ZLECENIE WYPŁATY / WYKUPU*

Wypełnia Ubezpieczający:
osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

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. NIP

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

ADRES ZAMIESZKANIA WŁAŚCICIELA JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (UBEZPIECZAJĄCEGO)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy -

Miejscowość

Kraj

Powiat

Gmina

Województwo

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

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy -

Miejscowość

Kraj

Powiat

Gmina

Województwo

URZĄD SKARBOWY - DANE POTRZEBNE DO WYSTAWIENIA PIT-8C

W przypadku wypłaty na rachunek ubezpieczającego, czyli osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą

Prosimy o wskazanie właściwego Urzędu Skarbowego. (Urzędem właściwym jest urząd zgodny z miejscem zamieszkania)

RODZAJ WYPŁATY / WYKUPU (proszę zaznaczyć jedną z poniższych opcji: CAŁKOWITA bądź CZĘŚCIOWA)

CAŁKOWITA ☐ **Proszę wypełnić rubryki od 16 do 22.** Realizacja Całkowitej Wypłaty / Wykupu spowoduje **wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia****

CZĘŚCIOWA ☐ **Proszę wypełnić rubryki od 12 do 22.**

12. **Dotyczy produktów z więcej niż jednym subkontem.**
Subkonto, którego dotyczy zlecenie Częściowej Wypłaty / Wykupu (proszę wybrać tylko jedną opcję).

Subkonto Składek Regularnych / Subkonto Składek Inwestycyjnych ☐

Subkonto Składek Dodatkowych ☐

100% z Subkonta Składek Dodatkowych*** ☐

SPOSÓB CZĘŚCIOWEJ WYPŁATY / WYKUPU *(proszę zaznaczyć tylko jedno pole: 13, 14 albo 15)*

13. KWOTOWO ☐

KWOTA CZĘŚCIOWEJ WYPŁATY / WYKUPU ☐☐☐☐☐☐☐☐ , ☐☐ PLN / USD / EUR / CHF

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 KWOCIE CZĘŚCIOWEJ WYPŁATY / WYKUPU.
W przypadku, kiedy Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie zostaną wskazane, wypłata zostanie dokonana proporcjonalnie do udziału poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w Wartości Rachunku.

14. PROCENTOWO ☐

W Tabeli Funduszy proszę podać odpowiednio kod i procent środków zgromadzonych w danym Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym, jaki należy umorzyć.

15. KWOTA WOLNA OD OPŁATY LIKWIDACYJNEJ ☐

Rubryka dotyczy wyłącznie Częściowej Wypłaty z Umów Ubezpieczenia, która zostanie zrealizowana w określonej wysokości powyżej wartości Statusu Polisy Opłaconej / Statusu Opłaconego Ubezpieczenia lub też w kwocie równej 1/7 lub 1/10 Wartości Rachunku Ubezpieczającego pomniejszonej o wcześniej dokonane wypłaty w Roku Polisowym w zależności od zapisów w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Wypłata zostanie zrealizowana proporcjonalnie do udziału poszczególnych Funduszy w Wartości Rachunku
Po oznaczeniu niniejszej rubryki proszę nie wypełniać Tabeli Funduszy.

* Zlecenie wykupu ma zastosowanie dla Umów Ubezpieczenia o nazwie: **Aegon Gwarantowany Program Emerytalny, Aegon Gwarantowany Program Emerytalny Plus, Program Pomnażania Oszczędności Kumulatus, Portfel na Przyszłość, Program Oszczędnościowy Aegon Bezpieczna Przyszłość.**
** W przypadku produktu Aegon Program na Życie realizacja Całkowitej Wypłaty spowoduje wygaśnięcie **tylko** Umowy Dodatkowej Aegon Portfel Funduszy
*** W przypadku Wypłaty wszystkich środków z Subkonta Składek Dodatkowych należy wypełnić rubryki od 16 do 22

TABELA FUNDUSZY

	KOD FUNDUSZU	UDZIAŁ PROCENTOWY / KWOTOWY - W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEGO SPOSOBU WPŁATY
1.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
2.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
3.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
4.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
5.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
6.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
7.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
8.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
9.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / PLN / USD / EUR / CHF
10.	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ % / 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*)

PROSZĘ 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.

☐ *Jeżeli zamierza Pani/Pan wskazać więcej niż jeden numer rachunku do wypłaty - należy zaznaczyć kratkę znakiem X i dołączyć formularz „Załącznik do zlecenia wypłaty/wykupu".*

16. Imię
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. Nazwisko/Nazwa
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

18. **KOD SWIFT**
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *Pole obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej na rachunek bankowy prowadzony w walucie obcej*

19. **KOD KRAJU**
☐☐ *Kod kraju, w którym prowadzony jest rachunek bankowy. Pole obowiązkowe w przypadku wypłaty realizowanej na rachunek bankowy prowadzony w walucie obcej*

20. **Numer rachunku bankowego** (pole obowiązkowe)
☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

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)

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Powiat

Gmina

Województwo

URZĄD SKARBOWY - DANE POTRZEBNE DO WYSTAWIENIA PIT-8C

Prosimy o wskazanie właściwego Urzędu Skarbowego. (Urzędem właściwym jest urząd zgodny z miejscem zamieszkania)

Wypełnić w przypadku wypłaty na rachunek bankowy, który nie należy do ubezpieczającego lub ubezpieczonego

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. 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

21. Data (dd-mm-rrrr)

22. 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