

**Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**  
Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

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

**I. SZERZŐDÉS ADATAI**

Szerződésazonosító:

Szerződő neve (pl. cég, vállalat):

**II. BIZTOSÍTOTT ADATAI**

Biztosított (elhunyt) vezetékneve:  utóneve:

Születési ország:  Születési helység:

Születési ideje:  év  hó  nap

Állandó lakcíme:  irányítószám:  helység:

út/utca/tér:  házsám:  emelet:  ajtó:

Kapott-e nyugdíjat, rokkantsági nyugdíjat, járadékot?  Igen  Nem Ha igen, mióta?  év  hó  naptól

Milyen okból?

**III. MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS (Kötelező kitölteni, amennyiben az Ön vagy Hozzá tartozójának a Munkáltatója kötött csoportos biztosítást.)**

Munkavállaló vezetékneve:  utóneve:

Anyja vezetékneve:  utóneve:

Születési ideje:  év  hó  nap

Igazoljuk, hogy a fent nevezett munkavállaló:  év  hó  naptól folyamatosan (jelenleg is) munkaviszonyban áll.

Kelt: ,  év  hó  nap

Munkáltató aláírása, ph

**IV. FŐBIZTOSÍTOTT ADATAI (Kötelező kitölteni, amennyiben hozzátartozója kötötte a biztosítást.)**

Vezetékneve:  utóneve:

Anyja vezetékneve:  utóneve:

Születési ideje:  év  hó  nap

**V. BALESETI, MUNKAHELYI BALESETI HALÁL LEÍRÁSA**

Baleset körülményei (mikor, hol, hogyan történt, sérülés leírása):  év  hó  nap

Volt-e hatósági eljárás?  Nem  Igen Eljáró hatóság:

Volt-e véralkohol vizsgálat?  Nem  Igen Vizsgálatot végezte:

**Benyújtandó irat(ok):** Hatósági okirat, végzés/határozat/ítelet, munkahelyi balesetnél jegyzőkönyv, véralkohol vizsgálati jelentés, tevékenység végzéséhez szükséges engedély, sportorvosi engedély, forgalmi engedély, kábitószerek, egyéb pszichoaktív szerek fogyasztására vonatkozó nyilatkozat, lelet, vezetői engedély adatai

**VI. NEM BALESETI HALÁL LEÍRÁSA**

A halál oka:

A halált okozó megbetegedés orvosiilag megállapított kezdete:  év  hó  nap

Amennyiben volt hatósági vizsgálat:

Eljáró hatóság:

**Benyújtandó irat(ok):** Hatósági végzés/határozat/ítelet, haláleset utáni orvosi jelentés

## VII. SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYEK ÉS BENYÚJTANDÓ IRATOK

Kérjük jelölje szolgáltatási igényét! Az igénybejelentőhöz csatolja a jogosult személy-azonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlevél és lakcímkártya) másolatait és az elbíráláshoz szükséges dokumentumokat.

Kérjük, hogy a bejelentőt a csatolt iratokkal az alábbi címre küldje be: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf. 63

Kérem a szolgáltatás teljesítését az alábbi biztosítási eseményre:

Biztosított halála  baleseti okból  
 nem baleseti okból

**Benyújtandó irat:** halotti anyakönyvi kivonat, halottvizsgálati jegyzőkönyv, kedvezményezett jelölés, amennyiben az örökös a kedvezményezett; jogerős hagyaték átadó végzés, öröklési bizonyítvány

## VIII. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATA KISKORÚ, CSELEKVŐKÉPTELEN VAGY KORLÁTOZOTTAN CSELEKVŐKÉPES JOGOSULT ESETÉN

Törvényes képviselő vezetékneve: \_\_\_\_\_ utóneve: \_\_\_\_\_

A Biztosító kiskorú gyermek, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyek javára teljesítendő biztosítási szolgáltatást a Ptk. 2:15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesíti, melyről az illetékes gyámhatóságot is értesíti.

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy törvényes képviselője vagyok az alábbi kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosultnak.

Kijelentem, hogy vagyonkezelői jogosultságom nem korlátozott.

