

UWAGA: Formularz należy wypełnić drukowanymi literami, wpisując tylko jeden znak w jedno pole. Instrukcja wypełniania znajduje się na końcu formularza.

 \* 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.**
**DANE IDENTYFIKUJĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO**

1. Imię	2. Nazwisko		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3. PESEL	4. Nr Polisy/Certyfikatu Ubezpieczenia	5. Telefon kontaktowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6. Nazwa dokumentu tożsamości (proszę wybrać właściwy)	7. Seria i nr dokumentu tożsamości		
<b>DOWÓD OSOBISTY</b> <input type="checkbox"/> <b>KARTA POBYTU</b> <input type="checkbox"/> <b>PASZPORT</b> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
	8. Kod kraju (proszę podać, jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)		
	<input type="text"/>		
9. Adres zameldowania: <sup>5)</sup>			
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"/>	

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

- CAŁKOWITA  Proszę wypełnić rubryki od 14 do 22. Realizacja Całkowitej Wypłaty/Wykupu spowoduje **wygaśnięcie Umowy Ubezpieczenia.**
- CZĘŚCIOWA  Proszę wypełnić rubryki od 10 do 22.

**10. 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: 11, 12 albo 13)

	KWOTA CZĘŚCIOWEJ WYPŁATY/WYKUPU	<input type="text"/>	PLN/USD/EUR/CHF
	SŁOWNIE:	<input type="text"/>	
11. KWOTOWO	<input type="checkbox"/>	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 Ubezpieczającego / Ubezpieczonego.	
12. PROCENTOWO	<input type="checkbox"/>	W Tabeli Funduszy proszę podać odpowiednio kod i procent środków zgromadzonych w danym Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym, jaki należy umorzyć.	
13. KWOTA WOLNA OD OPŁATY LIKWIDACYJNEJ	<input type="checkbox"/>	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 Ubezpieczającego / Ubezpieczonego. <b>Po oznaczeniu niniejszej rubryki proszę nie wypełniać Tabeli Funduszy.</b>	

Kwota wypłaty zostanie pomniejszona o opłaty określone w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych, jeżeli ma zastosowanie w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składek w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.

\*\* Dotyczy produktu New Way  
 \*\*\* W przypadku Wypłaty wszystkich środków z Subkonta Składek Dodatkowych należy wypełnić rubryki od 15 do 22.

**TABELA FUNDUSZY**

KOD FUNDUSZU	UDZIAŁ PROCENTOWY/KWOTOWY - W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANEGO SPOSOBU WPLĄTY
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](http://www.aegon.pl))

14. **Waluta, w której mają zostać wypłacone środki.** UWAGA: Pole należy wypełnić wyłącznie w przypadku wypłaty z produktu **PIN Aegon Frank**.

ZŁOTY (PLN)

FRANK SZWAJCARSKI (CHF)

**PROSZĘ O REALIZACJĘ WYPŁĄTY 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.

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

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

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

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

**W przypadku, gdy Ubezpieczający/Ubezpieczony NIE jest właścicielem podanego rachunku bankowego proszę obowiązkowo wypełnić rubrykę 19:**

19. Adres właściciela rachunku bankowego: .....

20. Stosunek właściciela rachunku do Ubezpieczającego/Ubezpieczonego (np. pokrewieństwo) .....

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.

**Podstawą dokonania Wypłaty/Wykupu jest przedstawienie Aegon TU na Życie S.A. formularza Zlecenia Wypłaty/Wykupu w oryginale wraz z kopią ważnego dokumentu tożsamości osoby uprawnionej.**

21. Data (dd-mm-rrrr)

22. Podpis osoby uprawnionej

(zgodny z podpisem wzorcowym)

**UNI-FWP-1014 Instrukcja wypełniania formularza Zlecenia Wypłaty/Wykupu**

- Formularz powinien być wypełniony czytelnie, drukowanymi 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 poświadczane podpisem osoby uprawnionej, złożonym obok dokonanej poprawki, zgodnym z podpisem wzorcowym. Za osobę uprawnioną uznaje się Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub osobę wskazaną przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na zaakceptowanym przez Aegon TU na Życie S.A. formularzu Pełnomocnictwa.
- Numery telefonów powinny być poprzedzone numerem kierunkowym, oddzielonym jedną pustą kratką.
- Pola wyboru składające się z jednej kratki należy odpowiednio wypełnić znakiem „X” lub pozostawić puste.
- W przypadku braku adresu zameldowania należy podać adres zamieszkania.
- Wyrazy kilkuczłonowe (np. nazwisko) powinno oddzielać jedno pole puste lub zawierające znak „-”.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Aegon TU na Życie S.A. może skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczającym/Ubezpieczonym w celu potwierdzenia poprawności danych.

Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.  
z siedzibą w Warszawie, ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa  
[www.aegon.pl](http://www.aegon.pl), [info@aegon.pl](mailto:info@aegon.pl), Infolinia: 801 300 900

Nr KRS 12318, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie,  
Wydział XIII Gospodarczy KRS, NIP 5272279881,  
Kapitał zakładowy: 347 467 550 zł opłacony w całości

Adres korespondencyjny:  
Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.  
Centrum Operacyjne, ul. Katowicka 47, 41-500 Chorzów