

**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 poświadczane 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. Kraj
.. - ...	.....	.....
21. Telefon kontaktowy	22. E-mail	.....
.....	.....	

**ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

23. Ulica	24. Numer domu	25. Numer lokalu
.....	...	...
26. Kod pocztowy	27. Miejscowość	28. Kraj
.. - ...	.....	.....

29. Uprawniony jest:

UBEZPIECZONYM

UPOSAŻONYM

INNE

.....

### 30. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

<input type="checkbox"/> Całkowite lub Częściowe Trwałe Inwalidztwo, Spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	Data nieszczęśliwego wypadku: 00 - 00 - 0000
<input type="checkbox"/> Trwałe Inwalidztwo Spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	Adres prokuratury lub jednostki policji prowadzącej postępowanie w sprawie zdarzenia: ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem	
<input type="checkbox"/> Uszkodzenie ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku	
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu Spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem	Okres pobytu w szpitalu: od 00 - 00 - 0000 do 00 - 00 - 0000 Okres pobytu na OIOM: od 00 - 00 - 0000 do 00 - 00 - 0000
<input type="checkbox"/> Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy	
<input type="checkbox"/> Całkowita i Trwała Niezdolność do Pracy Spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem	Data powstania niezdolności do pracy: 00 - 00 - 0000
<input type="checkbox"/> Całkowita i Trwała Niezdolność do Pracy - przejęcie opłacania składek	
<input type="checkbox"/> Operacja medyczna	Data przeprowadzenia operacji: 00 - 00 - 0000 Zakres operacji: ..... .....

### 31. OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA

Opis wypadku oraz dane placówek medycznych, w których prowadzone było leczenie i rehabilitacja.

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

### 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\*

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. ZAŁĄCZNIKI

Kopia ważnego dokumentu tożsamości osoby składającej Wniosek

Dokumentacja dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego (dokumenty z policji, prokuratury lub dokumentacja medyczna)

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 osobą zajmującą eksponowane stanowiska polityczne (PEP)\* w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu. Jeśli „**Jestem**”, prosimy podać zajmowane eksponowane 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 eksponowanymi 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 eksponowanymi stanowiskami politycznymi.

2.  **Nie jestem** i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie 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 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 jestem** i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie 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)

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