

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO Z TYTUŁU ŚMIERCI LUB DOŻYCIA UBEZPIECZONEGO/OSZCZĘDZAJĄCEGO DO KOŃCA OKRESU UBEZPIECZENIA

### 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 / OSZCZĘDZAJĄCEGO

1. Imię [.....]	2. Nazwisko [.....]	
3. Data urodzenia [..]-[..]-[....]	4. PESEL [.....]	5. Numer Polisy/Certyfikatu Ubezpieczenia [.....]

### DANE IDENTYFIKUJĄCE OSOBĘ UPRAWNIĄĄ 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. Powiat [.....]	30. Gmina [.....]	
31. Województwo [.....]		

32. Uprawniony jest:

UBEZPIECZONYM  UPOSAŻONYM  INNE  .....

**33. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

- Śmierć Ubezpieczonego/Oszczędzającego/Ubezpieczonego Dziecka
- Śmierć Ubezpieczonego/Oszczędzającego spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem
- Dożycie końca Okresu Ubezpieczenia
- Dożycie końca Okresu Ubezpieczenia – wypłata Rat Renty

Data zgonu: 00 - 00 - 0000

Przyczyna zgonu:.....  
.....  
.....

**34. PRZYCZYNA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO /OSZCZĘDZAJĄCEGO**

Jeżeli toczy się postępowanie w sprawie zdarzenia, proszę podać nazwę i adres prokuratury / jednostki policji prowadzącej postępowanie.

**35. CZY UBEZPIECZONY/OSZCZĘDZAJĄCY BYŁ LECZONY?**

Proszę podać daty, nazwy i adresy podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych, dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, opisać choroby na które cierpiał Ubezpieczony/Oszczędzający.

**36. 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.

**37. Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego**

.....

**38. Numer rachunku bankowego**

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000

**39. KOD SWIFT\***

.....

**40. 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 41.

**41. 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.

**URZĄD SKARBOWY - DANE POTRZEBNE DO WYSTAWIENIA PIT-8C**

Prosimy o wskazanie właściwego urzędu skarbowego dla uprawnionego do otrzymania świadczenia. (Nie dotyczy wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego).

.....  
.....

## 42. RODZAJ DYSPOZYCJI WYPŁATY/ WYPŁATY TRANSFEROWEJ Z RACHUNKU IKE / IKZE

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.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rachunek IKE  | <input type="checkbox"/> WYPŁATA TRANSFEROWA   |
| <input type="checkbox"/> Rachunek IKZE | <input type="checkbox"/> WYPŁATA W FORMIE JEDNORAZOWEJ   |
|  | <input type="checkbox"/> WYPŁATA W RATACH <input type="text" value="000"/> (nie więcej niż 120)                              |
|  | <input type="checkbox"/> ZWROT Z RACHUNKU IKE/IKZE<br>(należy wypełnić w przypadku dożycia końca okresu umowy ubezpieczenia) |

43. Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową z **Rachunku IKE** (pole obowiązkowe w przypadku wyboru WYPŁATY TRANSFEROWEJ)

Warunkiem realizacji wypłaty transferowej jest dostarczenie do Aegon Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. potwierdzenia zawarcia umowy IKE z inną instytucją finansową.

44. Numer rachunku bankowego instytucji wskazanej w punkcie 43.

45. Dane instytucji przyjmującej wypłatę transferową z **Rachunku IKZE** (pole obowiązkowe w przypadku wyboru WYPŁATY TRANSFEROWEJ)

Warunkiem realizacji wypłaty transferowej jest dostarczenie do Aegon Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. potwierdzenia zawarcia umowy IKZE z inną instytucją finansową.

46. Numer rachunku bankowego instytucji wskazanej w punkcie 45.

**W przypadku wypłaty w formie jednorazowej / wypłaty w ratach / zwrotu z rachunku IKE wypełnij pola 47-51**

47. Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

48. Numer rachunku bankowego

49. KOD SWIFT\*

50. 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 51.

51. Adres zamieszkania właściciela rachunku bankowego

**W przypadku wypłaty w formie jednorazowej / wypłaty w ratach / zwrotu z rachunku IKZE wypełnij pola 52-56**

52. Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

53. Numer rachunku bankowego

54. KOD SWIFT\*

55. 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 56.

56. 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.



### 63. OŚWIADCZENIA OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

- 1) Oświadczam, że wszelkie informacje podane we Wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego oraz w innych dokumentach dołączonych do Wniosku są pełne i prawdziwe.
- 2) 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.

64. Data (dd-mm-rrrr)

00-00-0000

65. Imię i nazwisko osoby składającej Wniosek

66. Podpis osoby składającej Wniosek

### 67. 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 adres email.

68. Data (dd-mm-rrrr)

00-00-0000

69. 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 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)