Jogosult vezetékneve: \_\_\_\_\_ utóneve: \_\_\_\_\_

Anyja születési vezetékneve: \_\_\_\_\_ utóneve: \_\_\_\_\_

Születési ország: \_\_\_\_\_ Születési helység: \_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

**X**

Törvényes képviselő aláírása

## További jogosult esetén a Jogosult rendelkezési nyilatkozatát töltse ki!

## IX. KIFIZETÉS FELVÉTELÉRE JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI ÉS NYILATKOZATAI

Jogosult/törvényes képviselő vezetékneve: \_\_\_\_\_ utóneve: \_\_\_\_\_

Születési vezetékneve\*: \_\_\_\_\_ utóneve: \_\_\_\_\_

Anyja születési vezetékneve\*: \_\_\_\_\_ utóneve: \_\_\_\_\_

Születési ország: \_\_\_\_\_ Születési helység: \_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Neme\*:  Férfi  Nő Kedvezményezettség aránya: \_\_\_\_\_ %

Állampolgársága\*: \_\_\_\_\_

További állampolgárságai (Írja be valamennyit)\*: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme/Székhelye: \_\_\_\_\_

irányítószám: \_\_\_\_\_ helység: \_\_\_\_\_

út/utca/tér: \_\_\_\_\_ házszám: \_\_\_\_\_ emelet: \_\_\_\_\_ ajtó: \_\_\_\_\_

Személyazonosító dokumentum (pl. személyi igazolvány, útlevél, személyazonosító igazolvány, kártyás vezetői igazolvány)

típusa\*: \_\_\_\_\_ száma\*: \_\_\_\_\_

érvényessége\*: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap Lakcímkártya száma\*: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

Kérem a szolgáltatási összeg kifizetését  az alábbi bankszámlára vagy  a fent megadott lakcíme:

Pénzintézet neve: \_\_\_\_\_

Számlatulajdonos vezetékneve: \_\_\_\_\_ utóneve: \_\_\_\_\_

Swift kód: \_\_\_\_\_ IBAN/Bankszámla száma: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben a szolgáltatási összeg kifizetését harmadik személy javára kéri, a kifizetésre kizárólag e harmadik személy pénzügyi törvény szerinti azonosítása után kerülhet sor. Lásd a jelen nyilatkozat XI. pontja az „Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók” részt.

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben az Ön személye egyértelműen beazonosítható, de a nyomtatványon megadott bizonyos adatok (jellemzően lakcím és egyéb elérhetőségek) eltérnek a nyilvántartásunkban szereplőktől, a jelen dokumentumon megadott adatok alapján az adatmódosítást elvégezzük nyilvántartásunkban.

Aláírásával Ön nyilatkozik, hogy a nyomtatványon megadott adatai pontosak és hozzájárul, hogy eltérés esetén a jelen nyomtatvány szerint módosítsuk adatait nyilvántartásunkban. Csatolja a személyazonosító dokumentumainak (szem. ig./vezetői eng./útlevél és lakcímkártya) másolatait is!

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

**X**  
Jogosult/törvényes képviselő aláírása

\* Kötelező kitölteni, ha a Biztosított Kockázati életbiztosítással rendelkezik.

1. **Ügyfélazonosításhoz kapcsolódó nyilatkozatok**

1.1. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozatom, hogy természetes személyként saját magam nevében járok el:  Igen  Nem

1.2. Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő:

1.3. Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el . (Írja be a lenti felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)

- a) az államfő, a kormányfő, a miniszter, a miniszterhelyettes, az államtitkár, Magyarországon az államfő, a miniszterelnök, a miniszter és az államtitkár,
- b) az országgyűlési képviselő vagy a hasonló jogalkotó szerv tagja, Magyarországon az országgyűlési képviselő és a nemzetiségi szószóló,
- c) a politikai párt irányító szervének tagja, Magyarországon a politikai párt vezető testületének tagja és tisztségviselője,
- d) a legfelsőbb bíróság, az alkotmánybíróság és olyan magas rangú bírói testület tagja, amelynek a döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, Magyarországon az Alkotmánybíróság, az ítéletábrla és a Kúria tagja,
- e) a számvevőszék és a központi bank igazgatósági tagja, Magyarországon a Állami Számvevőszék elnöke és alelnöke, a Monetáris Tanács és a Pénzügyi Stabilitási Tanács tagja,
- f) a nagykövét, az ügyvivő és a fegyveres erők magas rangú tisztviselője, Magyarországon a rendvédelmi feladatokat ellátó szerv központi szervének vezetője és annak helyettese, valamint a Honvédtudományi Intézet főnöke és a Honvédtudományi Intézet főnökeinek helyettesei,
- g) többségi állami tulajdonú vállalatok igazgatási, irányító vagy felügyelő testületének tagja, Magyarországon a többségi állami tulajdonú vállalkozás ügyvezetője, irányítási vagy felügyeleti jogkörrel rendelkező vezető testületének tagja,
- h) nemzetközi szervezet vezetője, vezetőhelyettese, vezető testületének tagja vagy ezzel egyenértékű feladatot ellátó személy.

