

Instrukcja wypełniania formularza

- 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.
- 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.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Aegon TU na Życie S.A. może skontaktować się telefonicznie z Klientem w celu potwierdzenia poprawności danych.
- Za Klienta uznaje się w zależności od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia: Ubezpieczającego, Oszczędzającego.

DANE IDENTYFIKUJĄCE UMOWĘ I KLIENTA

1. Nr Polisy

2. Imię

3. Nazwisko

4. PESEL

5. Telefon kontaktowy

6. Nazwa dokumentu tożsamości (proszę wybrać właściwy)

DOWÓD OSOBISTY

KARTA POBYTU

PASZPORT

7. Seria i nr dokumentu tożsamości

8. Kod kraju (proszę podać, jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica		Numer domu	Numer lokalu
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Miejscowość	Kraj	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Powiat	Gmina		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Województwo			
<input type="text"/>			

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


Wypełnić w razie ZWROTU z IKZE, w celu przekazania informacji podatkowej do właściwego Urzędu Skarbowego

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

RODZAJ DYSPOZYCJI KLIENTA (proszę zaznaczyć jedną z poniższych opcji: IKE bądź IKZE oraz rodzaj dyspozycji)

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rachunek IKE | <input type="checkbox"/> Rachunek IKZE | <input type="checkbox"/> ZWROT | <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWY ZWROT (DOTYCZY TYLKO IKE) | <input type="checkbox"/> WYPŁATA TRANSFEROWA |
| <input type="checkbox"/> WYPŁATA W FORMIE JEDNORAZOWEJ | <input type="checkbox"/> WYPŁATA W RATACH <input type="text"/> (NIE WIĘCEJ NIŻ 120) | | | |

SPOSÓB CZĘŚCIOWEGO ZWROTU (proszę wypełnić w przypadku IKE)

10. KWOTOWO	<input type="checkbox"/>	KWOTA ZWROTU CZĘŚCIOWEGO <input type="text"/> , <input type="text"/> PLN SŁOWNIE: W Tabeli Funduszy proszę podać odpowiednio kod oraz kwotę środków zgromadzonych w danym Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym, jaką należy umorzyć. Suma kwot podanych w Tabeli Funduszy musi być równa zleceniu zwrotu. W przypadku, kiedy Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie zostaną wskazane, wypłata zostanie dokonana proporcjonalnie do udziału poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w Wartości Rachunku.
11. PROCENTOWO	<input type="checkbox"/>	W Tabeli Funduszy proszę podać odpowiednio kod i procent środków zgromadzonych w danym Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym, jaki należy umorzyć.

Kwota wypłaty zostanie pomniejszona o opłaty określone w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz stosowny podatek, jeżeli ma zastosowanie.

TABELA FUNDUSZY

KOD FUNDUSZU	UDZIAŁ PROCENTOWY/KWOTOWY - W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEGO SPOSOBU REALIZACJI
1. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF
2. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF
3. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF
4. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF
5. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF
6. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF
7. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF
8. <input type="text"/>	<input type="text"/> % / PLN / USD / EUR / CHF

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)

PROSZE O REALIZACJĘ WYPŁATY W FORMIE PRZELEWU NA PONIŻSZY RACHUNEK BANKOWY

Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli wskazany przeze mnie rachunek bankowy jest prowadzony w walucie innej niż ta, w której jest nominowana kwota objęta niniejszym zleceniem, przewalutowanie wypłaconej kwoty będzie dokonane na warunkach określonych przez bank prowadzący poniższy rachunek bankowy.

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

13. **KOD SWIFT** (pole obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej na rachunek bankowy prowadzony w walucie obcej)

14. **KOD KRAJU** (pole obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej na rachunek bankowy prowadzony w walucie obcej)

15. **Numer rachunku bankowego** (pole obowiązkowe)



Wypełnić w przypadku wypłaty na rachunek bankowy, który nie należy do klienta

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/Zwrotu. Oświadczam także, iż osoba ta została poinformowana o przysługującym jej prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Oświadczam, iż jestem świadoma/y, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek, a w przypadku, gdy na IKE oszczędzającego przyjęto wypłatę transferową z programu emerytalnego, pomniejszone również o kwotę stanowiącą 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.

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 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

16. Data (dd-mm-rrrr)

17. Podpis osoby uprawnionej

(zgodny z podpisem wzorcowym)

UWAGA: podstawą dokonania Wypłaty / Wykupu jest przekazanie Aegon TU na Życie S.A. niniejszego formularza w oryginale wraz z kopią ważnego dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.

Dokument można również podpisać podpisem kwalifikowanym i wraz z kopią ważnego dokumentu tożsamości osoby uprawnionej przesłać na adres: kontakt@aegon.pl. Dyspozycję można złożyć również przez aplikację **Mój Aegon** bez konieczności dołączania kopii dokumentu tożsamości.