JOGOSULT RENDELKEZÉSI NYILATKOZATA

Kézi kitöltés esetén, kérjük nyomtatott nagybetűkkel töltse ki a nyomtatványt!

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

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

Jelen nyilatkozatban további jogosult adatait, nyilatkozatait adhatja meg.

Szerződésszám:

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

Törvényes képviselő vezetékneve: 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 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*: utóneve*:

Anyja születési vezetékneve*: 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:

Kelt.: , év hó nap

X

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

* Baleset- és vagyonbiztosításoknál nem kötelező kitölteni.

Kérjük fordítson!

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:**

Pénzintézet 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 pénzmosási 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.

Kelt.: , év hó nap

X

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

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, örökbefogadó, 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, töltse 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 esetekben** – **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, 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 Biztosító alfa.hu oldalán olvashat.
Az azonosításhoz szükséges adatlap elérhető a Biztosító alfa.hu/hirek/kozlemeny-adatlap-azonositashoz.html oldalán is.
A honlap Írjon nekünk! felületén lehetőség van az online azonosításra is (alfa.hu/irjonnekunk).

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 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 igazolványomon, 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

** 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.

BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó vezetékneve: _____ 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