

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

Numer Polisy

**A. UBEZPIECZONY / OSOBA UPRAWNIONA** (Wypełnia wnioskodawca)

Imię											Drugie imię																			
Nazwisko																														

**B. ADRES KORESPONDENCYJNY**

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

**C. ZGŁOSZENIE ZGONU UBEZPIECZONEGO PRZEZ OSOBY UPRAWNIONĄ**

Data zgonu **DD-MM-RRRR** Czy bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu był nieszczęśliwy wypadek?  TAK  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 (jeżeli dotyczy)
3. Stan Rachunku Nordea IKE w formie:  (Proszę wybrać i zaznaczyć formę wypłaty świadczenia)	a) Wypłata <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 oraz określić oczekiwaną ilość rat b) Wypłata Transferowa (Przekazanie całości środków zgromadzonych na IKE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKE, z którą Osoba Uprawniona zawarła umowę o prowadzenie IKE lub do programu emerytalnego, do którego przystąpiła Osoba Uprawniona)

**D. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO** (proszę zaznaczyć jeden z punktów 1, 2, 3, 4)

<input type="checkbox"/> 1. Rozwiązanie Umowy o Prowadzenie IKE oraz Umowy Ubezpieczenia i wypłata całości środków zgromadzonych na IKE w formie wybranej przez Ubezpieczonego  Proszę wybrać i zaznaczyć jeden z punktów (b, c lub d)	<input checked="" type="checkbox"/> a) Wypłata Stanu Rachunku Pomocniczego (jeżeli dotyczy) b) Wypłata <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 oraz określić oczekiwaną ilość rat c) Zwrot 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 w formie wybranej przez Ubezpieczonego.  Proszę wybrać i zaznaczyć jeden z punktów (a, b lub c)	a) Wypłata <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 oraz określić oczekiwaną ilość rat b) Zwrot c) 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"/> 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"/> Słownie: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 5. Podział Wartości Wykupu Częściowego z Rachunku Pomocniczego / Częściowego Zwrotu z Subkonta IKE, na poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (UFK) typu E: (Wypełnić w przypadku wyboru punktu 3 lub 4)	<input type="checkbox"/> Proporcjonalnie <input type="checkbox"/> Procentowo

Jeżeli wybrano „procentowo”, prosimy wskazać procentowy podział na poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe:

Kod UFK	Nazwa UFK typu E	Wartość %
E		
E		
E		
E		
E		
E		
E		
E		
E		

Jeżeli Ubezpieczony nie określił % podziału wartości wykupu częściowego albo częściowego zwrotu z subkonta IKE 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.

**SUMA 100%**

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 dyspozycji Zwrotu, 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 1205 z późn. zm.)

### E. FORMA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

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

### F. WRAZ Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA NALEŻY ZŁOŻYĆ KOPIĘ DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI OSOBY UPRAWNIONEJ ORAZ W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU ZGŁASZANEGO ZDARZENIA DODATKOWO WSKAZANE PONIŻEJ DOKUMENTY

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

<input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> Akt Zgonu <input type="checkbox"/> w przypadku braku Uposażonego: - dokument potwierdzający pokrewieństwo z Ubezpieczonym w przypadku małżonka, dziecka, rodzica, rodzeństwa, albo - prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodne oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Ubezpieczonego, bądź prawomocne postanowienie sądu o podziale spadku, w przypadku pozostałych osób będących spadkobiercami Ubezpieczonego
<input type="checkbox"/> Zgon Ubezpieczonego wskutek NW	<input type="checkbox"/> Akt Zgonu <input type="checkbox"/> w przypadku braku Uposażonego: - dokument potwierdzający pokrewieństwo z Ubezpieczonym w przypadku małżonka, dziecka, rodzica, rodzeństwa, albo - prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodne oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Ubezpieczonego, bądź prawomocne postanowienie sądu o podziale spadku, w przypadku pozostałych osób będących spadkobiercami Ubezpieczonego <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

Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. ma prawo żądać innych, niż wymienione powyżej, dokumentów oraz innego rodzaju dowodów w celu ustalenia odpowiedzialności, o ile są one niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

### G. PODPISY I OŚWIADCZENIA

**Pouczenie** (dotyczy Zwrotu środków zarejestrowanych na IKE Ubezpieczonego)

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

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

[ ]  
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 następującym podmiotom należącym do Grupy Nordea w Polsce: 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 informacji marketingowej dotyczącej usług i produktów przez nie oferowanych.

TAK  NIE

Podany we wniosku adres e-mail jest przeze mnie używany oraz wyrażam zgodę, aby wszelka korespondencja była 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.

TAK  NIE

[ ]  
Miejscowość

DD-MM-RRRR  
Data

[ ]  
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Data wpływu wniosku do Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

DD-MM-RRRR