



**3. RODZAJ ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO** Prosimy wstawić X przy odpowiednim rodzaju zdarzenia ubezpieczeniowego.  
Prosimy dołączyć do wniosku dokumenty określone w nawiasie przy wskazanym zdarzeniu, zgodnie z opisem w punkcie 4 wniosku.

Kod	Zdarzenie ubezpieczeniowe	X	Kod	Zdarzenie ubezpieczeniowe	X
001	zgon Ubezpieczonego z wyjątkiem zgonu wskutek NW (2.,3.,4.,22.)	<input type="checkbox"/>	106	trwała utrata zdrowia wskutek zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego (1.,14.,24.)	<input type="checkbox"/>
002	zgon Ubezpieczonego wskutek NW (2.,3.,4.,10.,13.,22.)	<input type="checkbox"/>	107	niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW (1.,10.,13.,14.,16.)	<input type="checkbox"/>
003	zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (2.,3.,4.,22.)	<input type="checkbox"/>	108	niezdolność do pracy Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny (1.,16.)	<input type="checkbox"/>
004	zgon małżonka lub partnera Ubezpieczonego (1.,3.,4.,8. lub 9.)	<input type="checkbox"/>	109	inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW (1.,10.,13.,15.)	<input type="checkbox"/>
005	zgon jednego z rodziców Ubezpieczonego (1.,3.)	<input type="checkbox"/>	110	inwalidztwo małżonka lub partnera Ubezpieczonego wskutek NW (1.,8. lub 9.,12.,13.,15.)	<input type="checkbox"/>
006	zgon jednego z rodziców małżonka lub partnera Ubezpieczonego (1.,3.,8. lub 9.,23.)	<input type="checkbox"/>	111	inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego wskutek NW (1.,6.,11.,13.,15.)	<input type="checkbox"/>
007	urodzenie dziecka (1.,6.)	<input type="checkbox"/>	112	zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV (1.,21.)	<input type="checkbox"/>
008	zgon dziecka Ubezpieczonego (1.,4.,5.) (jeśli martwo urodzone)(1.,5.)	<input type="checkbox"/>	113	ciężkie zachorowanie małżonka lub partnera Ubezpieczonego (1.,8. lub 9.,19.,20.)	<input type="checkbox"/>
009	zgon dziecka Ubezpieczonego wskutek NW (1.,3.,4.,11.,13.)	<input type="checkbox"/>	114	ciężkie zachorowanie dziecka Ubezpieczonego (1.,6.,19.,20.)	<input type="checkbox"/>
010	zgon małżonka lub partnera Ubezpieczonego wskutek NW (1.,3.,4.,8. lub 9.,12.,13.)	<input type="checkbox"/>	115	czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW (1.,10.,13.,17.)	<input type="checkbox"/>
015	zgon Ubezpieczonego – renta (2.,3.,4.,6.,25.)	<input type="checkbox"/>	116	czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny (1.,17.)	<input type="checkbox"/>
016	wygaśnięcie umowy z końcem okresu ubezpieczenia (1.)	<input type="checkbox"/>	118	trwała utrata zdrowia małżonka lub partnera Ubezpieczonego (1.,8. lub 9.,12.,13.,14.,24.)	<input type="checkbox"/>
019	osierocenie dziecka (2.,3.,4.,6.,7.,25.)	<input type="checkbox"/>	119	trwała utrata zdrowia dziecka Ubezpieczonego (1.,6.,11.,13.,14.,24.)	<input type="checkbox"/>
020	dożycie Ubezpieczonego do terminu oznaczonego w umowie ubezpieczenia /do 50-tej rocznicy ślubu Ubezpieczonych (1.,8.) lub dożycie 100 lat przez Ubezpieczonego (1.)	<input type="checkbox"/>	201	leczenie szpitalne Ubezpieczonego (1.,18.)	<input type="checkbox"/>
021	zgon Ubezpieczonego wskutek szczególnego przypadku wypadku komunikacyjnego (2.,3.,4.,10.,13.,22.)	<input type="checkbox"/>	202	leczenie szpitalne małżonka lub partnera Ubezpieczonego (1.,8. lub 9.,18.)	<input type="checkbox"/>
023	zgon Ubezpieczonego na służbie (2.,3.,4.,10.,13.,22.)	<input type="checkbox"/>	203	leczenie szpitalne dziecka Ubezpieczonego (1.,6.,18.)	<input type="checkbox"/>
031	zgon Ubezpieczonego wskutek NW w pracy (2.,3.,4.,10.,13.,22.,27.)	<input type="checkbox"/>	205	leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek NW (1.,10.,13.,14.,18.)	<input type="checkbox"/>
032	zgon Ubezpieczonego wskutek szczególnego przypadku wypadku komunikacyjnego w pracy (2.,3.,4.,10.,13.,22.,27.)	<input type="checkbox"/>	206	leczenie szpitalne małżonka lub partnera Ubezpieczonego wskutek NW (1.,8. lub 9.,12.,13.,14.,18.)	<input type="checkbox"/>
103	trwała utrata zdrowia Ubezpieczonego wskutek NW (1.,10.,13.,14.,24.)	<input type="checkbox"/>	207	leczenie szpitalne dziecka Ubezpieczonego wskutek NW (1.,6.,11.,13.,14.,18.)	<input type="checkbox"/>
104	ciężkie zachorowanie Ubezpieczonego (1.,19.,20.)	<input type="checkbox"/>	210	operacje chirurgiczne (1.,26.)	<input type="checkbox"/>
105	trwała utrata narządu, organu lub utrata funkcji układu Ubezpieczonego (1.,10.,13.,14.,15.)	<input type="checkbox"/>	INNE		<input type="checkbox"/>

