



**30. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

- Śmierć Ubezpieczonego/Oszczędzającego/Ubezpieczonego Dziecka
- Śmierć Ubezpieczonego/Oszczędzającego spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem
- Dożycie końca Okresu Ubezpieczenia

Data zgonu: 00 - 00 - 0000

Przyczyna zgonu:.....

**31. PRZYCZYNA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO/OSZCZĘDZAJĄCEGO**

Jeżeli toczy się postępowanie w sprawie zdarzenia, proszę podać nazwę i adres prokuratury / jednostki policji prowadzącej postępowanie.

**32. CZY UBEZPIECZONY/OSZCZĘDZAJĄCY BYŁ LECZONY?**

Proszę podać daty, nazwy i adresy podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych, dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, opisać choroby na które cierpiał Ubezpieczony/Oszczędzający.

**33. PRYZNANE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE PROSZĘ PRZEKAZAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:**

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

**34. Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego**

.....

**35. Numer rachunku bankowego**

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000

**36. KOD SWIFT\***

.....

**37. KOD KRAJU\***

00

\*Pola obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej w walucie obcej.

W przypadku, gdy Uprawniony **NIE** jest właścicielem podanego rachunku bankowego proszę obowiązkowo wypełnić pole 38.

**38. 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.

### 39. RODZAJ DYSPOZYCJI WYPŁATY/ WYPŁATY TRANSFEROWEJ Z RACHUNKU IKE / IKZE

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rachunek IKE  | <input type="checkbox"/> WYPŁATA TRANSFEROWA   |
| <input type="checkbox"/> Rachunek IKZE | <input type="checkbox"/> WYPŁATA W FORMIE JEDNORAZOWEJ   |
|  | <input type="checkbox"/> WYPŁATA W RATACH <input type="text" value="000"/> (nie więcej niż 120)                              |
|  | <input type="checkbox"/> ZWROT Z RACHUNKU IKE/IKZE<br>(należy wypełnić w przypadku dożycia końca okresu umowy ubezpieczenia) |

40. Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową z **Rachunku IKE** (pole obowiązkowe w przypadku wyboru WYPŁATY TRANSFEROWEJ)

Warunkiem realizacji wypłaty transferowej jest dostarczenie do Aegon Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. potwierdzenia zawarcia umowy IKE z inną instytucją finansową.

41. Numer rachunku bankowego instytucji wskazanej w punkcie 40.

42. Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową z **Rachunku IKZE** (pole obowiązkowe w przypadku wyboru WYPŁATY TRANSFEROWEJ)

Warunkiem realizacji wypłaty transferowej jest dostarczenie do Aegon Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. potwierdzenia zawarcia umowy IKZE z inną instytucją finansową.

43. Numer rachunku bankowego instytucji wskazanej w punkcie 42.

#### W przypadku wypłaty w formie jednorazowej / wypłaty w ratach / zwrotu z rachunku IKE wypełnij pola 44-48

44. Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

45. Numer rachunku bankowego

46. KOD SWIFT\*

47. 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 48.

48. Adres zamieszkania właściciela rachunku bankowego

#### W przypadku wypłaty w formie jednorazowej / wypłaty w ratach / zwrotu z rachunku IKZE wypełnij pola 49-53

49. Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

50. Numer rachunku bankowego

51. KOD SWIFT\*

52. 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 53.

53. 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.



## 60. OŚWIADCZENIA OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

- 1) Oświadczam, że wszelkie informacje podane we Wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego oraz w innych dokumentach dołączonych do Wniosku są pełne i prawdziwe.
- 2) 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.

61. Data (dd-mm-rrrr)

00-00-0000

62. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

63. Podpis osoby składającej Wniosek

## 64. 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 adres email.

65. Data (dd-mm-rrrr)

00-00-0000

66. Podpis osoby składającej Wniosek

## 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 przestępstwom 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](http://www.aegon.pl)