



WNIOSK O WYKUP Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Do wniosku prosimy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania wartości wykupu (jeśli osoba prawna to aktualny wypis z właściwego rejestru). Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem dokonać mogą: Agent/Pośrednik/Przedstawiciel Nordea, organ administracji, który wydał dokument, pracownik kadr zakładu pracy lub notariusz.

WYKUP : CAŁKOWITY CZĘŚCIOWY

Numer Polisy

1. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA WYPŁATY WARTOŚCI WYKUPU

a) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy osoba uprawniona jest osobą fizyczną.

Imię Nazwisko
 PESEL Seria i nr dok. tożsamości Nr tel. kontaktowego 0
 Adres do korespondencji ulica numer domu numer lokalu
 - miejscowość poczta kod kraju

b) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy osoba uprawniona jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

Nazwa firmy
 REGON NIP Nr tel. kontaktowego 0
 Adres do korespondencji ulica numer domu numer lokalu
 - miejscowość poczta kod kraju

2. SZCZEGÓŁY WYKUPU CZĘŚCIOWEGO (PROSIMY PRZEJŚĆ DO PKT 3 JEŚLI WNIOSK DOTYCZY WYKUPU CAŁKOWITEGO)

Prosimy wybrać sposób realizacji wykupu częściowego. Jeśli wybrano „procentowo”, prosimy wskazać procentowy podział na Subkontach / Funduszach Źródłowych. Jeśli podano kwotę wykupu częściowego a procentowy podział nie zostanie określony lub nie będzie sumował się do 100%, wykup zostanie zrealizowany proporcjonalnie do udziału wartości Jednostek Funduszu w Wartości Rachunku.

UWAGA!! Gdy wybrano procentowy podział bez podania kwoty, podział na Subkontach nie musi sumować się do 100%.

Realizacja wykupu częściowego:	Kwota wykupu częściowego:	Rachunek z którego zrealizowany zostanie wykup** (zaznaczyć jeśli dotyczy):	Ilość umorzonych Jednostek Funduszu będzie uwzględniała kwotę wykupu częściowego do wypłaty oraz o ile dotyczy, opłatę manipulacyjną i stosowny podatek, zgodnie z warunkami zawartymi w odpowiednich ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU), stanowiących integralną część Umowy Ubezpieczenia.
<input type="checkbox"/> proporcjonalnie	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> dodatkowy <input type="checkbox"/> inny	
<input type="checkbox"/> procentowo	Kwota słownie:	** Jeśli brak wskazania lub wskazano błędnie to wykup zostanie zrealizowany ze wszystkich dostępnych rachunków	

Subkonta / Fundusze źródłowe do dokonania procentowego wykupu częściowego:

Szczegółowe informacje dotyczące ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych dostępne są na stronie <http://www.nordeapolska.pl>

F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>
F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>
F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>

3. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY WARTOŚCI WYKUPU

Sposób realizacji wypłaty: przelewem na rachunek bankowy *W przypadku braku wskazania numeru rachunku bankowego, wypłata wartości wykupu zostanie zrealizowana przekazem pocztowym na adres korespondencyjny.*

Numer rachunku bankowego:

Posiadacz rachunku - Imię i Nazwisko / Nazwa podmiotu: *

A Imię Nazwisko
 B Nazwa podmiotu

Adres korespondencyjny / siedziby ulica numer domu numer lokalu
 - miejscowość poczta

REALIZACJA WYPŁATY W FORMIE PRZELEWU TYTUŁEM SKŁADKI DO NOWEGO WNIOSKU / POLISY (opcjonalnie)

Numer wniosku / polisy*: Kwota w PLN w formie wpłaty na poczet składki: ,

Przekazanie kwoty wartości wykupu na poczet składki: ubezpieczeniowej dodatkowej / premiiwanej dodatkowej* innej

4. OŚWIADCZENIA I PODPISY

WYKUP CAŁKOWITY. Prosimy wypełnić, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony	PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA WARTOŚCI WYKUPU
Oświadczam, iż na moment podpisania wniosku o wypłatę wartości wykupu nie nastąpił zgon Ubezpieczonego. Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (najpóźniej w terminie 3 dni od daty zgonu Ubezpieczonego), jeśli zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie od momentu podpisania niniejszego wniosku, a przed dniem rozwiązania umowy.	Miejscowość <input type="text"/>
..... Czytelny podpis Ubezpieczającego	Data <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Czytelny podpis osoby uprawnionej

5. POTWIERDZENIA PRZYJĘCIA WNIOSKU

Agent / Pośrednik / Przedstawiciel	Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Numer telefonu 0 <input type="text"/>	Data <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Czytelny podpis Przedstawiciela Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Data <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Czytelny podpis / Pieczęć Oddziału (jeśli dotyczy)	

* Niepotrzebne skreślić