Kijelentem, hogy kiemelt közszereplő közeli hozzátartozója vagyok: házastársa, élettársa; vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermeke, továbbá ezek házastársa vagy élettársa; vér szerinti, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülője.

Kijelentem, hogy kiemelt közszereplővel közeli kapcsolatban álló személy vagyok:

- bármely természetes személy, aki a kiemelt közszereplővel közösen ugyanazon jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet tényleges tulajdonosa, vagy vele szoros üzleti kapcsolatban áll,
- bármely természetes személy, aki egyszemélyes tulajdonosa olyan jogi személynek vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetnek, amelyet kiemelt közszereplő javára hoztak létre.

2. **Adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatok** (További információ a bejelentő XI. Tájékoztató/Adóügyi illetőséggel kapcsolatos tudnivalók fejezete.)

Nyilatkozom, hogy adóügyi illetőségem szerinti ország:

<input type="checkbox"/> Magyarország	Adóazonosító jel: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Más, nem amerikai, külföldi ország neve (1): <input type="text"/>		Adószám: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Más, nem amerikai, külföldi ország neve (2): <input type="text"/>		Adószám: <input type="text"/>

Jogi személy adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatát, kérjük, töltsse le a [www.alfa.hu](http://www.alfa.hu) oldalról.

Kelt: ,  év  hó  nap

**X**

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

**Fontos!** A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján\*\* – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. **Kérjük, olvassa el a csatolt tájékoztatót (A-07-K) és aláírásával járuljon hozzá adatainak kezeléséhez!** Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésére vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

XI. TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn, és nem jelenti a biztosítási titok megsértését az adatok átadása a Bit. 138.§.(1)-(8) bekezdésében, valamint a 140.§-143.§-okban meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára való továbbítás.

A biztosító a Bit. 149.§.(1) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján az általa szervezett veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy szerződésben vállalt kötelezettségeinek teljesítése során a szolgáltatásoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából – megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az általa kezelt élet-, baleset- és betegség-biztosítási szerződésekben rögzített adatok részére történő kiadása érdekében. A biztosító ezen adatokat a Bit.-ben meghatározott időtartamon át kezeli. A szerződő/biztosított/ kedvezményezett a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

**Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók**

A Biztosító – törvényben meghatározott esetekben\*\*\* – minden életbiztosítással és/vagy nyugdíjbiztosítással rendelkező ügyfelet köteles azonosítani, melynek keretében az ügyfél köteles megadni adatait, nyilatkozatait és a biztosító rendelkezésre bocsátani azonosító okmányainak másolatát. A személyazonosság igazolására alkalmas dokumentumok: személyazonosító igazolvány, útlevél, valamint kártyaformátumú vezetői engedély. Kérjük, minden esetben csatolja a lakcímkártyája lakcímet tartalmazó oldalának másolatát is.

A kifizetés feltétele a szerződő, a kifizetésre jogosult személy és az esetleges számlatulajdonos azonosítása. A kifizetés érdekében végzett azonosítás történhet a személyazonosító dokumentumok személyes bemutatásával a Biztosító bármely ügyfélszolgálati irodájában, a Biztosító által megbízott biztosításközvetítőnél, vagy önkéntes elhatározás alapján csatolhatja a fenti dokumentumok másolatát az igénybejelentőhöz. Amennyiben a szolgáltatási összeg meghaladja a 4,5 millió Ft összeget, akkor az azonosítás kizárólag személyesen a Biztosító ügyfélszolgálati irodájában, illetve biztosításközvetítőjénél történhet.

