

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

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

Szerződésszám: Módozat:

I. TERMÉSZETES SZEMÉLY ÜGYFÉL VAGY ELJÁRÓ ADATAI

Családinév: Utónév:

Születési idő: év hó nap Állampolgárság:

Édesanyja születési családjeneve: Édesanyja születési utóneve:

Állandó lakcím: Ország (Külföldi cím esetén kitöltendő): Irányítószám: Helység:

Út/utca/tér: Házszám: Emelet: Ajtó:

Adóügyi illetőségre vonatkozó adatok

Magyarországi adóügyi illetőség: Igen Nem Adóazonosító jel:

Amerikai adóügyi illetőség: Igen Nem Adószám (SSN):

Amerikai adóügyi illetőség (természetes személy főbiztosított neve) Adószám (SSN):

Amerikai adóügyi illetőség (természetes személy társbiztosított neve) Adószám (SSN):

Más, nem amerikai, külföldi adóügyi illetőség: Igen Nem

Adóügyi illetőség szerinti ország	Adóazonosító szám	Kiállító hatóság:
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NYILATKOZATOK, ALÁÍRÁSOK

ÜGYFÉL NYILATKOZATA

Tudomásom van arról, hogy 5 (öt) munkanapon belül köteles vagyok bejelenteni a szolgáltatónak a fenti adatokban, vagy saját adataimban bekövetkező esetleges változásokat és e kötelezettség elmulasztásából eredő kár engem terhel.

Alulírott(ak) tudomásul veszem (szük), hogy a fenti a valósággal és az ezt tanúsító hiteles okmányokkal teljes körűen megegyező adataimat az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. az Amerikai Egyesült Államok és Magyarország közötti adózási illetőség (FATCA) és a Pénzügyi Számlákkal Kapcsolatos Információk Automatikus Cseréjéről Szóló, Illetékes Hatóságok közötti Többoldalú Megállapodás (CRS) teljesítéséhez kezelje.

Ügyfél aláírások:

ÉRTÉKESÍTÉSI PARTNER NYILATKOZATA

Az adatokat rögzítő személy (pl. biztosítás közvetítő) családjeneve:

Az adatokat rögzítő személy (pl. biztosítás közvetítő) utóneve:

Az adatokat rögzítő személy (pl. biztosításközvetítő) aláírása:

Törzsszáma:

Kelt: év hó nap