



**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA  
Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE „NORDEA PROFIT PLUS”**

Numer Polisy

Nr statystyczny: **114101**

**1. DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię  Nazwisko   
 Data urodzenia -- PESEL  Nr tel. kontaktowego 0   
D D M M R R R R  
 Adres do korespondencji     
kod kraju kod pocztowy miejscowość ulica numer domu numer lokalu poczta

**2. INFORMACJE NA TEMAT ZGŁASZANEGO ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

Rodzaj zgłaszanego zdarzenia Ubezpieczeniowego: <input type="checkbox"/> dożycie <input type="checkbox"/> zgon	Data powstania zdarzenia Ubezpieczeniowego: * <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejsce zajścia zdarzenia: * <input type="text"/>
<small>D D M M R R R R</small>		

Opis / przyczyna zajścia zdarzenia: (prosimy wypełnić jeśli zgłaszanym zdarzeniem jest zgon Ubezpieczonego)

**ZAŁĄCZNIKI DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO ZDARZENIA** (prosimy zaznaczyć właściwe dla rodzaju zgłaszanego zdarzenia)

<input type="checkbox"/> kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (potwierdzona za zgodność z oryginałem).	<input type="checkbox"/> akt zgonu* (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)	<input type="checkbox"/> zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu*	<input type="checkbox"/> dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym* (jeżeli nie ma uprawnionego Uposażonego).	<input type="checkbox"/> inne dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia zdarzenia (np. protokół Policji lub Prokuratury)
--	---	---	---	--

**Potwierdzenia wymaganych dokumentów za zgodność z oryginałem dokonać mogą: Agent / Pośrednik / Przedstawiciel Nordea, organ administracji, który wydał dokument, pracownik kadr zakładu pracy lub notariusz.**

**3. DANE OSOBY UPOSAŻONEJ / UPRAWNIONEJ\*** Prosimy wpisać dane Uposażonego lub jeśli brak Uposażonego, dane osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. Każda z osób Uposażonych / Uprawnionych proszona jest o indywidualne wypełnienie oddzielnego wniosku.

**3A) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Uposażony / Uprawniony jest osobą fizyczną.**

Imię  Nazwisko   
 Data urodzenia -- PESEL  Nr tel. kontaktowego 0   
D D M M R R R R  
 Adres do korespondencji

**3B) Prosimy wypełnić w przypadku, gdy Uposażony / Uprawniony jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej.**

Nazwa podmiotu   
 REGON  Adres do korespondencji

**4. DYSPOZYCJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA**

Kwota do wypłaty w PLN: <input type="text"/>	Kwota słownie: .....
Numer rachunku bankowego: <input type="text"/>	
Posiadacz rachunku - Imię i Nazwisko / Nazwa podmiotu: ** Prosimy wypełnić gdy posiadaczem rachunku nie jest osoba uprawniona do otrzymania świadczenia Część B do wypełnienia gdy posiadacz rachunku nie jest osobą fizyczną.	A Imię <input type="text"/> Nazwisko <input type="text"/>
	B Nazwa podmiotu <input type="text"/>
	Adres <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>korespondencyjny/siedziby ulica numer domu numer lokalu</small> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>kod pocztowy miejscowość poczta</small>

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

Numer wniosku / polisy**: <input type="text"/>	Kwota w PLN w formie wpłaty na poczet składki: <input type="text"/>	Przekazanie kwoty świadczenia na poczet składki: <input type="checkbox"/> ubezpieczeniowej <input type="checkbox"/> dodatkowej / premiovanej dodatkowej** <input type="checkbox"/> innej
---	--	---

Miejscowość  Data --  
D D M M R R R R .....  
 Czytelny podpis Ubezpieczonego  
 Czytelny podpis osoby Uposażonej / Uprawnionej\*

**5. POTWIERDZENIA PRZYJĘCIA WNIOSKU**

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

\* Wypełnić w przypadku zgonu

\*\* Niepotrzebne skreślić