

Instrukcja wypełniania Wniosku o Wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego (dalej Wniosek)

- 1) Formularz 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 powinny się przekreślać jedną ciągłą linią wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być poświadczone podpisem złożonym przez osobę składającą formularz obok dokonanej poprawki.

Informujemy, że administratorem danych osobowych podanych we Wniosku i dokumentach dołączonych do Wniosku jest Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162 A. Zebrane dane będą przetwarzane w celu realizacji procesu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego oraz w celach archiwalnych. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do rozpatrzenia Wniosku i realizacji wypłaty.

DANE UBEZPIECZONEGO

1. Imię	2. Nazwisko	
.....	
3. Data urodzenia	4. PESEL	5. Numer Polisy/Certyfikatu Ubezpieczenia
.. - .. -

DANE IDENTYFIKUJĄCE OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

6. Imię	7. Nazwisko	
.....	
8. Data urodzenia	9. PESEL	10. Seria i numer dokumentu tożsamości*
.. - .. -
11. Obywatelstwo	
12. Nazwa firmy**	
13. REGON**	14. NIP**
.....	... - ... - ... - ...	

* Wypełnić w przypadku cudzoziemców
** Wypełnić, gdy uprawnionym do wypłaty świadczenia jest osoba prawna lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej

ADRES KORESPONDENCYJNY I NUMER TELEFONU OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

15. Ulica	16. Numer domu	17. Numer lokalu
.....
18. Kod pocztowy	19. Miejscowość	20. Telefon kontaktowy
.. -
21. E-mail	

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

22. Ulica	23. Numer domu	24. Numer lokalu
.....
25. Kod pocztowy	26. Miejscowość	27. Kraj
.. -

28. Uprawniony jest:

UBEZPIECZONYM UPOSAŻONYM INNE

29. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu choroby

Okres pobytu w szpitalu:

od - - do - -

Okres pobytu na OIOM:

od - - do - -

Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy

Data powstania niezdolności do pracy: - -

Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy – przejęcie opłacania składek

Operacja Medyczna Ubezpieczonego

Data przeprowadzenia operacji: - -

Zakres operacji:

Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego

Data zdiagnozowania poważnego zachorowania: - -

Nazwa jednostki chorobowej

Inwalidztwo Ubezpieczonego

Data powstania inwalidztwa: - -

Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Udaru mózgu lub Zawału serca

Data zdiagnozowania Udaru mózgu lub Zawału serca: - -

Nazwa jednostki chorobowej

Odbycie cyklu Chemioterapii lub Radioterapii

Data odbycia cyklu Chemioterapii lub Radioterapii: - -

30. HISTORIA LECZENIA

Proszę podać daty, nazwy i adresy podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu.

.....
.....
.....

31. PRYZNANE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE PROSZĘ PRZEKAZAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:

Przyjmuję do wiadomości, że jeśli wskazany przeze mnie rachunek bankowy prowadzony jest w walucie innej niż ta, w której jest nominowana kwota świadczenia ubezpieczeniowego, przewalutowanie wypłaconej kwoty będzie dokonane na warunkach określonych przez bank prowadzący poniższy rachunek bankowy.

32. **Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego** (pole obowiązkowe)

33. **Numer rachunku bankowego**

34. **KOD SWIFT***

35. **KOD KRAJU***

*Pola obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej w walucie obcej.

W przypadku, gdy Uprawniony **NIE** jest właścicielem podanego rachunku bankowego proszę obowiązkowo wypełnić pole 36.

36. **Adres zamieszkania właściciela rachunku bankowego**

Oświadczam, iż uzyskałem(am) zgodę właściciela rachunku bankowego na przekazanie jego danych osobowych, w zakresie obejmującym imię, nazwisko, adres i numer rachunku bankowego Aegon Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskich 162 A, w celu zrealizowania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Oświadczam także, iż osoba ta została poinformowana o przysługującym jej prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

37. ZAŁĄCZNIKI

Kopia ważnego dokumentu tożsamości osoby składającej Wniosek

Dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego

Inne:

.....

38. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OSÓB ZAJMUJĄCYCH EKSPONOWANE STANOWISKA POLITYCZNE (PEP), CZŁONKÓW RODZINY PEP ORAZ OSÓB BLISKO WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z PEP (Podanie poniższych informacji jest obligatoryjne)

Czy uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego:

1. **Nie jest** **Jest** osobą zajmującą eksponowane stanowiska polityczne (PEP)* w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.

Jeśli „**Jest**”, prosimy podać zajmowane eksponowane stanowiska polityczne w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu:

* Zgodnie z ustawą z dn. 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przez PEP rozumie się, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej.

2. **Nie jest** **Jest** członkiem rodziny PEP

Jeśli „**Jest**”, prosimy podać stanowisko PEP, który jest członkiem rodziny uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.

Za członków rodziny PEP rozumie się:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

3. **Nie jest** **Jest** osobą blisko współpracującą z PEP

Jeśli „**Jest**”, prosimy podać stanowisko PEP, z którym uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego blisko współpracuje w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.

Za osoby znane jako bliscy współpracownicy PEP rozumie się:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

4. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

39. Data (dd-mm-rrrr)

40. Miejscowość

41. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

42. Podpis osoby składającej Wniosek

00-00-0000

43. OŚWIADCZENIA OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

- Oświadczam, że wszelkie informacje podane we Wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego oraz w innych dokumentach dołączonych do Wniosku są pełne i prawdziwe.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we Wniosku oraz dokumentach dołączonych do Wniosku przez Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w celu realizacji procesu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

44. Data (dd-mm-rrrr)

45. Miejscowość

46. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

47. Podpis osoby składającej Wniosek

00-00-0000

48. DODATKOWE I DOBROWOLNE OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. informacji dotyczących niniejszego Wniosku, w szczególności dotyczących jego zarejestrowania i konieczności uzupełnienia dokumentów, za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie, w punkcie 21 powyżej, adres email.

49. Data (dd-mm-rrrr)

50. Podpis osoby składającej Wniosek

00-00-0000

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162 A (dalej jako: Aegon TU na Życie S.A.). Kontakt z administratorem możliwy jest pod nr telefonu: 801 300 900 oraz +48 22 592 10 00 lub e-mail: kontakt@aegon.pl. Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych możliwy jest za pomocą e-mail: (IODO@aegon.pl). Zebrane dane będą przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, marketingu bezpośredniego produktów i usług oferowanych przez Aegon TU na Życie S.A., wypełniania obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS, a także w celu dochodzenia roszczeń, udostępniania danych innym podmiotom z grupy kapitałowej Aegon, przeciwdziałaniu przestępstw ubezpieczeniowym oraz reasekuracji ryzyk. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych może być zawarta umowa, prawnie uzasadniony interes administratora, obowiązek prawny ciążyący na administratorze czy udzielona przez Panią/Pana zgoda. Pani/Pana dane mogą być udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w tym reasekuratorom, przy czym za Pani/Pana dodatkową zgodą zebrane dane osobowe (za wyjątkiem informacji o stanie zdrowia i nałogach) będą mogły zostać udostępnione także podmiotom należącym do grupy kapitałowej Aegon, działającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, oraz ich przenoszenia a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia Wniosku. Pełny obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej www.aegon.pl