Felhívjuk figyelmét arra, hogy ezek hiányában a biztosító köteles megtagadni a kifizetés teljesítését.

Az ügyfél, annak meghatalmazottja, a Biztosítónál eljáró rendelkezésre jogosult, továbbá a Biztosítónál eljáró képviselő köteles a tudomásszerzéstől számított öt munkanapon belül értesíteni a Biztosítót az ügyfél-átvilágítás során megadott adatokban, illetve a tényleges tulajdonos személyét érintően bekövetkezett változásról.\*\*\*\*

Az azonosítási kötelezettségről további információt a biztosító [www.alfa.hu](http://www.alfa.hu) oldalán olvashat.

Az azonosításhoz szükséges adatlap elérhető a Biztosító <https://www.alfa.hu/hirek/kozelemen-y-adatlap-azonositashoz.html> oldalán is.

A honlap írjon nekünk! felületén lehetőség van az online azonosításra is (<https://www.alfa.hu/irjonnekunk>).

**Adóügyi illetőséggel kapcsolatos tudnivalók**

Adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot a szolgáltatás kedvezményezettjének kell tennie az Adó-, és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény, illetve az Adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény 50.§.(2) 28. pontja alapján. További információ a biztosító honlapján, a [www.alfa.hu](http://www.alfa.hu) oldalon található. Az adóügyi illetőségre vonatkozó nyilatkozatot a [www.alfa.hu](http://www.alfa.hu) oldalról is letölthetik.

Dokumentum csatolás esetére, a dokumentum benyújtásával, illetve a jelen nyilatkozatom aláírásával hozzájárulok a személyi igazolványom, illetve lakcímkártyámon rögzített, de a biztosítási szerződésben nem szereplő személyes adataim Biztosító általi kezeléséhez. Az adatkezelés tartama a biztosítási szerződéssel összefüggő adatok kezelésére irányadó adatkezelési időtartam.

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet.

Visszaküldési cím: **Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf. 63**

**A fenti – ügyfél azonosításra és adóügyi illetőségre vonatkozó – tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem.**

Kelt: ,  év  hó  nap

**X**

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

\*\* Európai Parlament és a Tanács 2016. április 27-i (EU) 2016/679 Rendelete

\*\*\* A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 6.§-a.

\*\*\*\* A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 12.§ (3) bekezdése.

**Hatályos: 2023. augusztus 1.**

**Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**

Levelezési cím: 9701 Szombathely, Pf. 63

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800

Honlap: www.alfa.hu

Szerződésszám:

Ügyfél-azonosító:

## BEVEZETŐ

Tájékoztatjuk, hogy a biztosítási szerződések alapján járó szolgáltatás teljesítéséhez, jogi igények érvényesítéséhez különleges adatok megadása szükséges. A kezelni kívánt különleges adatok körét a biztosító csak a konkrét adatkezelési cél (kárrendezés, jogi igény érvényesítése) ismeretében határozza meg, ezért a jelen tájékoztató és az adatkezelési hozzájárulás csak a konkrét adatkezelési cél ismeretében alkalmazandó az adott igény felmerülésekor érintett adatkörre nézve.

A személybiztosítási, haláleseti igények elbírálása – törvényi kötelezettség alapján – csak a különleges adatok (egészségügyi adatok) kezelésére vonatkozó hozzájárulás birtokában történhet. Az elhunyt személyek egészségügyi adatainak kezelésre vonatkozó jogokat az elhunyt örököse(i), illetve a biztosítási szerződésben megnevezett kedvezményezett(ek) gyakorolhatják.

A biztosító által kért különleges adatok az alábbi típus köré épülnek, amelyekről az érintett a konkrét adatkezelési cél ismeretében nyilatkozhat:

- **egészségügyi adatok.**

A konkrét adatokat a biztosító az ügylet (kárrendezés, jogi igény) kapcsolódóan jelöli meg.

**FONTOS!** Az adatok megadása alapvetően önkéntes, azonban pl. kárbejelentés elbírálásához a biztosító előírhat kötelező adatokat. Ha ilyen esetben megtagadja az adatszolgáltatást, akkor a biztosító nem tud dönteni pl. egy kifizetésről.