**4. WYKAZ DOKUMENTÓW NIEZBĘDNYCH DO REALIZACJI WYPŁATY ŚWIADCZENIA:**

Prosimy dołączyć do wniosku oryginały lub kopię poniższych dokumentów, **potwierdzone za zgodność z oryginałem** przez pracownika/pośrednika/Agenta Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., urzędnika administracji państwowej/samorządowej, pracownika kadr zakładu pracy lub notariusza.

- dowód osobisty lub inny dokument tożsamości Ubezpieczonego;
- dowód osobisty lub inny dokument tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
- akt zgonu;
- zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu;
- akt zgonu lub akt urodzenia dziecka z odpowiednią adnotacją, w przypadku urodzenia dziecka martwego;
- akt urodzenia dziecka lub orzeczenie sądu opiekuńczego, w przypadku przysposobienia dziecka;
- dokument potwierdzający uczęszczanie do szkoły dziecka, które ukończyło 18 lat, a nie ukończyło 25 lat;
- aktualny odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego lub aktu małżeństwa i oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka;
- oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym w dniu zajścia zdarzenia – jeśli zdarzenie dotyczy partnera;
- prawo jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony był kierującym pojazdem.  
W przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że Ubezpieczony prowadził pojazd mając odpowiednie uprawnienia;
- prawo jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i dziecko Ubezpieczonego było kierującym pojazdem. W przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że dziecko Ubezpieczonego prowadziło pojazd mając odpowiednie uprawnienia;
- prawo jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i małżonek lub partner Ubezpieczonego był kierującym pojazdem. W przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że małżonek lub partner Ubezpieczonego prowadził pojazd mając odpowiednie uprawnienia;
- opis okoliczności wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeśli było prowadzone postępowanie, jeśli nie – prosimy dokonać opisu w punkcie 2 wniosku);
- dokumentacja medyczna potwierdzająca fakt doznanych obrażeń oraz przebieg leczenia;
- orzeczenie lekarskie potwierdzające utratę organu lub jego funkcji;
- orzeczenie lekarskie orzecznika ZUS o trwałej niezdolności do pracy lub orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności orzecznym przez powiatowy lub wojewódzki zespół orzekający o niepełnosprawności;
- druk ZUS ZLA (zwolnienie lekarskie);
- karta informacyjna leczenia szpitalnego;
- karta informacyjna leczenia szpitalnego lub opinia lekarza specjalisty o stwierdzeniu ciężkiego zachorowania objętego ochroną;
- wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu;
- zaświadczenie ze stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzające, że w wyniku dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że przyczyną zakażenia wirusem HIV było przetoczenie zarażonej krwi lub rutynowa procedura medyczna;
- dokument potwierdzający nabycie prawa do Świadczenia zgodnie z prawem spadkowym, w przypadku, gdy osoba uprawniona nie została wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako Uposażony lub Uposażony Zastępczy;
- dowód osobisty partnera;
- zaświadczenie lekarskie o zakończonym leczeniu;
- w przypadku dziecka niepełnoletniego – oświadczenie o sprawowaniu władzy rodzicielskiej;
- dokument potwierdzający przebytą operację;
- protokół ustalenia okoliczności i przyczyny wypadku przy pracy.

