

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

NUMER DEKLARACJI



Numer wniosku IPL0000986 9

Nr rachunku bankowego AEGON TU na Życie S.A.
prowadzonego przez Bank Handlowy w Warszawie S.A.

52103019997297001260000986

Numer CIF 0 0 1 0 8 3 7 4 8

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczającym jest EFG Eurobank Ergasias S.A. Spółka Akcyjna Oddział w Polsce prowadząca działalność pod nazwą POLBANK EFG, z siedzibą w Warszawie (00-560) przy ul. Mokołowskiej 19, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000243200 kapitał zakładowy 2 401 000 915.50 euro (w pełni wpłacony), NIP 107-000-28-03.

DANE UBEZPIECZONEGO

1. Imię	2. Nazwisko		
KRZYSZTOF	SKIBA		
3. Data urodzenia	4. PESEL	5. Płeć	6. Obywatelstwo
11 - 12 - 1960	60121106438	K <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	POLSKA
7. Nazwisko panieńskie matki			
KRZESZOWIAK			
8. Nazwa dokumentu tożsamości		9. Seria i numer dokumentu tożsamości	
DOWÓD OSOBISTY <input checked="" type="checkbox"/>		AHN457134	
KARTA POBYTU <input type="checkbox"/>		10. Kod kraju (jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)	
PASZPORT <input type="checkbox"/>		POLSKA	

ADRES KORESPONDENCYJNY, NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO UBEZPIECZONEGO

11. Ulica		
KASZTANOWA		
12. Nr domu	13. Nr lokalu	14. Kod pocztowy
4		59 - 101
15. Miejscowość		16. Kraj
SUCHA GÓRNA		POLSKA
17. Nr telefonu komórkowego*		18. Nr telefonu stacjonarnego*
603513467		
19. E-mail		

*proszę podać przynajmniej jeden numer telefonu

ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać tylko jeśli jest inny niż adres korespondencyjny)

20. Ulica

H I R S Z F E L D A

21. Nr domu

4

22. Nr lokalu

3 0

23. Kod pocztowy

5 8 - 3 0 9

24. Miejscowość

W A Ł B R Z Y C H

25. Kraj

P O L S K A

Wnoszę o objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, dalej zwaną Ubezpieczeniem, na zasadach określonych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - Multi PIN AEGON Polbank o oznaczeniu IPL-OWU-0809, dalej zwanego Ubezpieczeniem Podstawowym oraz Ogólnych warunkach grupowego uzupełniającego ubezpieczenia na życie i dożycie - AEGON Polbank o oznaczeniu END-OWU-0809, dalej zwanego Ubezpieczeniem Uzupełniającym w ramach umowy ubezpieczenia z dnia ..31.08.2009...., zawartej pomiędzy AEGON Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Wołoskiej 5, dalej zwanym Towarzystwem, a EFG Eurobank Ergasias S.A. Spółką Akcyjną, Oddział w Polsce, dalej zwaną Bankiem (Umowa Ubezpieczenia).

WYSOKOŚĆ SKŁADEK

Z tytułu objęcia mnie ubezpieczeniem, deklaruję zapłacenie kwoty:

1) ..10000.00.....zł (słownie:..DZIESIŁ.....TYŚL..CY I ZERO GROSZY.....),

z której 50% będzie stanowić zwrot kosztów Składki Inwestycyjnej z tytułu Ubezpieczenia Podstawowego, a pozostałe 50% będzie stanowić zwrot kosztów Składki Uzupełniającej z tytułu Ubezpieczenia Uzupełniającego.

2) 80 zł (osiemdziesięciu złotych) stanowiącej zwrot kosztów Składki Podstawowej z tytułu objęcia mnie Ubezpieczeniem Podstawowym.

i w związku z powyższym wyrażam zgodę na pobranie przez Bank wyżej wskazanych kwot w łącznej wysokości10000.00.....zł

(słownie ..DZIESIŁ.....TYŚL..CY I ZERO GROSZY.....)

z mojego rachunku nr ..71234000094070401000000416.....

i przekazania jej na rachunek Towarzystwa.

WARIANT OPŁATY LIKWIDACYJNEJ

ALOKACJA SKŁADKI

26. Jeżeli nie określi Pan / Pani Alokacji Składki lub błędnie określi dyspozycję Alokacji Składki Inwestycyjnej, Składka Inwestycyjna zostanie alokowana zgodnie z odpowiednimi postanowieniami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Podstawowego. Alokacja Składki Inwestycyjnej musi być określona z dokładnością do 1%, suma udziałów w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, zwanych dalej Funduszami, musi być równa 100%, a minimalna Alokacja Składki Inwestycyjnej do pojedynczego Funduszu musi wynosić 10%.

