

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym NORDEA IKE**

Numer Polisy

A. UBEZPIECZONY / UPOSAŻONY (Wypełnia osoba wnioskująca. Proszę wybrać właściwą osobę.)

Imię											Drugie imię																			
Nazwisko																														

B. ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica																Nr Domu						Nr Mieszkania									
Kod Pocztowy						-						Miejscowość																			
Nr telefonu											E-mail																				

C. ZGŁOSZENIE ZGONU UBEZPIECZONEGO PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ

Data zgonu	DD - MM - RRRR	Czy bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu był nieszczęśliwy wypadek?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
------------	----------------	--	------------------------------	------------------------------

NALEŻNE ŚWIADCZENIE (Świadczeniem należnym dla Osoby Uprawnionej jest suma kwot wymienionych w punktach 1, 2, 3)

<input checked="" type="checkbox"/> 1. Suma Ubezpieczenia	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Wypłata Stanu Rachunku Pomocniczego (Wypłata całości środków zarejestrowanych na Rachunku Pomocniczym nie pomniejszonych o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych)
3. Stan Rachunku Nordea IKE w formie: (Proszę wybrać i zaznaczyć formę wypłaty świadczenia)	a) Wypłata (Wypłata całości środków zgromadzonych na IKE nie pomniejszonych o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych) <input type="checkbox"/> jednorazowa albo <input type="checkbox"/> w ratach* <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna ilość rat <input type="text"/>
	b) Wypłata Transferowa (Przekazanie całości środków zgromadzonych na IKE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKE, z którą Ubezpieczony zawarł umowę o prowadzenie IKE lub do programu emerytalnego do którego przystąpił Ubezpieczony)

D. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO (proszę zaznaczyć jeden z punktów 1, 2, 3, 4 lub punkty 2 i 3 łącznie)

<input type="checkbox"/> 1. Rozwiązanie Umowy o Prowadzenie IKE oraz Umowy Ubezpieczenia i wypłata całości środków zgromadzonych na IKE w formie wybranej przez Ubezpieczonego. <i>Proszę wybrać i zaznaczyć jeden z punktów (b, c lub d)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> a) Wypłata Stanu Rachunku Pomocniczego (Wypłata całości środków zarejestrowanych na Rachunku Pomocniczym nie pomniejszonych o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych) <input type="checkbox"/> b) Wypłata (Wypłata całości środków zgromadzonych na IKE nie pomniejszonych o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych) <input type="checkbox"/> jednorazowa albo <input type="checkbox"/> w ratach* <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna ilość rat <input type="text"/> * Prosimy określić częstotliwość wypłaty świadczenia oraz określić oczekiwana ilość rat <input type="checkbox"/> c) Zwrot (Wypłata całości środków zgromadzonych na IKE pomniejszonych o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych) <input type="checkbox"/> d) Wypłata Transferowa (Przekazanie całości środków zgromadzonych na IKE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKE, z którą Ubezpieczony zawarł umowę o prowadzenie IKE lub do programu emerytalnego do którego przystąpił Ubezpieczony)
<input type="checkbox"/> 2. Rozwiązanie Umowy o Prowadzenie IKE bez rozwiązania Umowy Ubezpieczenia i wypłata całości środków zgromadzonych na IKE wyłącznie w formie Wypłaty Transferowej	
<input type="checkbox"/> 3. Wykup Częściowy z Rachunku Pomocniczego	Wartość Wykupu Częściowego z Rachunku Pomocniczego <input type="text"/> , <input type="text"/> Słownie: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4. Częściowy Zwrot z Subkonta IKE (bez rozwiązania Umowy o Prowadzenie IKE i bez rozwiązania Umowy Ubezpieczenia)	Wartość Zwrotu Częściowego z Subkonta IKE <input type="text"/> , <input type="text"/> (Wypłata całości środków zgromadzonych na IKE pomniejszonych o kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych) Słownie: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 5. Podział Wartości Wykupu Częściowego z Rachunku Pomocniczego / Zwrotu z Subkonta IKE, na poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (UFK) typu E: (Wypełnić w przypadku wyboru punktu 3 albo 4)	<input type="checkbox"/> Proporcjonalnie <input type="checkbox"/> Według wskazanych przez Ubezpieczonego proporcji