**5. DYSPOZYCJA PRZEKAZANIA KWOTY ŚWIADCZENIA**

a) <input type="checkbox"/> jako kwota zaliczki na poczet Składki Ubezpieczeniowej do Wniosku o Zawarcie Umowy Ubezpieczenia na Życie _____ seria numer - w punkcie d) wpisz numer konta bankowego z ww. wniosku - w punkcie d) wpisz NORDEA	<b>Tytuł przekazania kwoty wykupu</b> <input type="checkbox"/> Ubezpieczeniowa regularna	<b>Kwota do przekazania w PLN</b> _____, _____
	<input type="checkbox"/> Dodatkowa	_____, _____
b) <input type="checkbox"/> jako składka do zawartej Umowy Ubezpieczenia potwierdzonej Polisą numer _____	<input type="checkbox"/> Premiuwana Dodatkowa	_____, _____
	<input type="checkbox"/> Jednorazowa	_____, _____
c) <input type="checkbox"/> przekazem pocztowym na adres do korespondencji	<input type="checkbox"/> Inna	_____, _____
	_____, _____	
d) DANE WŁAŚCICIELA RACHUNKU BANKOWEGO <input type="checkbox"/> na rachunek bankowy numer _____ <b>Kwota do przekazania w PLN</b> _____, _____ <i>Prosimy wypełnić w przypadku, gdy właścicielem rachunku bankowego nie jest osoba uprawniona.</i> Imię i nazwisko / firma _____ Adres zameldowania / siedziby _____ _____ kod kraju kod pocztowy miejscowość poczta - jeśli przelew ma zostać dokonany na numer rachunku bankowego osoby Uprawnionej to prosimy o wpisanie tylko numeru rachunku bankowego - jeśli przelew na rachunek bankowy innej osoby niż osoba uprawniona prosimy o podanie pełnych danych do przelewu		

**6. OŚWIADCZENIA** *Prosimy wypełnić oświadczenia w przypadku, gdy osobą uprawnioną jest Uposażony, Uposażony Zastępczy lub spadkobierca.*

- dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie w celu realizacji umowy ubezpieczenia oraz przedstawiania informacji marketingowej, dotyczącej usług i produktów; oświadczam, że poinformowano mnie o prawie dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

**UPOSAŻONY** -  TAK  NIE      **UPOSAŻONY ZASTĘPCZY** -  TAK  NIE      **SPADKOBIERCA** -  TAK  NIE

- 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 należą Nordea Bank Polska S.A., Nordea Usługi Finansowe Sp. z o.o., Nordea Finance Polska S.A., Nordea Powszechnie 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 informacji marketingowej dotyczącej usług i produktów przez nie oferowanych.

**UPOSAŻONY** -  TAK  NIE      **UPOSAŻONY ZASTĘPCZY** -  TAK  NIE      **SPADKOBIERCA** -  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. Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie w przypadku zmiany używanego przeze mnie adresu e-mail.

**UPOSAŻONY** -  TAK  NIE      **UPOSAŻONY ZASTĘPCZY** -  TAK  NIE      **SPADKOBIERCA** -  TAK  NIE

Prosimy dołączyć do wniosku o wypłatę świadczenia dokumenty wymagane przez Nordea, których spis znajdziecie Państwo w punkcie 4 wniosku.

\_\_\_\_\_ **DD-MM-RRRR** \_\_\_\_\_  
 Miejscowość Data  
 \_\_\_\_\_  
 Czytelny podpis osoby uprawnionej