NAZWA FUNDUSZU	UDZIAŁ	NAZWA FUNDUSZU	UDZIAŁ
1. Noble Akcji	4 0 %	6.	%
2. Arka BZ WBK Zrównowa	3 0 %	7.	%
3. Noble Mieszany	3 0 %	8.	%
4.	%	9.	%
5.	%	10.	%

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO Z UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO

☒ wypłata Świadczenia Ubezpieczeniowego na rachunek bankowy

☐ wypłata Świadczenia Ubezpieczeniowego przekazem pocztowym

Wnoszę, aby wypłata Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego końca okresu obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej została dokonana na mój rachunek bankowy prowadzony przez Bank nr71234000094070401000000416....., a gdyby w dniu wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego rachunek nie był prowadzony - przekazem pocztowym na ostatni wskazany przeze mnie adres korespondencyjny, chyba że w odrębnej dyspozycji wskażę inny rachunek bankowy lub adres korespondencyjny.

UPOSAŻENI

27. Spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego

Czy Świadczenie Ubezpieczeniowe ma zostać spełnione po ukończeniu przez Uposażonego 18 lat?

NIE ☒ TAK ☐

28. Udziały Uposażonych oraz Uposażonych Zastępczych w Świadczeniu Ubezpieczeniowym muszą być podane z dokładnością do 1%, a ich suma musi wynosić 100%. W razie braku wskazania Uposażonych oraz Uposażonych Zastępczych, Świadczenie Ubezpieczeniowe spełniane jest na rzecz rodziny Ubezpieczonego, w kolejności i w częściach wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Podstawowego oraz Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Uzupełniającego.

UPOSAŻONY 1

29. Imię		30. Nazwisko	
MAŁGORZATA		SKIBA	
31. Data urodzenia		32. PESEL	33. Udział
14-07-1989		89071403187	100 %
34. Nazwa dokumentu tożsamości*		35. Seria i numer dokumentu tożsamości	
DOWÓD OSOBISTY <input type="checkbox"/>			
KARTA POBYTU <input type="checkbox"/>		36. Kod kraju (jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)	
PASZPORT <input type="checkbox"/>			
37. Ulica			
HIRSZFELDA			
38. Nr domu	39. Nr lokalu	40. Kod pocztowy	
4	30	58-309	
41. Miejscowość		42. Kraj	
WAŁBRZYCH		POLSKA	
43. Telefon kontaktowy			

UPOSAŻONY 2

UPOSAŻONY <input type="checkbox"/>		UPOSAŻONY ZASTĘPCZY <input type="checkbox"/>	
44. Imię		45. Nazwisko	
46. Data urodzenia		47. PESEL	48. Udział
			%
49. Nazwa dokumentu tożsamości*		50. Seria i numer dokumentu tożsamości	
DOWÓD OSOBISTY <input type="checkbox"/>			
KARTA POBYTU <input type="checkbox"/>		51. Kod kraju (jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)	
PASZPORT <input type="checkbox"/>			
52. Ulica			
53. Nr domu	54. Nr lokalu	55. Kod pocztowy	
56. Miejscowość		57. Kraj	
58. Telefon kontaktowy			

*Numer dokumentu tożsamości proszę podać wyłącznie w przypadku posiadania obcego obywatelstwa i braku numeru PESEL.

UPOSAŻONY 3

UPOSAŻONY ☐

UPOSAŻONY ZASTĘPCZY ☐

59. Imię

60. Nazwisko

61. Data urodzenia

62. PESEL

63. Udział

%

64. Nazwa dokumentu tożsamości*

65. Seria i numer dokumentu tożsamości

DOWÓD OSOBISTY ☐

KARTA POBYTU ☐

PASZPORT ☐

68. Ulica

67. Kod kraju (jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)

69. Nr domu

70. Nr lokalu

71. Kod pocztowy

72. Miejscowość

73. Kraj

74. Telefon kontaktowy

UPOSAŻONY 4

UPOSAŻONY ☐

UPOSAŻONY ZASTĘPCZY ☐

75. Imię

76. Nazwisko

77. Data urodzenia

78. PESEL

79. Udział

%

80. Nazwa dokumentu tożsamości*

81. Seria i numer dokumentu tożsamości

DOWÓD OSOBISTY ☐

KARTA POBYTU ☐

PASZPORT ☐

83. Ulica

82. Kod kraju (jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)

84. Nr domu

85. Nr lokalu

86. Kod pocztowy

87. Miejscowość

88. Kraj

89. Telefon kontaktowy

*Numer dokumentu tożsamości proszę podać wyłącznie w przypadku posiadania obcego obywatelstwa i braku numeru PESEL.

