



### 29. 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: .....

### 30. PRZYCZYNA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO / OSZCZĘDZAJĄCEGO

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

### 31. 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.

### 32. 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.

#### 33. Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

.....

#### 34. Numer rachunku bankowego

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000

#### 35. KOD SWIFT\*

.....

#### 36. 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 37.

#### 37. 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.

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

- Rachunek IKE
- Rachunek IKZE
- WYPŁATA TRANSFEROWA
- WYPŁATA W FORMIE JEDNORAZOWEJ
- WYPŁATA W RATACH 000 (nie więcej niż 120)
- ZWROT Z RACHUNKU IKE/IKZE

(należy wypełnić w przypadku dożycia końca okresu umowy ubezpieczenia)

#### 39. 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.

#### 40. Numer rachunku bankowego instytucji wskazanej w punkcie 39.

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000

41. 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.

42. Numer rachunku bankowego instytucji wskazanej w punkcie 41.

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000

43. Numer rachunku bankowego w przypadku wypłaty w formie jednorazowej / wypłaty w ratach / zwrotu z rachunku IKE/IKZE

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000

W przypadku, gdy Uprawniony NIE jest właścicielem podanego rachunku bankowego proszę obowiązkowo wypełnić pole 44.

44. 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.

45. Dane naczelnika urzędu skarbowego właściwego dla osoby uprawnionej w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych

Dotyczy dyspozycji zwrotu oraz całościowego zwrotu z rachunku IKE oraz IKZE, a także wypłat z rachunku IKZE.

#### 46. ZAŁĄCZNIKI

Odpis skrócony aktu zgonu

Karta statystyczna do karty zgonu / dokument z przyczyną zgonu

Inne:

Kopia ważnego dokumentu tożsamości osoby składającej Wniosek

Dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego

#### 47. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OSÓB ZAJMUJĄCYCH EKSPONOWANE STANOWISKA POLITYCZNE (PEP), CZŁONKÓW RODZINY PEP ORAZ OSÓB BLIŚKO WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z PEP (Podanie poniższych informacji jest obowiązkowe)

Czy uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego:

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

Jeśli „**Jest**”, prosimy podać zajmowane ekspozowane 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:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) 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,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnich i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- j) 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:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej ekspozowane 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.

48. Data (dd-mm-rrrr)

49. Miejscowość

50. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

51. Podpis osoby składającej Wniosek

00-00-0000

## 52. 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.

53. Data (dd-mm-rrrr)

54. Miejscowość

55. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

56. Podpis osoby składającej Wniosek

00-00-0000

## 57. 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.

58. Data (dd-mm-rrrr)

59. 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 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)