

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

Honlap: www.alfa.hu

A Biztosított neve:  Születési ideje:  év  hó  nap  
A Biztosított címe:

Ezennel beleegyezem, hogy, a(z)  mint szerződő az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.-nél rám Alfa Csoportos Biztosítást kössön.  
Amennyiben munka- vagy biztosítási szerződés alapját képező egyéb jogviszonyom bármely okból megszűnik, vagy a szerződő a biztosítást rám vonatkozóan megszünteti, úgy tudomásul veszem, hogy a biztosítási szerződésbe szerződként nem léphetek be.

Az életbiztosítási szolgáltatás vonatkozásában kedvezményett(ek)ként\* az alábbi személy(eke)t jelölöm meg:

1. Kedvezményezett neve:   
Születési ideje:  év  hó  nap Kedvezményezettség mértéke:  %  
Címe:

2. Kedvezményezett neve:   
Születési ideje:  év  hó  nap Kedvezményezettség mértéke:  %  
Címe:

3. Kedvezményezett neve:   
Születési ideje:  év  hó  nap Kedvezményezettség mértéke:  %  
Címe:

4. Kedvezményezett neve:   
Születési ideje:  év  hó  nap Kedvezményezettség mértéke:  %  
Címe:

Kelt: ,  év  hó  nap

A biztosított aláírása:

\* Amennyiben a biztosított nem jelöl kedvezményezettet, úgy az életbiztosítási szolgáltatás a biztosított örökösét (örököszeit) illeti meg.

**NYILATKOZAT  
a 2014. évi LXXXVIII. törvényben előírt tájékoztatás átvételéről**

Kijelentem, hogy a Szerződő jelen nyilatkozattal egyidejűleg aláírt Alfa Csoportos Biztosításra vonatkozó biztosítotti nyilatkozatom aláírása előtt a rendelkezésemre bocsátotta az alábbi dokumentumokat és így a Szerződőtől minden részletre kiterjedő tájékoztatást megkaptam:

Alfa Csoportos Biztosítások Általános és Speciális Feltételei

Kelt: ,  év  hó  nap

A biztosított aláírása