UPOSAŻONY 5

UPOSAŻONY ☐ UPOSAŻONY ZASTĘPCZY ☐

90. Imię 91. Nazwisko

92. Data urodzenia 93. PESEL 94. Udział %

95. Nazwa dokumentu tożsamości* 96. Seria i numer dokumentu tożsamości

DOWÓD OSOBISTY ☐

KARTA POBYTU ☐

PASZPORT ☐

97. Kod kraju (jeśli wskazanym dokumentem tożsamości jest paszport)

98. Ulica

99. Nr domu 100. Nr lokalu 101. Kod pocztowy

102. Miejscowość 103. Kraj

104. Telefon kontaktowy

*Numer dokumentu tożsamości proszę podać wyłącznie w przypadku posiadania obcego obywatelstwa i braku numeru PESEL.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO Oświadczam, że:

- 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, ze zm.), moich danych osobowych podanych przeze mnie dobrowolnie, dla celów związanych z wykonaniem Umowy Ubezpieczenia a po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w celach archiwalnych;
- 2) zostałem(am) poinformowany(a) o adresie siedziby administratora danych osobowych, którym jest Towarzystwo, a który znajduje się w Warszawie (02-675), przy ul. Wołoskiej 5, o celu zbierania danych oraz o przewidywanych odbiorcach danych, o przysługującym mi prawie wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, a także o dobrowolności podania danych;
- 3) zostałem(am) poinformowany(a), że dane osobowe, które podałem(am) w niniejszej deklaracji, będą traktowane jako dane podlegające szczególnej ochronie, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych i będą przetwarzane wyłącznie w celu związanym z działalnością Towarzystwa, określonym w Umowie Ubezpieczenia, z zachowaniem zasad określonych w powołanej wyżej ustawie;
- 4) wyrażam zgodę na przekazanie Towarzystwu moich danych osobowych przetwarzanych przez wszystkich innych ubezpieczycieli, w zakresie potrzebnym do ustalenia prawa do Świadczenia Ubezpieczeniowego i jego wysokości oraz informacji o przyczynie mojej śmierci;
- 5) wyrażam zgodę na przekazywanie i przetwarzanie przez Towarzystwo, w którego imieniu występuje upoważniony lekarz, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia Ubezpieczeniowego i jego wysokości, informacji o przyczynie mojej śmierci, przez zakłady opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniariek, położnych, którzy udzielali mi świadczeń zdrowotnych;
- 6) upoważniam Bank do ujawnienia Towarzystwu informacji objętych tajemnicą bankową w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonania Umowy Ubezpieczenia, w szczególności informacji związanych z faktem zawarcia przeze mnie Umowy Konta lub jej rozwiązania oraz zmian numeru rachunku bankowego;
- 7) przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że jeżeli z przyczyn nieleżących po stronie Towarzystwa, Towarzystwo nie będzie mogło nabyć Jednostek Uczestnictwa Funduszu wskazanego w Alokacji Składki Inwestycyjnej, to Składkę Inwestycyjną albo jej część Towarzystwo alokuje do Funduszu o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego, nominowanego w walucie Funduszu, którego Jednostek Uczestnictwa Towarzystwo nie będzie mogło nabyć;
- 8) przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że Towarzystwo nie prowadzi doradztwa inwestycyjnego i nie ponosi odpowiedzialności za decyzje Klientów związane z inwestowaniem Składek Inwestycyjnych w Fundusze. Jednostki Uczestnictwa Funduszy nie są depozytem bankowym. Inwestycje w Fundusze są obciążone ryzykiem inwestycyjnym, włącznie z możliwością utraty części zainwestowanego kapitału. Dotychczasowe wyniki Funduszy nie stanowią gwarancji przyszłych wyników. Wartość zakupionych Jednostek Uczestnictwa Funduszy może się zmieniać wraz ze zmianą sytuacji na rynkach finansowych. W konsekwencji dochód z zainwestowanych środków może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu. Dodatkowo, Wartość Rachunku Ubezpieczonego może się zmienić także w związku ze zmianą kursów walut. Oznacza to, że Wartość Rachunku Ubezpieczonego może być niższa od sumy tej części Składek, która została przekazana do Funduszu. Ponadto, potencjalne korzyści z inwestowania w Fundusze mogą zostać zmniejszone o pobierane podatki i opłaty wynikające z przepisów prawa, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Podstawowego i regulaminów Funduszy;
- 9) przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że datą przystąpienia do Ubezpieczenia Podstawowego oraz Ubezpieczenia Uzupełniającego jest data zapisania na Rachunku Ubezpieczonego Jednostek Uczestnictwa nabytych ze środków pochodzących z pierwszej Składki Inwestycyjnej, wskazana w Certyfikacie Ubezpieczenia;
- 10) potwierdzam otrzymanie tekstu Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - Multi PIN AEGON Polbank o oznaczeniu IPL-OWU-0809 oraz Ogólnych warunków grupowego uzupełniającego ubezpieczenia na życie i dożycie - AEGON Polbank o oznaczeniu END-OWU-0809;