Annak érdekében, hogy a hozzájárulásról megalapozottan tudjon dönteni, az alábbi tájékoztatót adjuk.

## AZ ADATKEZELŐ NEVE ÉS ELÉRHETŐSÉGE

### Az adatkezelő:

Neve: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Székhelye: 1091 Budapest, Üllői út 1.

Elérhetősége: [www.alfa.hu/irjonnekunk](http://www.alfa.hu/irjonnekunk)

## AZ ADATVÉDELMI TISZTVISELŐ ELÉRHETŐSÉGE

E-mail címe: [adatvedelem@alfa.hu](mailto:adatvedelem@alfa.hu)

## A KÜLÖNLEGES ADATOK TERVEZETT KEZELÉSÉNEK CÉLJA, VALAMINT AZ ADATKEZELÉS JOGALAPJA

### Az adatkezelés célja

Az adatkezelő a megadott különleges adatokat

- kárrendezés, vagy
- jogi igény érvényesítése

célokra kívánja felhasználni.

### Az adatkezelés jogalapja

- kárrendezéskor az Ön hozzájárulása<sup>1</sup>.

A hozzájárulását bármely időpontban, korlátozás nélkül visszavonhatja, amely nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. Döntése előtt azonban vegye figyelembe, hogy az itt megjelölt adatkezelés hiányában a biztosítási szerződés kötése, illetve a szolgáltatás teljesítése nem lehetséges.

- szolgáltatással összefüggő jogi igény esetében az Ön hozzájárulása<sup>2</sup>, illetve az Adatkezelő jogi igények előterjesztéséhez, védelméhez fűződő érdeke<sup>3</sup>.

## A SZEMÉLYES ADATOK CÍMZETTJEI, ILLETVE A CÍMZETTEK KATEGÓRIÁI

A biztosító (adatkezelő) a személyes adatokat átadja

- kárrendezéskor a benyújtott kárigény orvos-szakmai értékelése, felmérése érdekében a biztosítóval szerződésben álló orvos szakértőknek, akikről további információt talál a [www.alfa.hu](http://www.alfa.hu) oldalon.
- jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme esetén a biztosító, az érintett vagy a bíróság által kirendelt igazságügyi orvos szakértőnek, akinek a személyéről, ha nem Ön a szakvélemény megrendelője, tájékoztatjuk.
- lehetnek olyan káresemények, amelyek szükségessé teszik a kezelést végző egészségügyi szolgáltató, orvos megkeresését és az esemény biztosító általi elbírálásához szükséges adatok megismerését. Az ilyen információ beszerzése érdekében, ha Ön hozzájárul, megkeressük a kezelést ellátó egészségügyi intézményt, orvost. A megkeresendő konkrét egészségügyi szolgáltató, orvos kiléte tekintetében az Ön által adott információk irányadók.

## ADATTOVÁBBÍTÁS HARMADIK ORSZÁGBA VAGY NEMZETKÖZI SZERVEZET RÉSZÉRE

Nem történik adattovábbítás.

1. az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE (továbbiakban: R) 6. cikk (1). bekezdés a), a R. 9. cikk (2) bekezdés a) pontjai  
2. a R. 6. cikk (1). bekezdés a) és a Biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 136.§  
3. R. 9. cikk (2). bekezdés f) pontja

## A SZEMÉLYES ADATOK TÁROLÁSÁNAK IDŐTARTAMA

Az adatkezelő a fenti adatokat

- ha biztosítási szerződés alapján kárigényt terjeszt elő, függetlenül attól, hogy Ön a biztosítási szerződés szerződője/biztosítottja vagy ezek kedvezményezettje/örököse vagy a szerződő/biztosított által okozott kár károsultja, a kárigénnyel összefüggő különleges adatokat az alapul szolgáló szerződés hatálya alatt, illetve a szerződés-sel, kárigénnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje alatt, a szerződés megszűnését követő 20 évig,
- ha a szerződéssel összefüggésben, jogi igény előterjesztése, érvényesítése, védelme válik szükségessé, az igény elbírálása alatt, továbbá az igény alapjául szolgáló eseménnyel összefüggő esetleges polgári jogi és/vagy büntetőjogi igény érvényesíthetőségének ideje vagyis, a jogi igény érvényesítésére indult eljárás lezárását követő 5 évig akkor is kezeli az adatokat, ha a megőrzési időből ennél kevesebb lenne hátra.

