

Jelen nyilatkozatban további jogosult adatait, nyilatkozatait adhatja meg. A dokumentum a Haláleseti igénybejelentő, illetve a Lejárati rendelkezési nyilatkozat része, az azon szereplő adatokkal és tájékoztatással együtt érvényes.

 Szerződésazonosító:
I. TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATKOZATA, KISKORÚ CSELEKVŐKÉPTLEN VAGY KORLÁTOZOTTAN CSELEKVŐKÉPES JOGOSULT ESETÉN

Törvényes képviselő vezetékneve: utóneve:
 Kiskorú gyermek, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyek javára teljesítendő biztosítási szolgáltatást a Ptk. 2.15.§-a értelmében a törvényes képviselő részére teljesíthetjük. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy törvényes képviselője vagyok az alábbi kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes jogosultnak:

Jogosult vezetékneve: utóneve:
 Anyja születési vezetékneve: utóneve:
 Születési ország: Születési helység:
 Születési ideje: év hó nap

II. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE ADATAI ÉS NYILATKOZATAI

Jogosult/törvényes képviselője vezetékneve: utóneve:
 Születési vezetékneve*: utóneve*:
 Anyja születési vezetékneve*: utóneve*:
 Születési ország: Születési helység:
 Születési ideje: év hó nap Neme*: Férfi Nő Kedvezményezettség aránya: %
 Állandó lakcíme/Székhelye:
 Irányítószám: helység:
 út/utca/tér: hászám: emelet: ajtó:
 Adóazonosító jele*: Adószáma (cég esetén)*: Állampolgársága*:
 Személyazonosító dokumentum (pl. személyi igazolvány, útleveél, személyazonosító igazolvány, kártyás vezetői igazolvány)
 típusa*: száma*:
 érvényessége*: év hó nap Lakcímkártya száma*:
 Mobiltelefon:
 E-mail cím:

Kérjük kifizetésre vonatkozó nyilatkozatát! Rendelkezhet az Önt megillető szolgáltatási összeg egy részének vagy teljes egészének a felhasználásáról meglévő vagy újonnan kötött biztosítási szerződés díjaként. Ez esetben az átkönyvelésre vonatkozó adatokat a 2. pontban, a fennmaradó összeg kifizetésére vonatkozó adatokat az 1. pontban adja meg.

1. Kérem a **szolgáltatási összeg utalását az alábbi bankszámlaszámra:**

Pénzintézet neve:
 Számlatulajdonos vezetékneve: utóneve:
 Swift kód: IBAN/Bankszámla száma: - -

Tájékoztatom, 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 IV. pontja az „Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók” részt.

2. Átkönyvelés adatai: a szolgáltatási összeg %-a vagy forint euró dollár

Meglévő szerződés azonosítója vagy ajánlatszám:
 Meglévő szerződés vagy ajánlat szerződőjének neve:

(Új kötés esetén kérjük, csatolja az ajánlat 1. oldalának másolatát.) Átkönyvelendő díj típusa: folyamatos egyszeri rendkívüli

Ha bármilyen okból nem történik meg az átkönyvelés (pl. nem jön létre az új szerződés), akkor az átkönyvelni kívánt összeget is kifizetjük Önnek. Amennyiben nem rendelkezik a kifizetésről, felvesszük Önnel a kapcsolatot.

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

* Baleset- és vagyonbiztosításoknál nem kötelező kitölteni.

III. JOGOSULT/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE NYILATKOZATAI ÉLET- ÉS NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSHOZ

1. A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 7. számú melléklete alapján az adóköteles biztosítói kifizetéshez kapcsolódó adóügyi illetőség megállapítása érdekében, mint kifizetésre jogosult, **büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az adóügyi illetőségem szerinti ország**
(Az ország megnevezése kötelező!). Külföldi adóügyi illetőségemre tekintettel jelen nyilatkozatommal együtt a Biztosító, mint a kifizetéssel kapcsolatban adó-, adóelőleg levonására kötelezett kifizető **rendelkezéseire bocsátom** az adóügyi illetőségem szerinti külföldi adóhatóság által kiállított, **az illetőséget igazoló angol nyelvű okiratot, és annak magyar nyelvű szakfordítását.** Az illetőséget abban az esetben is igazolni kell évente az első kifizetés alkalmával, ha a korábbihoz képest nem volt változás!

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

3. Kijelentem, hogy nem vagyok kiemelt közszereplő:

4. Kijelentem, hogy kiemelt közszereplőként az alábbi fontos közfeladatot látom/láttam el (írja be a Haláleseti igénybejelentő, illetve a Lejárati rendelkezési nyilatkozat 1. oldal II/3. pontjában lévő felsorolásból a megfelelő kategória betűjelét!)

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.

IV. 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/kezdvezményezett a biztosító által megkeresés útján megszerzett és kezelt Bit. szerinti adatokról tájékoztatást kérhet.

Ügyfél azonosításával kapcsolatos tudnivalók

A biztosító – törvényi kötelezettség** alapján – minden életbiztosítással és vagy nyugdíjbiztosítással rendelkező ügyfelet köteles ismételtelen 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.**

Tudomásul veszem, hogy 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 irodáján, 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.aegon.hu oldalán olvashat.

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

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

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: **Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt., 9701 Szombathely, Pf. 63.**

Kelt: , év hó nap

Jogosult/törvényes képviselő aláírása

** A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény 79. §-a.

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

BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

Tanácsadó vezetékneve: utóneve:

kódja: elérhetősége:

Az ügyfél személyes azonosításáért felelősséget vállalok.

Kelt: , év hó nap

Tanácsadó aláírása