11) potwierdzam otrzymanie Załącznika do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - Multi PIN AEGON Polbank o oznaczeniu IPL-ZAL-0809;
12) przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że rozwiązanie przeze mnie Umowy Konta spowoduje konieczność złożenia przeze mnie zlecenia Całkowitej Wyплаты, o którym mowa w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - Multi PIN AEGON Polbank o oznaczeniu IPL-OWU-0809.

105. Data	106. Podpisy Ubezpieczonego (podpisy te będą używane jako wzorcowe dla celów ubezpieczenia)	
<hr/>	<hr/>	<hr/>
	(czytelne imię i nazwisko)	(podpis zwyczajowy)
107. Data	108. Pieczęć imienna i podpis przedstawiciela Banku	
<hr/>	<hr/>	

DODATKOWE I DOBROWOLNE OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

109. Zostałem(am) poinformowany(a), że moje dane zawarte w niniejszej deklaracji, z wyłączeniem informacji o stanie zdrowia i natogach, mogą być przekazane akcjonariuszowi AEGON TU na Życie S.A. – spółce AEGON Woningén Nova B.V. z siedzibą w Holandii, AEGONplein 50, 2591 TV, Haga, a także spółkom dominującym wobec AEGON Woningén Nova B.V. – AEGON International N.V. oraz AEGON N.V. z siedzibą w Holandii, AEGONplein 50, 2591 TV, Haga, w celach sprawozdawczych i na powyższe wyrażam zgodę.

TAK ☒
NIE ☐

Przyjmuję do wiadomości, że służy mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

110. Wszelkie informacje podane w niniejszej deklaracji oraz w innych dokumentach dołączonych do tej deklaracji są pełne i prawdziwe.

111. Data	112. Podpis Ubezpieczonego
<hr/>	<hr/>
	(zgodny z podpisem wzorcowym)

Adres korespondencyjny: AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Centrum Operacyjne, ul. Katowicka 47, 41-500 Chorzów
Infolinia: 0 801 300 900, 0 22 592 10 00; faks: 0 22 451 19 29, 0 22 451 19 99; www.aegon.pl

IPL-FWN-0909

AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (02-675) przy ul. Wołoskiej 5, wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000012318, NIP 527-22-79-881, kapitał zakładowy 333.000.000 zł, opłacony w całości.



EFG Eurobank Ergasias S.A.
Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
Ul. Mokotowska 19
00-560 Warszawa

[wypełnia pracownik Banku]

Placówka:	POLKOWICE.UL. KILI SKI
Miejscowość:	WROCŁAW
Data:	2010-10-20
CIF	001083748

GO 4

Dyspozycja Przelewu Krajowego

Zleceniodawca [imię i nazwisko lub nazwa firmy oraz adres]

KRZYSZTOF SKIBA
KASZTANOWA 4
59-101

Numer rachunku Zleceniodawcy:

71234000094070401000000416

Beneficjent [imię i nazwisko lub nazwa firmy oraz adres]

AEGON TU NA YCIE S.A.
UL. WOŁOSKA 5
WARSZAWIA 02-675

Numer rachunku Beneficjenta:

52103019997297001260000986

Kwota w PLN: 10000.00 PLN

Kwota słownie:

DZIESI TYSI CY I ZERO GROSZY

Tytuł przelewu:

DANE UBEZPIECZONEGO: KRZYSZTOF SKIBA
POLISA: IPL0000986

Opłata:

**Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości
Zleceniodawcy:**

AHN457134

Data realizacji przelewu: [podaj, jeżeli dyspozycja dotyczy przelewu z datą przyszłą]

Podpis Zleceniodawcy:

Podpis Pracownika: [Pracownik przyjmujący zlecenie w Placówce]