Kod UFK	Nazwa UFK typu E	Wartość %
E01	Nordea Gwarantowany	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E03	Nordea Akcji	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E04	Nordea Bezpiecznego Inwestowania	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E05	Nordea Dynamiczny	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E41	Nordea – ING Budownictwa i Nieruchomości	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E44	Nordea – HSBC Akcji Azjatyckich z wyłączeniem Japonii	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E46	Nordea – Schroders Surowcowy	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E48	Nordea Międzynarodowych Funduszy Akcji	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E56	Nordea Akcji Nowe Horyzonty Europy	<input type="text"/> , <input type="text"/>
E58	Nordea Hedgingowy Akcji	<input type="text"/> , <input type="text"/>
SUMA		100%

Jeżeli Ubezpieczony nie określi % podziału wartości wykupu częściowego albo częściowego zwrotu z subkonta IKE lub gdy jest to niemożliwe do wykonania lub gdy udziały wymienionych funduszy nie sumują się do 100% - uważa się, że podział jest proporcjonalny do udziału wartości jednostek funduszu każdego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego typu E.

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego właściwego dla Ubezpieczonego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych (proszę wypełnić w przypadku dyspozycji Wypłaty środków zgromadzonych na IKE przez Ubezpieczonego)

Nazwa i adres Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwego dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego
(Proszę wypełnić w przypadku, gdy na IKE została kiedykolwiek przyjęta Wypłata Transferowa z pracowniczego programu emerytalnego w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o pracowniczych programach emerytalnych Dz.U.Nr 116, pozycja 1207 z późn. zm.)

E. FORMA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

<input type="checkbox"/> Wypłata na rachunek bankowy			
<input type="checkbox"/> Czek gotówkowy			
<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy na adres	Ulica	Nr Domu	Nr Mieszkania
	Kod Pocztowy	-	Miejscowość

F. WYKAZ DOKUMENTÓW JAKIE NALEŻY ZŁOŻYĆ WRAZ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU ZGŁASZANEGO ZDARZENIA (Proszę zaznaczyć wybrany wariant i podać liczbę załączników)

<input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Akt Zgonu <input type="checkbox"/> w przypadku braku Uposażonego prawomocne postanowienie sądu o stwierdzenie nabycia spadku oraz zgodne oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Ubezpieczonego, bądź prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców	
<input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek NW	<input type="checkbox"/> Akt Zgonu <input type="checkbox"/> w przypadku braku Uposażonego prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodne oświadczenie wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Ubezpieczonego, bądź prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców <input type="checkbox"/> dokument stwierdzający, że bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek (na przykład postanowienie prokuratora)	
<input type="checkbox"/> Wypłata środków zgromadzonych na IKE	<input type="checkbox"/> Decyzja organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury, jeżeli Ubezpieczony nie ukończył 60 roku życia	
<input type="checkbox"/> Wypłata Transferowa środków zgromadzonych na IKE	<input type="checkbox"/> Potwierdzenie zawarcia umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo potwierdzenie przystąpienia do programu emerytalnego	

G. PODPISY I OŚWIADCZENIA

Pouczenie (dotyczy Zwrotu środków zarejestrowanych na IKE Ubezpieczonego)

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że:

1. Zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE pomniejszone o należny podatek dochodowy od osób fizycznych.

2. W przypadku gdy na IKE Ubezpieczonego przyjęto Wypłatę Transferową z pracowniczego programu emerytalnego, Nordea przed dokonaniem Zwrotu w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez Ubezpieczonego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30 % sumy składek podstawowych wpłaconych do pracowniczego programu emerytalnego.

[Blank space for signature]

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przekazywanie (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku, tj. Dz. U. z 2002, Nr 101, poz.926 z późn. zm.) przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych podmiotom należącym do Grupy Nordea w Polsce, do których w szczególności należą Nordea Bank Polska S.A., Nordea Usługi Finansowe sp. z o.o., Nordea Finance Polska S.A., Nordea Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A. oraz Nordea Investment Management Oddział w Polsce, z zastrzeżeniem, iż moje dane osobowe będą wykorzystywane w celu przedstawiania przez w/w podmioty

TAK NIE

Podany we wniosku adres e-mail jest przeze mnie używany oraz przyjmuję do wiadomości, że wszelka korespondencja może być doręczana przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie drogą elektroniczną na warunkach przewidzianych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie w przypadku zmiany używanego

TAK NIE

[Blank space for location]

Miejscowość

DD-MM-RRRR

Data

[Blank space for signature]

Czytelny podpis Wnioskodawcy

Data wpływu wniosku do Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. DD-MM-RRRR