalán olvashat.

Az azonosításhoz szükséges adatlap elérhető a <https://www.alfa.hu/hirek/kozlemeny-adatlap-azonositashoz.html> oldalán is.

A honlap lírjon nekünk! felületén lehetőség van az online azonosításra is (<https://www.alfa.hu/irjonnekunk>).

Adóügyi illetőséggel kapcsolatos tudnivalók

Adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot a szolgáltatás kedvezményezettjének kell tennie 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 a biztosító honlapján, a www.alfa.hu oldalon található. Az adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot a www.alfa.hu oldalról is letölthetik.

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 csatolhatja a fenti 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

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

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