## AZ ÉRINTETT JOGAI

Személyes adataival kapcsolatban bármikor, korlátozás nélkül:

- kérhet tájékoztatást az adatkezelés részleteiről, beleértve a másolat kérését,
- kérhet helyesbítést a pontatlan adatok tekintetében,
- kérhet törlést,
- kérhet kezelés korlátozását, ha az adatkezelést jogellenesnek tartja, de nem kér törlést, vagy az adatpontossági kérelem elbírálásáig, illetve
- tiltakothat a személyes adatok kezelése ellen, ha az adatok kezelése a Biztosító jogos érdekén alapul, ezen felül
- élhet adathordozhatósághoz való jogával.

A korlátozáshoz való jog alapján az adatokat csak tároljuk, egyéb műveleteket nem végzünk az adatokkal. A korlátozáshoz és a törléshez való jog kapcsán felhívjuk a figyelmét, hogy a biztosítási szerződés keretében olyan adatokat kell kezelniük, amelyek kezelése a szerződés megkötése egy kárigény rendezése érdekében elengedhetetlen. Ha Ön egy károskozó személy biztosítási szerződése alapján kéri a biztosító szolgáltatását, az adatok átadásának megtagadása szintén korlátozhatja a helyes tényállás felderítésének, igénye elbírálásának.

Az adathordozhatósághoz való jog keretében kérheti, hogy rendelkezésünkre bocsáttott adatait géppel olvasható formátumban átadjuk Önnek, annak érdekében, hogy egy másik adatkezelőnek/adatfeldolgozóknak átadja, feltéve, hogy ennek technikai és adatbiztonsági feltételei fennállnak.

Adatkezelésünk ellen panaszt nyújthat be társaságunknál az adatvedelem@alfa.hu elérhetőségen vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál, továbbá bírósághoz fordulhat.

### Felügyeleti hatósághoz címzett panasz benyújtásának joga

A hatóság címe: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.

A hatóság levelezési címe: 1363 Budapest, Pf. 9

A hatóság honlapjának címe: www.naih.hu

Az egyes jogok részletes tartalmáról a <https://www.alfa.hu/adatvedelem/adatbiztonsag.html> linken tájékozódhat.

## AUTOMATIZÁLT DÖNTÉSHOZATAL TÉNYE, PROFILALKOTÁS

A fent megjelölt adatkezelési célokkal összefüggő döntéshozatal során nem alkalmazunk automatizált döntéshozatalt, profilalkotás nem történik.

## TOVÁBBI CÉLÚ ADATKEZELÉS

A jelen tájékoztatóban ismertetett célokra rendelkezésünkre bocsáttott különleges adatait, a tájékoztatóban megjelöltől eltérő célra nem használjuk.

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Kérjük, jelen nyilatkozatot csak akkor írja alá, ha hozzájárul az egészségügyi adatok kezeléséhez.

A biztosító fenti tájékoztatása alapján jelen nyilatkozat aláírásával **önként** hozzájárulok, hogy a Biztosító a rendelkezésére bocsáttott különleges adataimat

- kárrendezés,
- jogi igény érvényesítése

érdekében a tájékoztatóban megjelölt időtartamon át kezelje.

Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító

- az adataimat az adatkezelési cél eléréséhez szükséges orvosszakértői vélemény beszerzése érdekében, a biztosító a tájékoztatóban jelzett módon nyilvánosságra hozott és a biztosító által megbízott orvosszakértőnek átadja,
- megkeresse az ellátó egészségügyi szolgáltatót, orvost, hatóságot az általam bejelentett kárigény elbírálásához szükséges egészségügyi adataim és a káreseménnyel összefüggő egyéb adatok beszerzése, és a káreseménnyel összefüggő a jelen tájékoztatóban megjelölt időtartam alatti kezelése érdekében.

Kelt:  ,  év  hó  nap

### Biztosított/Jogosult, Biztosított örökösenek

vezetéknév:  utóneve:

Születési ideje:  év  hó  nap Aláírása: