WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO
z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

UWAGA: Formularz należy wypełnić drukowanymi literami, wpisując tylko jeden znak w każde pole. Instrukcja wypełniania znajduje się na odwrocie formularza.

DANE UBEZPIECZONEGO

1. IMIĘ

2. NAZWISKO

3. DATA URODZENIA

4. PESEL

5. NUMER POLISY

DANE IDENTYFIKUJĄCE OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

6. IMIĘ

7. NAZWISKO

8. DATA URODZENIA

9. PESEL

10. NUMER I NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI*

* Wypełnić w przypadku cudzoziemców

11. NAZWA FIRMY

12. REGON

ADRES ZAMELDOWANIA / ADRES SIEDZIBY FIRMY, NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO / NUMER FAKSU

13. ULICA / NR DOMU / NR LOKALU

14. KOD POCZTOWY

15. MIEJSCOWOŚĆ

16. TELEFON KONTAKTOWY / NUMER FAKSU

ADRES KORESPONDENCYJNY (Wypełnić tylko w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres zameldowania / adres siedziby firmy)

17. ULICA / NR DOMU / NR LOKALU

18. KOD POCZTOWY

19. MIEJSCOWOŚĆ

20. UPRAWNIONY JEST: UBEZPIECZONYM ☐ UPOSAŻONYM ☐ INNE ☐ _____

21. OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO (W przypadku zgonu Ubezpieczonego proszę podać przyczynę śmierci. Jeżeli jednocześnie toczy się postępowanie w sprawie zdarzenia proszę podać nazwę i adres prokuratury/jednostki policji prowadzącej postępowanie)

22. CZY UBEZPIECZONY BYŁ LECZONY? (Proszę podać daty, nazwy i adresy zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych, dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, opisać choroby na które cierpiał Ubezpieczony)

UNI-FWS-0610

23. WNIOSKUJĘ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO Z TYTUŁU:

a) UMOWY PODSTAWOWEJ

☐	Śmierci Ubezpieczonego	
☐	Śmierci Ubezpieczonego Spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem	
☐	Dożycia przez Ubezpieczonego końca Okresu Ubezpieczenia	Dotyczy Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie AEGON Bezpieczni Bliscy i Ja.
☐	Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego	Dotyczy Umów Ubezpieczenia o nazwie Program Inwestycyjny Nationwide, Program Inwestycyjny Nationwide Lokata, Program Inwestycyjny Nationwide – Junior, Program Inwestycyjny Natonwide – Konto, Program Inwestycyjny Multi-Inwestor, Program Inwestycyjny Multi-Inwestor Lokata, Program Inwestycyjny KBS, Program Inwestycyjny KBS Lokata, Program Inwestycyjny Perfect Inwestycja, Program Inwestycyjny Perfect Inwestycja Lokata, Program Inwestycyjny Biała Lista.
☐	Inwalidztwa Ubezpieczonego	

b) UMOWY DODATKOWEJ

Terminowa

☐	Umowy Dodatkowej Terminowe Ubezpieczenie na Życie
☐	Umowy Dodatkowej Terminowe Ubezpieczenie Na Życie – Ochrona Inwestycji

Poważne Zachorowanie/ Świadczenie Szpitalne

☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego
☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego - Junior
☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Świadczenia Szpitalnego

Inne (zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem)

☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego W Szpitalu Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem
☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Całkowitej i Trwałej Niezdolności Do Pracy Spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem
☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem
☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem
☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Śmierci Spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem
☐	Umowy Dodatkowej Na Wypadek Śmierci, Całkowitego lub Częściowego Trwałego Inwalidztwa, Spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem
☐	Promocyjnej Umowy Dodatkowej Na Wypadek Śmierci, Całkowitego lub Częściowego Trwałego Inwalidztwa, Spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem

24. WALUTA, W KTÓREJ BĘDZIE WYPŁACONE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE (Dotyczy tylko Umowy Ubezpieczenia o nazwie PIN AEGON Frank)

☐	ZŁOTÓWKI (ZŁ)	W przypadku wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w złotówkach proszę w polu 25 podać nazwę banku / oddziału oraz numer złotówkowego rachunku bankowego.
☐	FRANKI SZWAJCARSKIE (CHF)	W przypadku wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego we frankach szwajcarskich proszę w polu 26 podać nazwę banku / oddziału, kod SWIFT oraz numer walutowego rachunku bankowego

25. PRZYZNANE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE PROSZĘ PRZEKAZAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:

NAZWA BANKU/ODDZIAŁ

_____

ID KRAJU ☐☐ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ KOD SWIFT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

26. ZAŁĄCZNIKI

a) _____

b) _____

c) _____

d)

27. OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

1) oświadczam, że wszelkie informacje podane we Wniosku o Wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego (zwanym dalej Wnioskiem) oraz w innych dokumentach dołączonych do Wniosku są pełne i prawdziwe;
2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we Wniosku przez AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółkę Akcyjną z siedzibą w Warszawie, ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, w celu realizacji procesu wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego;
3) jestem świadomy(a), że podanie moich danych osobowych we Wniosku jest dobrowolne, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

28. DATA (dd-mm-rrrr) **29.** MIEJSCOWOŚĆ **30.** PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

\- \- _____ _____

Instrukcja wypełniania Wniosku o Wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego

1) Wniosek powinien być wypełniony kolorem czarnym lub granatowym, czytelnie, drukowanymi literami. Każda litera i znak muszą być wpisane do oddzielnych kratek.
2) Błędne informacje na formularzu powinno się przekreślać jedną ciągłą linią wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być poświadczone podpisem Ubezpieczającego, zgodnym z podpisem wzorcowym lub podpisem osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, złożonym obok dokonanej poprawki.
3) Wyrazy kilkuczłonowe (np. nazwisko) powinna oddzielać jedna kratka pusta lub zawierająca znak „-".
4) Datę należy wpisać w formacie: dzień, miesiąc, pełny rok.
5) Numery telefonów oraz faksów powinny być poprzedzone numerem kierunkowym oddzielonym jedną pustą kratką.
6) Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio wypełnić znakiem „x" lub pozostawić puste.

AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
z siedzibą w Warszawie, ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa
www.aegon.pl, info@aegon.pl, infolinia: 801 300 900

Nr KRS 12318, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 527-22-79-881,
kapitał zakładowy 333.000.000 zł. opłacony w całości.

adres korespondencyjny:
AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Centrum Operacyjne, ul. Katowicka 47, 41-500 Chorzów