

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 należy przekreślić 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) W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Aegon TU na Życie S.A. może skontaktować się telefonicznie z Klientem w celu potwierdzenia poprawności danych.

DANE IDENTYFIKUJĄCE UMOWĘ I UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Nr Polisy

2. Nazwa firmy

3. REGON

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO SKŁADANIA DYSPOZYCJI W IMIENIU UBEZPIECZAJĄCEGO

4. Imię

5. Nazwisko

6. PESEL

7. Obywatelstwo

8. Telefon kontaktowy

9. Nazwa dokumentu tożsamości (proszę wybrać właściwy)

- DOWÓD OSOBISTY**
- KARTA POBYTU**
- PASZPORT**

10. Seria i nr dokumentu tożsamości

11. Kod kraju wydającego paszport

*Proszę podać, jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport***DANE DO PRZELEWU**

12. Imię

13. Nazwisko/Nazwa

14. KOD SWIFT

Pole obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej na rachunek bankowy prowadzony w walucie obcej

15. KOD KRAJU

Kod kraju, w którym prowadzony jest rachunek bankowy. Pole obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej na rachunek bankowy prowadzony w walucie obcej

16. Numer rachunku bankowego (pole obowiązkowe)

Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli wskazany przeze mnie rachunek bankowy jest prowadzony w walucie innej niż ta, w której jest nominowana wypłacana kwota, przewalutowanie będzie dokonane na warunkach określonych przez bank prowadzący powyższy rachunek bankowy.



Wypełnić w przypadku wypłaty na rachunek ubezpieczonego

ADRES ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO

Ulica Numer domu Numer lokalu
 Kod pocztowy Miejscowość Kraj
 Powiat Gmina
 Województwo

ADRES KORESPONDENCYJNY (proszę wpisać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

URZĄD SKARBOWY - DANE POTRZEBNE DO WYSTAWIENIA PIT-8C

Prosimy o wskazanie właściwego Urzędu Skarbowego. (Urzędem właściwym dla Ubezpieczającego jest urząd właściwy dla jego miejsca zamieszkania)



Wypełnić w przypadku wypłaty na rachunek bankowy osoby fizycznej, która nie jest ubezpieczonym

Adres właściciela rachunku bankowego
 Stosunek właściciela rachunku bankowego do Ubezpieczającego

Oświadczam, iż została uzyskana zgoda osoby będącej właścicielem rachunku bankowego na przekazanie jej danych osobowych (imię, nazwisko i adres) Aegon TU na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie w celu zrealizowania Zlecenia Wypłaty / Wykupu. Oświadczam także, iż osoba ta została poinformowana o przysługującym jej prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

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 przez e-mail: kontakt@aegon.pl. Zebrane dane będą przetwarzane w celu realizacji niniejszej dyspozycji, wykonywania umowy ubezpieczenia a także w celu spełnienia obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest zawarta umowa ubezpieczenia oraz spełnienie obowiązku wynikającego z przepisów prawa. 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

17. Data (dd-mm-rrrr)

18. Podpis osoby uprawnionej

(zgodny z podpisem wzorcowym)

