

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

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

A törvényi előírások szerint kizárólag a biztosítási szerződés szerződőjének, biztosítottjának, károsultjának vagy a szolgáltatás jogosultjának van lehetősége közvetlen ügyintézésre.

Amennyiben Ön mint a biztosítás szerződője más személyt (meghatalmazott) kíván megbízni az ügyintézéssel, kérjük, kitöltve és aláírva küldje vissza ezt a meghatalmazást postai úton a **9401 Sopron, Pf. 22** címre, vagy elektronikusan az **alfa.hu/irjonnekunk** oldalon. Társasházi biztosításnál a közös képviselő, jogi személy szerződő esetében az aláírásra jogosult lehet a meghatalmazó fél. E két esetben a közös képviselői megbízás vagy az aláírási címpéldány másolatát is szükséges csatolni. Köszönjük együttműködését!

Szerződő/Meghatalmazó

Alulírott vezetőkéneve:		utóneve:	
Anyja vezetőkéneve:		utóneve:	
Születési helye:		Születési dátuma:	év hó nap
Lakcíme:		irányítószám:	
út/utca/tér:		házszám:	emelet: ajtó:

Meghatalmazott

Vezetékeve:		utóneve:	
Anyja vezetőkéneve:		utóneve:	
Születési helye:		Születési dátuma:	év hó nap
Lakcíme:		irányítószám:	
út/utca/tér:		házszám:	emelet: ajtó:

Érintett biztosítás szerződésszáma*: * Biztosítási szerződésenként külön meghatalmazás szükséges.

Amennyiben a meghatalmazó nem ad meg szerződésszámot, akkor a meghatalmazás a meghatalmazott eljárásának időpontjában érvényes valamennyi élő szerződésére vonatkozik.

A meghatalmazás visszavonásig érvényes.

Hozzájárulok, hogy a meghatalmazott személy a megadott biztosítással kapcsolatban az alábbi rendelkezésemet figyelembe véve eljárjon.

A meghatalmazás az alábbi esetek közül csak azokra vonatkozik, amelyeket a meghatalmazó megjelöl. *Kérjük, tegyen X-et a megfelelő négyzetekbe!*

A meghatalmazott

jogosult nem jogosult

a szolgáltatásról lemondani	☐	☐
a szolgáltatásra vonatkozóan egyezséget kötni	☐	☐
a nekem járó összeget átvenni	☐	☐
a lakcímet, illetve levelezési címet megváltoztatni	☐	☐
a telefonszámomat és e-mail címet megváltoztatni	☐	☐
a szerződést megszüntetni	☐	☐
adatkezelési hozzájárulást tenni	☐	☐
panaszügyet intézni	☐	☐
adatvédelmi és érintetti joggyakorlással kapcsolatos ügyet intézni	☐	☐
folyszámlás vagy egyedi utalásos díjfizetési módra váltani	☐	☐
díjfizetési gyakoriságot módosítani	☐	☐
indexálást elutasítani	☐	☐
újra érvénybe helyezést kérni	☐	☐

Élet- és nyugdíjbiztosítás esetén a meghatalmazott

	jogosult	nem jogosult
a szerződőt, illetve a biztosítottat módosítani	☐	☐
a kedvezményezett személyét megváltoztatni	☐	☐
a szerződést tartamosítani, a biztosítási időszakot módosítani	☐	☐
részleges és teljes visszavásárlást, illetve ütemezett lejáratú szolgáltatást igényelni	☐	☐
kötvénykölcsönt felvenni	☐	☐
a szerződést díjmentesíteni	☐	☐
a befektetési eszközalapokat módosítani	☐	☐
díjcsökkentést és díjnövelést kérni	☐	☐
szünetelést kérni	☐	☐

Casco és egyéni lakásbiztosítások esetén a meghatalmazott

	jogosult	nem jogosult
nyilatkozattal történő átdolgozást kérni (pl.: kiegészítők felvétele, leadása, stb., kivéve személybiztosítási és kockázati élet kiegészítők módosítása)	☐	☐

Ha nem jelöli meg egyiket sem, úgy tekintjük, hogy arra nem kíván meghatalmazást adni. Erre az esetre a meghatalmazott eljárása csak tájékoztatóra jogosít, intézkedésre nem.

A nyomtatvány aláírásával kijelentem, hogy az alfa.hu/dokumentumok/adatvedelemhez-kapcsolodo-dokumentumok.html weboldalon az „Adatkezelési tájékoztató – meghatalmazott”, és az „Adatkezelési tájékoztató – tanú” tájékoztatókat megismertem.

Kelt:

év hó nap

Meghatalmazó aláírása

Meghatalmazott aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt¹:

Tanú 1

vezetéknev:

utónév:

Lakcíme:

irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Aláírás:

Tanú 2

vezetéknev:

utónév:

Lakcíme:

irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Aláírás:

¹. Amennyiben a meghatalmazó és a meghatalmazott DÁP eAláírással látja el a nyomtatványt, úgy e rész kitöltése nem szükséges.