

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 szerződőként 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:

Kijelentem, hogy:

- a nyilatkozat aláírásakor keresőképes vagyok:  igen  nem,
- a nyilatkozat aláírását megelőző 3 hónapban  napot töltöttem munkámtól távol keresőképtelenséggel járó saját megbetegedésem miatt,
- a nyilatkozat aláírásakor részemre rokkantsági ellátást vagy rehabilitációs járadékot  nem folyósítanak  folyósítanak,
- munkaképességem csökkenésének megállapítására irányuló kérelmemnek elbírálása az illetékes magyar társadalombiztosítási szervnél  nincs folyamatban  folyamatban van.

Tudomásul veszem, hogy az elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál megismerhetem.

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