

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.  
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800  
Honlap: www.alfa.hu

Jelen nyilatkozat a következő biztosítási szerződések esetén érvényes:

- Alfa Help Baleset- és Egészségbiztosítás (AD-03),
- Alfa Vital (PR-01),
- Alfa Vital Max (PR-02, PR-03),
- Alfa RetróCSÉB (RC-01),
- Alfa Gondviselés (WG-01),
- Alfa Gondoskodás (WG-02).

Érvényes: 2020. április 22-i és az ezt megelőző ajánlatfelvételi dátummal létrejött biztosítási szerződésekre

## SZERZŐDÉS ADATAI

Ügyfélazonosító:  Szerződésszám:

## SZERZŐDŐ ADATAI

Vezetéknév:  utónév:   
 Születési dátum:  év  hó  nap Születési hely:   
 Anyja vezetéknéve:  utóneve:   
 Lakcíme:   
 irányítószám:  helység:   
 út/utca/tér:  házszaám:  emelet:  ajtó:   
 Szerződő email címe:

## BIZTOSÍTOTT ADATAI

Vezetéknév:  utónév:   
 Születési dátum:  év  hó  nap

## TÁRSBIZTOSÍTOTT(AK) ADATAI

Vezetéknév:  utónév:   
 Születési dátum:  év  hó  nap

Vezetéknév:  utónév:   
 Születési dátum:  év  hó  nap

Vezetéknév:  utónév:   
 Születési dátum:  év  hó  nap

Vezetéknév:  utónév:   
 Születési dátum:  év  hó  nap

Vezetéknév:  utónév:   
 Születési dátum:  év  hó  nap

### Fontos tudnivaló az átmeneti díjfizetés szüneteltetéséről és biztosítási összeg csökkentéséről

**Az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentés időszakában a biztosítási szerződésben szereplő biztosítási összegek 0 Ft-ra csökkennek, a Biztosító nem viseli a kockázatot – azaz nem teljesít biztosítási szolgáltatást az ebben az időszakban bekövetkezett biztosítási eseményekre – a jelen nyilatkozaton megjelölt biztosítási szerződések alap- és kiegészítő biztosításai, illetve biztosítási moduljai és csomagjai vonatkozásában.**

Felhívjuk figyelmét, hogy a Biztosító az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentési igény elfogadásával vagy elutasításával kapcsolatos tájékoztatást a jelen nyilatkozaton szereplő, az Ön által a fentiekben megadott email címre fogja megküldeni.

Az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentés igényléséhez szükséges a jelen nyilatkozat hiánytalan kitöltése, annak aláírása és a Biztosító részére történő megküldése. Kérjük, hogy a hiánytalanul kitöltött és aláírt nyilatkozathoz mellékelje személyazonosító okmányának és laccím-kártyájának kizárólag a címet tartalmazó oldaláról készített másolatát is!

Jelen nyilatkozatot és a személyazonosító okmányok másolatát az alábbi lehetőségek közül választva juttassa el a Biztosító részére:

- a [www.alfa.hu/irjonnekunk](http://www.alfa.hu/irjonnekunk) weboldalon kiválasztja a „Meglévő szerződéssel kapcsolatos ügyintézés”-t, majd a „Szerződésmódosítási igény (pl. laccím változás, szerződő váltás, stb.)”-t, végül az „Élet/Baleset szerződés átmeneti díjfizetési szüneteltetés igénylése” lehetőségre kattint. A kitöltött nyilatkozatot a személyes dokumentumainak másolatával együtt csatolja a Fájlfeltöltés segítségével.
- megküldi a tanácsadója részére, aki eljuttatja a Biztosító részére.

Kérjük, hogy a jelen nyilatkozatot lehetőség szerint ne postai úton küldje meg!

Tájékoztatjuk, hogy az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentési igény keretében kezelt személyes adatok adatkezeléséről a <https://www.alfa.hu/dokumentumok/192/adatvedelem/26669/adatvedelmi-tajekoztato-termekekhez.pdf> linken elérhető adatkezelési tájékoztatóban részletes információkat talál.

## SZERZŐDŐ ÉS A BIZTOSÍTOTT(AK) NYILATKOZATA ÉS ALÁÍRÁSA

Mint a fentiekben megjelölt biztosítási szerződés szerződője és biztosítottja(i) kijelentem/kijelentjük, hogy a Biztosító honlapján meghirdetett tájékoztatást és az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentés feltételeit megismertem/megismertük, megértettem/megértettük és kifejezetten elfogadom/elfogadjuk. Az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentés igénylésére irányuló jelen nyilatkozatot ennek ismeretében teszem/teszük.

Éves díjfizetési gyakorisággal rendelkező biztosítási szerződés esetén a díjfizetési gyakoriságot módosítani szükséges. Kérjük, hogy válasszon az alábbiakban felsorolt díjfizetési gyakoriságok közül:

Féléves  Negyedéves  Havi

Kelt.:  ,  év  hó  nap

Szerződő aláírása

Biztosított aláírása

Társbiztosított aláírása

Társbiztosított aláírása

Társbiztosított aláírása

Társbiztosított aláírása

Társbiztosított aláírása

Tekintettel arra, hogy a szerződés kiegészítés közös megegyezéssel jön létre, a jelen nyilatkozat megküldése nélkül az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentési szerződés kiegészítés nem jön létre. Továbbá az átmeneti díjfizetés szüneteltetés és biztosítási összeg csökkentést igénylő nyilatkozatot mind a szerződőnek, mind a biztosítási szerződésben szereplő valamennyi biztosítottnak alá kell írnia.

A biztosítási szerződés átmeneti díjfizetés szüneteltetése és biztosítási összeg csökkentése a jelen nyilatkozat elfogadásának Biztosító általi visszaigazolásával lép életbe. A visszaigazolást a Biztosító az Ön által a fentiekben megadott email címre fogja megküldeni.