

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO Z TYTUŁU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO NA SKUTEK ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. Data urodzenia	4. PESEL	5. Numer Polisy/Certyfikatu Ubezpieczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE IDENTYFIKUJĄCE OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

6. Imię	7. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8. Data urodzenia	9. PESEL	10. Seria i numer dokumentu tożsamości*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Obywatelstwo	<input type="text"/>	
12. Nazwa firmy**	<input type="text"/>	
13. REGON**	14. NIP**	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Kod pocztowy	19. Miejscowość	20. Kraj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. Telefon kontaktowy	22. E-mail	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

23. Ulica	24. Numer domu	25. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26. Kod pocztowy	27. Miejscowość	28. Kraj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

29. Uprawniony jest:

UBEZPIECZONYM UPOSAŻONYM INNE

30. 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: []-[]-[]-[]-[]

31. HISTORIA LECZENIA

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

32. 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.

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

.....

34. **Numer rachunku bankowego**

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000

35. **KOD SWIFT***

.....

36. **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 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. ZAŁĄCZNIKI

Kopia ważnego dokumentu tożsamości osoby składającej Wniosek

Dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego

Inne:

39. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OSÓB ZAJMUJĄCYCH EKSPONOWANE STANOWISKA POLITYCZNE (PEP), CZŁONKÓW RODZINY PEP ORAZ OSÓB BLISKO WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z PEP

1. **Nie jestem** i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie byłem/-am **Jestem** lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/-am osobą zajmującą ekspozowane stanowiska polityczne (PEP)* w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Jeśli „**Jestem**”, prosimy podać zajmowane ekspozowane stanowiska polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. 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.

Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących ekspozowanymi stanowiskami politycznymi został określony w Rozporządzeniu Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących ekspozowanymi stanowiskami politycznymi.

2. **Nie jestem** i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie byłem/-am **Jestem** lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/-am członkiem rodziny PEP. Jeśli „**Jestem**”, prosimy podać stanowiska PEP, który jest członkiem Twojej rodziny 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 ekspozowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.

3. **Nie jestem** i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie byłem/-am **Jestem** lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/-am

osobą blisko współpracującą z PEP

Jeśli „**Jestem**”, prosimy podać stanowiska PEP, z którym blisko współpracujesz 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.

40. Data (dd-mm-rrrr)

00-00-0000

41. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

42. Podpis osoby składającej Wniosek

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)

00-00-0000

45. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

46. Podpis osoby składającej Wniosek

47. 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.

48. Data (dd-mm-rrrr)

00-00-0000

49. 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 ryzyka. 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 nalogach) 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