

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

Informationstelefonnummer: (+36) 1-477-4800
Home Page: www.alfa.hu

(Wenn der/die Versicherte mit dem Versicherungsnehmer gleich ist, ist nur der Teil, der sich auf den/die Versicherten bezieht, auszufüllen.)

Name der geplanten Grundversicherung: Kode des Versicherungsproduktes:

Geplante Dauer: Zusatzversicherungen:

Versicherungssummen:

Für Todesfall		HUF	Spitalgeld		HUF
Für Unfalltod		HUF	Operationskostenversicherung		HUF
Für Unfallinvalidität		HUF	Spitalgeld durch Unfall		HUF
Für kritische Krankheiten		HUF	Operationskostenversicherung durch Unfall		HUF
Für Invaliditätsfälle TB I-II		HUF			

	Versicherungsnehmer*	Versicherte/r*	Begünstigte/r
Name			
Geschlecht			
Geburtsdatum			
Wohnadresse (ständiger Wohnsitz)			
Staatsbürgerschaft			
Passport/Ausweisnummer			
Steueridentifikationsnummer			
Sozialversicherungsnummer			
Arbeitsplatz			
Beruf			
Ist seine (Versicherter) Position mit regelmäßigen Reisen verbunden?:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Seit wann ist er/sie in Ungarn?			
Ziel des Aufenthaltes			
Wie lange bleibt er/sie in Ungarn?			
Hat er/sie eine Niederlassungserlaubnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hat er/sie eine Arbeitserlaubnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hat er/sie eine ständige Aufenthaltserlaubnis in Ungarn?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Unterschriften			

* Beim Eintritt des ausländischen Versicherten in den Vertrag als Versicherungsnehmer – angenommen dass der Vertrag von einem inländischen Versicherungsnehmer abgeschlossen wurde – die Wechsel des Versicherungsnehmers kann nur dann stattfinden, wenn der Versicherte über eine ständig inländische Adresse verfügt. Beim Eintritt eines neuen Versicherungsnehmers ist die Risikoeinschätzung in vollem Umfang erforderlich.

Datum: Jahr Monat Tag

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

Unterschrift des Versicherten:

Fragen zum Akquisiteur:

Verstehen die Kunden Ungarisch? Ja Nein Wenn nicht, wie hat er mit ihnen verhandelt?

Haben die Kunden ein Dokument vorgelegt? Ja Nein Wenn ja, was und in welcher Sprache?

Datum: Jahr Monat Tag

Name, Unterschrift:

Kode:

Meinung des Leiters des Vertriebsweges über das Zustandekommen des Geschäftes.

Datum: Jahr Monat Tag

Name, Unterschrift: