

UWAGA: Formularz należy wypełnić dużymi literami, wpisując tylko jeden znak w jedno pole. Instrukcja wypełniania znajduje się na końcu formularza.

DANE IDENTYFIKUJĄCE KLIENTA

1. Imię	2. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. PESEL	4. Nr Polisy / Certyfikatu Ubezpieczenia	5. Telefon kontaktowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Rodzaj dokumentu tożsamości	7. Seria i nr dokumentu tożsamości	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

PROSZĘ WYBRAĆ SUBKONTO (nie dotyczy produktów z jednym Subkontem)

8. Subkonto Składek Regularnych / Inwestycyjnych	<input type="checkbox"/>	9. Subkonto Składek Dodatkowych	<input type="checkbox"/>
10. Rachunek IKE	<input type="checkbox"/>	11. Rachunek IKZE	<input type="checkbox"/>

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE

12. Zlecenie Transferu Środków (proszę wypełnić kolumnę 14 oraz 15) - dotyczy środków zgromadzonych na rachunku do chwili obecnej	<input type="checkbox"/>	13. Zlecenie Alokacji Składki (proszę wypełnić kolumnę 15) - dotyczy przyszłych składek	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--	--------------------------

14. WSKAZANIE ŚRODKÓW, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ PRZENIESIONE W RAMACH TRANSFERU

W pozycjach 1-10 proszę wskazać Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, wpisując właściwe kody Funduszy oraz określić z dokładnością do 1%, jaka część środków z podanych Funduszy ma zostać przeniesiona do innych Funduszy. Dla produktu New Way, w wyniku transferu, w UFK FIZ nie może znaleźć się więcej niż 50% środków w ramach każdego z Subkont.

	KOD FUNDUSZU	UDZIAŁ
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

15. ALOKACJA SKŁADKI / ROZDZIELENIE ŚRODKÓW

Alokacja składki - w pozycjach 1-10 proszę wskazać Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, wpisując właściwe kody Funduszy oraz określić z dokładnością do 1% procentowy podział Składki między wybrane Fundusze. Suma udziałów alokowanej Składki w Funduszach musi być równa 100%, a minimalna Alokacja Składki do pojedynczego Funduszu musi wynosić co najmniej 10%. Dla produktu New Way maksymalna alokacja składki do UFK FIZ to 50%.

Rozdzielenie środków w ramach Transferu - w pozycjach 1-10 proszę wskazać Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, wpisując właściwe kody Funduszy, do których mają zostać przeniesione środki z Funduszy podanych w kolumnie 12. Wartość środków przenoszonych do danego Funduszu musi być określona z dokładnością do 1%. Suma udziałów przenoszonych środków musi stanowić 100%.

	KOD FUNDUSZU	UDZIAŁ
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

Wykaz wszystkich Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych wraz z ich kodami, dostępnych dla wybranego programu inwestycyjnego, znajduje się na stronie internetowej Aegon TU na Życie S.A. (www.aegon.pl)

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 realizacji niniejszej dyspozycji, wykonywania umowy ubezpieczenia. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest zawarta umowa ubezpieczenia. Zebrane dane mogą być udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. 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 niniejszej dyspozycji. Pełny obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej www.aegon.pl

 16. Data (dd-mm-rrrr)

 17. Podpis osoby uprawnionej

(zgodny z podpisem wzorcowym)



Instrukcja wypełniania formularza

- 1) Formularz powinien być wypełniony czytelnie, dużymi literami. Każda litera i znak muszą być wpisane do oddzielnych pól. W rubryki służące do wpisania wartości procentowych bądź kwotowych nie należy wpisywać znaków innych niż cyfry.
- 2) Błędne informacje na formularzu powinny się przekreślać jedną ciągłą linią wpisując obok poprawną informację. Dokonanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być pod rygorem nieważności poświadczone podpisem osoby uprawnionej, zgodnym z podpisem wzorcowym, złożonym obok dokonanej poprawki.
- 3) Za osobę uprawnioną uznaje się Klienta lub osobę wskazaną przez niego na zaakceptowanym przez Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. formularzu Pełnomocnictwa.
- 4) Wyrazy kilkuczłonowe (np. nazwisko) powinno oddzielać jedno pole puste lub zawierające znak „-”.
- 5) Numery telefonów powinny być poprzedzone numerem kierunkowym.
- 6) Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio wypełnić znakiem „X” lub pozostawić puste.
- 7) Za Klienta uznaje się w zależności od Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia: Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Oszczędzającego lub podmiot zdefiniowany w Ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.