

WNIOSEK 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 WNIOSEK DOTYCZY WYKUPU CAŁKOWITEGO)

Prosimy wybrać sposób realizacji wykupu częściowego. Jeśli wybrano „procentowo”, prosimy wskazać procentowy podział na Subkontach / Funduszach Źródłowych. Jeśli podano kwotę Wartości 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. Gdy wybrano procentowy podział bez podania kwoty, podział na Subkontach nie musi sumować się do 100%.

UWAGA!! Prosimy o zwrócenie uwagi na warunki dokonywania wykupu zawarte w Umowie Ubezpieczenia.

Realizacja wykupu częściowego:	Kwota Wartości Wykupu Częściowego:	Rachunek z którego zrealizowany zostanie wykup
<input type="checkbox"/> proporcjonalnie <input type="checkbox"/> procentowo	<input type="text"/> , <input type="text"/> Kwota słownie:	<input type="checkbox"/> Podstawowy <input type="checkbox"/> Dodatkowy <input type="checkbox"/> inny Nordea nie realizuje wykupu częściowego, jeżeli nie zostanie wskazany Rachunek, z którego wykup częściowy ma zostać dokonany.

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"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %
F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %
F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <input type="text"/> %	F <input type="text"/> , <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: *
 Prosimy wypełnić gdy posiadaczem rachunku nie jest osoba uprawniona do otrzymania wartości wykupu
 Część B do wypełnienia gdy posiadacz rachunku nie jest osobą fizyczną.

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 / premiovanej dodatkowej* innej

4. OŚWIADCZENIA I PODPISY

WYKUP CAŁKOWITY.

Prosimy wypełnić, gdy Ubezpieczający jest inną osobą niż Ubezpieczony

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.

.....
Czytelny podpis Ubezpieczającego

PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA WARTOŚCI WYKUPU

Miejscowość
 Data - -

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"/>
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) Czytelny podpis Przedstawiciela Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

* Niepotrzebne skreślić